

A Fisioterapia para novos atores: disputas e inovações para atenção às crianças cronicamente adoecidas

Physiotherapy for New Actors: Disputes and Innovations in Care for Chronically Ill Children

Adelino Furtado Madureira (<https://orcid.org/0000-0001-9963-9290>)¹

Martha Cristina Nunes Moreira (<https://orcid.org/0000-0002-7199-3797>)¹

Miriam Calheiros de Sá (<https://orcid.org/0000-0002-3972-0377>)¹

Abstract *Based on interviews with physiotherapists, we explored the arguments produced by them about their actions and the relationships of a change that has been taking place in the profile of illness in children, where an increased prevalence of complex chronic conditions has been observed. Structured in a qualitative approach, data were generated based on two provocative affirmations that generated arguments by the professionals. Data analysis revealed statements that can be referred to as results of power struggles over the performance in this new field of knowledge. Physiotherapists seek to affirm themselves through their knowledge and by approaching other professional categories, especially Medicine, in order to feel recognized and valued. However, we see that these professionals use a simpler discourse with family and caregivers, creating a bond of trust and identification with them, which facilitates their care and access to children. We point out the need for the hospital environment to be recognized as a place for the action of other categories, besides Medicine and Nursing, and the valuation in pediatric physiotherapy.*

Key words *Physiotherapy, Chronic illness, Child, Stigma, Professional perspective*

Resumo *Exploramos, a partir de entrevistas com fisioterapeutas, os argumentos produzidos por estes sobre suas ações e as relações entre uma mudança que vem ocorrendo no perfil de adoecimento em crianças, onde vemos um aumento da prevalência de condições crônicas complexas. De caráter qualitativo, os dados foram gerados com base em duas afirmativas provocadoras de argumentos por parte dos profissionais. A análise dos dados revelou falas que podem ser referidas como resultados de disputas de poder sobre a atuação nesse novo campo de saber. Para se sentir reconhecido e valorizado o fisioterapeuta procura se afirmar através de seu conhecimento e da aproximação com outras categorias profissionais, principalmente a medicina. No entanto, vemos que o profissional utiliza com os familiares e os cuidadores um discurso mais simples, gerando um vínculo de confiança e uma identificação com os mesmos, o que facilita seu atendimento e o acesso à criança. Apontamos a necessidade de o ambiente hospitalar ser reconhecido como espaço de atuação de outras categorias, além de Medicina e Enfermagem, e a valorização da formação em fisioterapia pediátrica.*

Palavras-chave *Fisioterapia, Doença crônica, Criança, Estigma, Perspectiva profissional*

¹ Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescentes Fernandes Figueira, Fiocruz. Av. Rui Barbosa 716, Flamengo. 22250-020 Rio de Janeiro RJ Brasil. adelino.madureira@gmail.com

Introdução

A atenção à saúde da criança enfrenta na atualidade novos desafios. Com relação a esse aspecto, Moreira e Goldani¹ destacam o surgimento de um novo padrão de saúde e doença, caracterizado pela queda do número de doenças agudas e um aumento na incidência das doenças crônicas. O acesso às tecnologias sofisticadas, a criação de novas vacinas, os medicamentos mais eficazes e o desenvolvimento da cirurgia pediátrica contribuiu para a sobrevivência dessas crianças, resultando em um aumento de demanda a ser atendida nos serviços de saúde¹, com destaque para os níveis mais especializados da atenção à saúde, com internações prolongadas e alto uso de serviços de reabilitação. Nesse cenário urge refletir sobre uma “nova pediatria” voltada para as demandas e os conhecimentos necessários para atenção a esse grupo de crianças¹.

Corroborando essa ideia, Gomes² afirma que esse novo perfil de adoecimento, com maior proporção de casos caracterizados como crônicos, resulta em uma maior necessidade de cuidados multidisciplinares e serviços hospitalares mais complexos, com aumento da demanda por recursos tecnológicos tanto para diagnóstico quanto para tratamento.

Segundo Moreira et al.³, doenças crônicas infantis se caracterizam pela/pelo: presença na criança por mais de três meses, ou com três ou mais manifestações clínicas no último ano, com reincidência; presença de limitações funcionais e necessidade de adaptações; comprometimento das dimensões de sociabilidade específicas da infância, como dias de ausência na escola e limitações de atividades cotidianas; necessidade de apoio para interagir, se comunicar e se expressar, assim como de suporte tecnológico à vida; vulnerabilidade associada com as condições físicas, emocionais, de desenvolvimento e comportamentais, demandando cuidados domiciliares primários e de serviços de saúde diferenciados; possível presença de relações de associação entre fatores genéticos/familiares e fatores pré e pós-natais³.

Cohen et al.⁴ especifica dentro desse grupo aquelas reconhecidas como “crianças com complexidade médica” que caracteriza: (a) pelo incremento das necessidades de serviços de saúde na família, tais como médicos, terapias especializadas, além de demandas educacionais diferenciadas, gerando, inclusive, impacto financeiro no núcleo familiar; (b) pela presença de 1 ou mais condições crônicas associadas a altas taxas

de morbidade e/ou mortalidade; (c) pelas limitações funcionais, comumente severas, que requerem uso de tecnologias como traqueostomia, gastrostomia ou cadeira de rodas; (d) pela alta utilização dos serviços de saúde, com hospitalizações frequentes, múltiplas cirurgias e atendimento multiprofissional.

Tais crianças exigem segundo Moreira et al.³, a necessidade de incorporar a complexidade da experiência da doença em suas dimensões sociais, políticas, econômicas e emocionais. Duarte et al.⁵ registram que essa população apresenta alta frequência de reinternações hospitalares, o que esbarra na dificuldade de terem acesso em seu município à serviços hospitalares adequados às suas demandas de saúde. Sá e Gomes⁶ apontam que existe uma dificuldade dos fisioterapeutas em lidar com essas crianças, destacando que estas dificuldades podem estar associadas a mudança do perfil da população atendida caracterizado por doenças crônicas.

Exposto esse cenário, objetivamos no presente artigo explorar – com base em pesquisa realizada anteriormente – os argumentos produzidos por fisioterapeutas sobre as relações entre essa mudança no perfil de adoecimento em crianças, e suas ações.

Um preâmbulo teórico: o estigma da cronicidade nas crianças e a ação de fisioterapeutas

A associação entre a condição crônica complexa em crianças e as diversas marcas simbólicas que variam conforme os diferentes sistemas afetados merece ser aqui correlacionada à discussão de estigma. Segundo Goffman⁷ as interações sociais no ambiente dos encontros, qualificam preconceções a partir das marcas, ligando-se às expectativas normativas sobre comportamentos e capacidades. Nesse ambiente interacional, dos encontros face a face, organizam-se aqueles que estão mais próximos da experiência dos sujeitos que possuem as marcas das doenças e deficiências, reconhecidos como informados – familiares, amigos e profissionais, por exemplo – e aqueles que compartilham os estigmas, os iguais – outros doentes e deficientes.

Os fisioterapeutas como “informados” nas relações de cuidado que estabelecem com as crianças com condições crônicas de saúde, detêm um conhecimento sobre as características das doenças e técnicas necessárias para os cuidados. No caso da ação dos fisioterapeutas junto às crianças com condições crônicas complexas de saúde,

ressaltamos que os mesmos encontram-se diante de dois desafios, considerando os limites de sua formação: (a) a hegemonia de uma formação de graduação que privilegia a apreensão genérica de modelos de reabilitação, não valorizando os sujeitos e a promoção da saúde, com pouco destaque para a atenção à criança; (b) e quando se aborda a pediatria, o modelo ainda é da criança que pouco se aproxima das crianças de cuidado complexo. Com isso, por hipótese, a formação segue sem problematizar e/ou oferecer conteúdos para esse contexto onde as marcas próprias da criança dialogam com os desafios da condição crônica complexa de saúde.

Sá e Gomes⁶ reconhecem que a prática fisioterapêutica, fortemente baseada no modelo biomédico, centrado na doença e não no sujeito, não favorece a atenção integral à saúde da criança cronicamente adoecida. As ações fisioterapêuticas se concentram na agudização das doenças de base, na clínica e nas mensurações, não tendo espaço para a promoção da saúde e o cuidado ampliado em saúde. Essas crianças, ao apresentarem muitas comorbidades associadas, desafiam o profissional a desenvolver um trabalho de prevenção e atenção integral, pois ficam focados na resolução de emergências e agudizações das doenças crônicas.

A fim de avançar no diálogo entre o reconhecimento dos estigmas da condição crônica complexa em crianças e a bagagem profissional que pouco valoriza esse novo corpo e seus desafios, Moreira et al.⁸ provocam o reconhecimento que a interação profissional com a criança crônica complexa pode instigar novas práticas de atenção à saúde, podendo gerar aprendizados que irão favorecer o atendimento de todas aquelas que necessitam de estratégias diferenciadas e acolhimento.

E como outro ponto de diálogo entre estigma da cronicidade em crianças e a formação profissional, destacamos que a especialização pediátrica é vista com menor valor no interior das formações profissionais. Sá e Gomes⁶ assinalam que para a Fisioterapia, a especialidade pediátrica é considerada uma área “menor”, pouco valorada pelos próprios fisioterapeutas. Já Moreira e Souza⁹ apontam que a Pediatria e a Psiquiatria são percebidas como especialidades menores, por seus praticantes, porque se desenvolvem com sujeitos a quem se atribuem status de menores, mais complicados, porque trazem consigo a marca da dependência, incapacidade, do inesperado, da violência, da transgressão, da espontaneidade: na ordem, crianças e loucos. E ainda, o prestígio

ou a desvalorização de um trabalho liga-se ao objeto e ao lugar em que é exercido, sendo que existe um *ethos* interno às profissões de saúde que relega à Pediatria uma menor valoração. Para Santos e Moreira¹⁰ as relações de cuidado de enfermagem, em um ambiente onde predomina a experiência do adoecimento crônico de crianças e adolescentes, promovem um compartilhamento de significados e representações, que extrapolam o domínio do profissional. Eles se sentem impotentes diante dos limitados recursos pessoais e profissionais, além das dificuldades para identificar e lidar com seus próprios sentimentos.

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

Com relação à Fisioterapia Pediátrica nos Estados Unidos, Spake¹¹ destaca que apesar de a maioria dos programas de graduação ter locais disponíveis para a prática clínica pediátrica, poucos a consideravam obrigatória. Schreiber et al.¹² identificaram que apesar de 70% das instituições estudadas indicarem que a quantidade de locais existentes para a prática clínica pediátrica atendia às necessidades curriculares, somente 7% dos programas colocavam como obrigatória a experiência. Guedes et al.¹³ apontam que o ensino da Fisioterapia Pediátrica segue práticas voltadas para doenças e recomendam a inserção de novos conteúdos e ampliação da carga horária das disciplinas com foco em Pediatria, além de aprimorar a articulação teórico-prática e criar espaços físicos para essa prática. Em 2002, o Conselho Nacional de Educação (CNE)¹⁴ estabeleceu novas habilidades e competências para o ensino da Fisioterapia no Brasil. Com isso as matrizes curriculares dos cursos foram reformuladas, buscando atender ao novo perfil do egresso, tendo sido incluídos diferentes conteúdos. Mesmo assim, a Fisioterapia Pediátrica permanece como uma disciplina oferecida, em geral, no último ano de graduação, com uma pequena carga horária que deverá contemplar todo o conteúdo da abordagem fisioterapêutica para essa população. Nota-se, a partir dos documentos aqui citados, o reduzido espaço reservado para a Pediatria na formação do fisioterapeuta, seja na carga horária

ou nos espaços para a prática, o que pode resultar em possíveis ausências sobre as especificidades do trabalho desse profissional, particularmente no que tange às crianças com condições crônicas complexas.

Material e métodos

O presente artigo explorou a análise argumentativa. Para interpretação dos dados recorremos a Fairclough¹⁵, que possibilitou o encontro com os estudos sobre análise argumentativa situada no interior da análise de discurso crítica. A linguagem é considerada uma forma de prática social, onde os indivíduos agem sobre o mundo e sobre os outros estando contingenciados pela estrutura social: pelas classes, relações específicas de instituições particulares, por sistemas de classificação, por normas, convenções. Analisando um discurso específico, reconhecemos que este é produzido, distribuído e consumido tendo como pano de fundo, por exemplo, ambientes institucionais particulares, nos quais existem relações de poder e ideologias, e onde os sujeitos irão manifestar suas posições a partir desse contexto. Essa perspectiva crítica do autor, pode ser dialogada com as análises foucaultianas sobre as relações de poder e saber que permeiam as práticas sociais. Os argumentos dos entrevistados situam-se no contexto de uma “nova fisioterapia” para “novos sujeitos”, no caso crianças com condições crônicas complexas de saúde, que: (a) carregam as marcas e os estigmas de sua cronicidade impressas nos seus corpos infantis⁷, e experimentam as interações dos informados com elas, no caso aqui os fisioterapeutas como profissionais de referência; (b) o campo das relações de disputa entre outras profissões, além das internas da própria fisioterapia. Nessa direção, acessamos Bourdieu¹⁶ no seu entendimento das profissões como construções sociais. Todo enunciado atualiza outros que fazem parte de um conjunto e desempenham um papel, se apoiando e se distinguindo de outros textos. Não há texto sem contexto, e toda prática discursiva se liga a outros tantos textos e referências. Como estudamos um grupo de profissionais de fisioterapia, em um serviço especializado de saúde em pediatria, entendemos seus argumentos como baseados em mediações relacionadas às lógicas profissionais que os regem.

Utilizamos como técnica a entrevista qualitativa¹⁷, promovendo a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. Oferecemos aos entrevistados duas afirmativas provocadoras,

e pedimos que as defendessem e/ou recusassem: (a) Uma criança e um adolescente crônicos são vistos como sujeitos menos importantes; (b) Um fisioterapeuta que atue com eles pode também ser considerado menos importante. Essas afirmativas foram oferecidas com base em outras pesquisas^{10,18} onde compareceram as polêmicas e os discursos aparentemente contraditórios, conflituosos na relação com uma prática de cuidado pleno e dedicado com crianças crônicas. Ou seja, o que vimos retratado foi um diálogo efetivo no mesmo discurso entre posições de recusa das frases oferecidas, num primeiro momento, para depois no curso temporal da entrevista aparecerem apoios que justificam essas visões que podem parecer enviesadas. Para analisar o material, foi criado um quadro onde cada uma das afirmativas era associada aos recortes dos trechos, visualizando os extratos das entrevistas e as interpretações relacionadas aos principais argumentos desenvolvidos pelos sujeitos.

Como etapa final foi construída uma interpretação em termos do contexto geral e do argumento dos sujeitos. A realização das entrevistas se deu no período de junho a setembro de 2015.

O campo do estudo foi um hospital de referência situado no município do Rio de Janeiro. Os sujeitos da pesquisa foram fisioterapeutas que atuam na atenção à saúde da criança e do adolescente nesse local, que concentra uma atenção de referência para crianças com condições crônicas complexas de saúde.

Resultados

Participaram vinte e um sujeitos: sete profissionais com até dez anos de formados e quatorze com mais de dez anos de prática profissional. Desses sete entrevistados, quatro atuavam como residentes. Treze entrevistados iniciaram suas carreiras atendendo pacientes pediátricos. Dos vinte e um entrevistados, dezessete fizeram especialização ou cursos na área pediátrica, e o mesmo número tinha até dez anos de atuação na instituição pesquisada, enquanto quatro mais de dez anos. Somente dois profissionais eram do sexo masculino. Quatro profissionais não puderam ser entrevistados, por não estarem disponíveis quando teve curso o trabalho de campo.

A leitura das transcrições foi realizada pelo pesquisador principal e foi submetida à leitura das duas orientadoras. A análise das entrevistas possibilitou identificar uma tensão na estrutura argumentativa dos sujeitos, na interface entre se

construir em contato com as crianças e concomitantemente desenvolver-se enquanto fisioterapeuta no serviço estudado. Com isso dois eixos argumentativos se configuraram: (1) A Fisioterapia para Novos Atores: Disputas e Inovações para Atenção às Crianças Cronicamente Adoecidas; (2) Apoios/Mediações para Cuidar das Crianças Cronicamente Adoecidas: Associando Tecnologias, Conhecimento e Experiência. Para fins desse artigo, apresentamos o primeiro eixo.

Discussão

Os profissionais de saúde no encontro profissional com crianças são provocados às memórias e sensibilidades relacionadas à infância, experiências pessoais para sustentar seus limites na prática¹⁸. Ao mesmo tempo, são acionados como necessários os conteúdos de conhecimento, currículo profissional, aprendizados práticos que não parecem ser contemplados em cursos de Fisioterapia no contexto pediátrico^{6,11}. O termo encontro aqui utilizado ganha contornos de conceito quando associado à discussão de Goffman¹⁹ sobre interações sociais, e as perspectivas dos *encounters* nas relações face a face.

Ao utilizarmos duas afirmativas polêmicas para provocar as entrevistas dois efeitos foram produzidos no campo: primeiro vimos uma posição autorreflexiva de apresentar e recusar hipóteses, na elaboração de uma discussão consigo mesmo, em que eram levantadas opções de posicionamentos e argumentos para defender tais posturas. Outro efeito provocado se refere a uma avaliação para audiência, ou seja, o que poderiam ou não apresentar para o pesquisador, pois essas afirmativas polêmicas geram a priori um movimento de negação, porém no decorrer das entrevistas vemos que os sujeitos continuam a desenvolver seus argumentos, aparecendo inclusive posições ambíguas em seus discursos. Esse efeito vai ao encontro do que explicitamos acima no método, quando apresentamos as duas afirmativas. A ideia era provocar o discurso, os argumentos e as posições distintas pelo mesmo sujeito, na relação com a audiência externa que o pesquisador representava, e a interna, autorreflexiva que baseava experiência e censura.

Os argumentos apresentados são fruto de uma interação social, na qual o sujeito busca se adaptar ao contexto imediato do ato da fala e ao interlocutor²⁰. O caráter dialógico do discurso também é destacado na leitura que Barros²¹ faz de Bakhtin, em que o dialogismo constitui a lin-

guagem e o sentido do discurso, que se constrói entre pelo menos dois interlocutores e mantém relações com outros discursos. Já Fairclough¹⁵ afirma que através dos discursos as pessoas agem sobre o mundo e sobre outros, assim como os utilizam como um modo representação.

É interessante destacar que nesse vai e vem de concordâncias e discordâncias com seus próprios discursos, os entrevistados estão na realidade avaliando e reavaliando o que pode ser dito, sem que os mesmos sejam colocados em uma situação de desvantagem em relação ao interlocutor. Segundo Resende e Ramalho²², existe uma perspectiva interacional entre o locutor e o ouvinte, nessa visão dialógica os discursos respondem a outros prévios e antecipam os posteriores.

A fim de buscar elementos para situar o olhar dos sujeitos sobre sua prática profissional, esclarecendo aqui nosso entendimento sobre a mesma, recorremos a Bourdieu¹⁶. O autor retira da definição de profissão uma perspectiva essencialista, funcional, de neutralidade no cenário social: as profissões são construções sociais, com uso de recursos específicos com o objetivo de demarcar seu campo no espaço social e ter visibilidade, em luta por reconhecimento e por um monopólio de atuação profissional. No caso do recorte desse artigo, esta tensão é marcada pelas relações de poder existentes entre os atores que constituem o campo da saúde. E ainda, por determinadas ideias comuns tanto a profissionais quanto a leigos de que no hospital: *a essência da assistência do doente é, obrigatoriamente do médico e enfermeiro [...] se não tiver fisioterapeuta hoje no plantão, todos os pacientes vão ser assistidos, pelo médico e pelo enfermeiro... e se não tiver médico? Não pode... e se não tiver enfermeiro, técnico... o negócio não acontece [...] [participante 2]*

Apoiados em Bourdieu¹⁶, podemos discutir que as diferentes categorias profissionais convivem em um movimento, no qual procuram defender a definição do mundo social que mais atenda aos seus interesses. A hierarquização dos profissionais nos serviços de saúde comparece como um efeito da luta por hegemonia e reconhecimento, em que algumas categorias profissionais, muitas vezes, ainda são reconhecidas como ocupando um nível mais necessário que outras dentro desse microcosmo dos profissionais de saúde.

Por definição uma criança crônica complexa⁴ apresenta diversos aparelhos e sistemas comprometidos, nessa perspectiva se torna urgente a abordagem multiprofissional, com destaque para a ação sinérgica de fisioterapeutas. Essa conside-

ração permite relativizar a posição levantada pela entrevistada acima, com base no fato de que um novo ator – a criança cronicamente adoecida – demanda novas práticas, que incluem, pelas suas necessidades clínicas, atendimento fisioterapêutico, que articule o sistema respiratório e motor: [...] *hoje em dia como tem mais condições respiratórias crônicas eu tenho visto que precisa um pouco mais do que só um pulmão, eu preciso melhorar essa postura* [participante 3]

Da mesma forma como enquanto [fisioterapeuta] *motor tem que saber* [fisioterapia] *respiratória, porque senão a gente chega com o nosso paciente crônico que tá agudizado e a gente não consegue fazer nada* [...] [participante 3]

Atuar com crianças em condições crônicas complexas de saúde, representa um desafio, e ao mesmo tempo abre espaço para afirmação de competência, em um campo de disputas. A disputa aparece no conflito assinalado nas falas de alguns entrevistados ao se referirem à fisioterapia respiratória como uma competência de sua categoria no interior de uma unidade de terapia intensiva: *um lugar* [unidade de terapia intensiva] *que o fisioterapeuta consegue ter um pouco mais de domínio até do que alguns médicos, porque eles* [os fisioterapeutas respiratórios] *estudam muito essa parte da mecânica ventilatória da fisiologia, e aí os médicos também já não tão querendo muito ter esse trabalho, aí os fisioterapeutas acham que é bom pra eles, eles vão ser melhores porque eles vão mexer na ventilação mecânica* [...] [participante 12]

Essa luta por uma afirmação de seu lugar junto às outras categorias profissionais, perpassa por uma disputa de mercado, onde os atores sociais usam de seu capital cultural, social e simbólico¹⁶ para definir suas posições privilegiadas dentro das instituições. No trecho acima a entonação do participante, permeada por uma intervenção crítica, expressa argumentos que afirmam um campo de competência, no qual talvez a medicina tenha deixado brechas.

Essa discussão se faz importante quando pensamos que a saúde da criança na atualidade assiste a emergência de uma “nova pediatria”¹ e, portanto, de crianças que aqui denominamos como cronicamente adoecidas e complexas^{3,4}. Costa et al.²³ apontam que a partir da década de 1980 houve um incremento no quantitativo de crianças e adolescentes com dependência crônica de ventilação pulmonar mecânica (DCVPM), ficando a maioria restrita aos hospitais, particularmente nas unidades de terapia intensiva pediátrica. Essa emergência vai movimentar a cena das

profissões, a fim de que hajam reposicionamentos, um campo aberto às disputas e à afirmação de poder e competência.

Quando Bispo Júnior²⁴ explora os modelos de formação de fisioterapeutas no Brasil, ele vai apontar para a disputa entre fisiatras e fisioterapeutas, baseada em corporativismos e interesses mercadológicos. Sá²⁵ aponta o predomínio da escola americana em detrimento da europeia no modelo de formação do fisioterapeuta no Brasil, privilegiando a lógica privatista dos centros de reabilitação para adultos. Já Ribeiro e Medeiros Júnior²⁶ avançam na direção de dialogar com um campo promotor da interdisciplinaridade.

Assim, à luz de Bourdieu¹⁶ é possível discutir as lutas por hegemonia em um campo profissional onde modelos de atuação e formação referem interesse e perspectivas sociais, com relações de poder e disputa de campos de saber. E aqui as disputas não se dão somente quando os fisioterapeutas referem médicos e enfermeiros, mas também quando destacam que a própria Fisioterapia pode viver tensões entre as áreas motora e respiratória, principalmente no cenário estudado.

No caso destes embates no campo profissional, vale remeter às chamadas marcas de distinção que contribuem para a construção de traços identitários²⁷. A relação de distinção incorpora aproximações e afastamentos, a fim de delimitar as diferenças. Considerando ser a Medicina uma profissão de alto reconhecimento e status, com uma ação hegemônica mais flagrante junto com a Enfermagem, principalmente no espaço hospitalar, é relevante problematizar a relação entre objetos de conhecimento/intervenção competente/reconhecimento social. No caso da relação entre Fisioterapia e Medicina, que tem em comum como sujeito de intervenção profissional a saúde da criança e a orientação ao seu familiar, surge uma disputa entre os campos de saber, com o profissional buscando se afirmar através de seu conhecimento, especificando responsabilidades: [...] *a própria questão da ventilação mecânica que era uma coisa que a gente puxou pra gente, já veio toda a discussão do ato médico* [...], *eu acho que ainda precisa sim de fisioterapeutas que se reafirmem nos lugares pra provar, de repente daqui a um tempo não precise mais* [...] [participante 8] [...] *mas eu falava com os médicos na mesma língua deles, e alguns médicos lá nem conheciam também, nunca tinham visto* [referindo-se a uma patologia específica], *então em alguns momentos eu sabia muito mais que o médico que tava lá... e eu podia até ajudar porque eu sabia mais do que eles* [participante 12]

Nos trechos acima ganha destaque a importância atribuída pelos profissionais a dois aspectos: (a) o recorte de um aspecto, que diz respeito à atenção à saúde da criança, tratando-o como um objeto de competência do fisioterapeuta, no caso a ventilação respiratória e dados paramétricos; (b) a disputa pelo conhecimento sobre a clínica e uma determinada doença, com a experiência vinculada ao tratamento da mesma articulada a um discurso competente.

Diversos documentos oficiais de órgãos de classe ligados à fisioterapia respondem no cenário das profissões e regulamentações do mercado, sobre: a demarcação do manejo do suporte ventilatório invasivo ou não invasivo, pelo fisioterapeuta intensivista, bem como seus instrumentos de medida e avaliação²⁸; defesa do fisioterapeuta como parte de uma equipe multidisciplinar e destaca a não subordinação do mesmo diante de outras categorias profissionais²⁹.

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

Segundo Foucault³⁰, as relações de poder implicam necessariamente na constituição e apropriação de um campo de saber, sendo o inverso verdadeiro, no qual os saberes entrelaçam e definem relações de poder. Há que ter cuidado com um discurso reativo de oposição que reproduz uma dicotomia bom versus mau, onde o fisioterapeuta ocuparia a posição positiva e as outras profissões a negativa. A interpretação que vale aqui, acionando a análise crítica de discurso, é que não há como localizar alguém que não esteja produzindo relações de poder e, portanto assumindo, em alguns momentos, discursos difíceis de serem escutados por alguns atores, como os familiares. Nesse sentido, não é de alguma profissão a prerrogativa de ser “acolhedor, respeitoso ao vínculo”.

Compreendemos que a Fisioterapia, no campo maior de profissões, pretende se afirmar e ser reconhecida em um campo onde as práticas e saberes da Medicina são reconhecidas como hegemônicas. Portanto, a forma que os profissionais procuram conquistar o seu espaço vai desde a assimilação do conhecimento de outra categoria até o embate com a mesma. [...] *o fisioterapeuta meio que assumiu esse papel dentro do CTI, ele também ventila doente, não só médico* [participante 6]

[...] *mas eu falava com os médicos na mesma língua deles, e alguns médicos lá nem conheciam também, nunca tinham visto, então em alguns momentos eu sabia muito mais que o médico que tava lá* [participante 12]

No caso da Fisioterapia podemos inferir que a emergência dessas crianças como novos sujeitos de cuidados, caracterizadas pela complexidade dos quadros clínicos, impulsionam o desenvolvimento de técnicas, conhecimentos e, portanto, afirmação profissional, e um novo mercado de atuação. Recorrendo a Goffman⁷, é preciso refletir que essas crianças e suas marcas corporais, estigmas da cronicidade, desafiam os modelos de desenvolvimento e corporalidade, padrões de beleza esperados para o corpo infantil. A interação com essas crianças, como informados, mas não iguais, provoca uma revolução no olhar e nas práticas profissionais que merece ser revertida para o ambiente de formação em pediatria.

As profissões são construções sociais¹⁶, produto de um trabalho social de construção de um grupo e de uma representação dos grupos, estão imersas em relações de força, de poder e disputa por monopólio de competência. Assim, a partir de um novo objeto para saúde pública, a saber, a emergência de crianças com condições crônicas de saúde, que podem gerar inquietações que demandam a produção de novos conhecimentos para atender as mesmas, os profissionais procuram na conformação de novas práticas, dar conta desse campo de disputa em aberto. Esse sujeito considerado uma novidade no ambiente institucional de cuidados em saúde, que desafia o circuito de diagnóstico/tratamento/cura, e cuja doença caracterizada como crônica conflita com o que seria esperado para o desenvolvimento na infância, emerge como um novo objeto para a intervenção profissional.

Tal cenário convoca dialogar com Bourdieu¹⁶ na discussão entre objetos socialmente desvalorizados e o esforço de torná-los objetos científicos importantes por parte das profissões. Esse movimento por parte dos profissionais, se caracteriza como uma forma de se fazer ser visto e mostrar o seu valor, mas que ao colocar o profissional em exposição, pode fazê-lo se sentir inseguro e em risco de mostrar suas falhas: [...] *discussão de caso clínico dentro de uma unidade [...] eu vou lá porque vou aprender também, se os médicos sabem mais, eu vou lá com os médicos porque eu vou aprender [...], mas a pessoa tem medo não quer se expor, aí fica com medo de fazer a coisa errada porque não sabe* [participante 12]

Num ambiente onde a profissão médica é reconhecida como imperial³¹ e que historicamente

através de práticas monopolísticas, mantém seu prestígio estabelecendo barreiras em relação as outras profissões³², o fisioterapeuta, para se afirmar no campo das profissões de saúde, procura se aproximar desta categoria, estando junto das discussões sobre os pacientes e absorvendo o linguajar científico utilizado no *ethos* da profissão médica: *Porque nós estamos junto deles [aos médicos do hospital], agora o fisioterapeuta que tá lá no ambulatório, no consultório dele [...] não é tão conhecido [...]* [participante 4]

Aqui é assim, os fisioterapeutas respiratórios, são eles que tomam conta do BIPAP, na UPG são as médicas que tomam conta, só que eu mexo, outro [fisioterapeuta] mexe, a gente tira, bota, sempre faz isso. Então como o fisioterapeuta assumiu parte dessa função, os hospitais adquiriram maior independência nesse sentido, 'tudo bem tá ventilado, mas dá pra ficar lá fora, a Fisioterapia cuida' [participante 6]

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

Em estudo anterior, Silva e Moreira³³ apontaram que um critério importante para o próprio profissional considerar-se pertencendo ao espaço e à equipe está relacionado à presença na unidade. As autoras ressaltam que a proximidade do local onde se encontra a criança também favorece o reconhecimento daquele profissional como fazendo parte do grupo, o que promoveria reações e relações positivas para o trabalho em equipe. Portanto, a posição no tempo e espaço influencia o modo como a equipe considera seus colegas de trabalho como fazendo ou não parte do grupo.

Destacando o trabalho multidisciplinar, o estudo acima afirma que: (a) apesar dessas equipes serem uma realidade nos ambientes de cuidado hospitalar, isso não garante um trabalho interdisciplinar; (b) a segmentação por especialidades somada com a setorização profissional, com a arquitetura hospitalar e com a subordinação dos profissionais à hierarquia entre as especialidades, leva a uma fragmentação do atendimento e a uma ineficácia do trabalho em equipe; (c) o trabalho coletivo é alcançado a partir dos sentimentos relacionais de compromisso, solidariedade, responsabilidade e experiência que permeiam o

lidar com o grupo, e não somente com a imposição de normas e imposições hierárquicas.

Em estudo com fisioterapeutas, Ghisleni³⁴ salienta que a valorização está ligada ao reconhecimento do outro, seja um colega de trabalho, um paciente ou familiar. A autora destaca, ainda, que quando o fisioterapeuta tem uma maior interação com médicos e enfermeiros, caracterizando maior tempo na unidade, existe uma tendência de um maior reconhecimento de seu trabalho. Em contrapartida, quando o profissional tem um convívio menor com as outras categorias, não é desenvolvida uma relação de confiança e seu trabalho não é reconhecido.

Conclusão

O atendimento a crianças com condições crônicas complexas de saúde demanda novos saberes e novas práticas, que incluem, pelas suas necessidades clínicas, atendimento fisioterapêutico. Os profissionais procuram se especializar para atender essa demanda e enfrentar as disputas de poder que objetivam ter primazia sobre a atuação com esse novo sujeito de cuidados. No contexto hospitalar, o fisioterapeuta procura se afirmar através de seu conhecimento e da aproximação com outras categorias profissionais, principalmente a medicina. Essa aproximação vem no sentido de ser reconhecido como um elemento essencial à equipe, na qual pode contribuir e se destacar nesse ambiente que ainda é visto como lugar pertencente à Medicina e à Enfermagem, sendo que as outras categorias seriam consideradas como um algo a mais, não primordial.

Apesar de tradicionalmente o hospital ter sido pensado como espaço exclusivo para ação da biomedicina, representada por médicos e enfermeiros, compreendemos que existe um cenário em formação, onde novas tecnologias em saúde e o conhecimento de outras categorias, como a Fisioterapia, precisam ser reconhecidas como essenciais.

Há que reconhecer a necessidade de investir ainda na graduação nos conhecimentos e espaços de atuação com crianças, incorporando as demandas por conteúdos não somente das técnicas fisioterapêuticas, mas da área de humanidades, trabalhando os dilemas sobre estigma e corpo marcado por condições crônicas complexas.

Colaboradores

AF Madureira, MCN Moreira e MC Sá contribuíram igualmente em todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):321-327.
2. Gomes MASM. Saúde da Criança e do Adolescente no Brasil: realidade e desafios. *Residência Pediátrica* 2011; 1(Supl. 1):35-37.
3. Moreira MCN, Gomes R, Sá MRC. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Cien Saude Colet* 2014; 19(7):2083-2094.
4. Cohen E, Kuo DZ, Agrawal R, Berry J G, Bhagat SK, Simon TD, Srivastava R. Children With Medical Complexity: An Emerging Population for Clinical and Research Initiatives. *Pediatrics* 2011; 127(3):529-538.
5. Duarte JG, Gomes SC, Pinto MT, Gomes MASM. Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos? *Physis* 2012; 22(1):199-214.
6. Sá MRC, Gomes R. A promoção da saúde de crianças em espaço hospitalar: refletindo sobre a prática fisioterapêutica. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(51):709-722.
7. Goffman E. *Estigma: notas sobre a deterioração da identidade deteriorada*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.
8. Moreira MCN, Cunha CC, Mello AS. Conversando Sobre As Crianças e Os Adolescentes Com Condições Crônicas Complexas Na Atenção Primária: A Atenção Domiciliar Gerando Interfaces Entre As Especialidades E O Cuidado No Domicílio. In: Santos IS, Goldstein RA, organizadores. *Rede de pesquisa em Manguinhos: sociedade, gestores e pesquisadores em conexão com o SUS*. São Paulo: Hucitec; 2016. v. 1, p. 1-17.
9. Moreira MCN, Souza WS. *Uma cartografia dos dispositivos institucionais de humanização da atenção à saúde da criança e do adolescente em ambientes hospitalares: um enfoque a partir do processo de trabalho e do associativismo em saúde* [relatório de pesquisa CNPQ]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
10. Santos RA, Moreira MC. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. *Cien Saude Colet* 2014; 19(12):4869-4878.
11. Spake EF. Perspectives on Pediatric Physical Therapy Education. *Pediatric Physical Therapy* 2014; 26(1):2-6.
12. Schreiber J, Goodgold S, Moerchen VA, Remec N, Aaron C, Kreger A. A description of professional pediatric physical therapy education. *Pediatr Phys Ther* 2011; 23(2):201-204.
13. Guedes MJP, Alves NB, Wyszomirska RMAF. Ensino e práticas da fisioterapia aplicada à criança na formação do fisioterapeuta. *Fisioter. Mov.* 2013; 26(2):291-305.
14. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Ensino Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União* 2002; 4 mar.
15. Fairclough N. *Discurso e mudança social*. Brasília: UNB; 2001.
16. Bourdieu P. *O Poder Simbólico*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.
17. Bauer MW, Gaskell G, organizadores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 11ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
18. Moreira MCN, Gomes R. O cuidado à criança hospitalizada: interações simbólicas entre as dimensões profissional e leiga. *Diversitates* 2015; 7(1):40-53.

19. Goffman E. *Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face*. Petrópolis: Vozes; 2011.
20. Helena HNB. *Introdução à Análise do Discurso*. Campinas: Unicamp; 2006.
21. Barros DLP. Contribuições de Bakhtin às teorias do discurso. In: Brait B, organizador. *Bakhtin: dialogismo e construção de sentido*. Campinas: Unicamp; 2011. p. 25-36.
22. Resende VM, Ramalho V. *Análise de discurso crítica*. São Paulo: Contexto; 2009.
23. Costa MTF, Gomes MA, Pinto M. Dependência crônica de ventilação pulmonar mecânica na assistência pediátrica: um debate necessário para o SUS. *Cien Saude Colet* 2011; 16(10):4147-4159.
24. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist Ciênc Saúde* 2009; 16(3):655-668.
25. Sá MRC. *A prática fisioterapêutica: reflexões sobre as ações cotidianas relacionadas à saúde da criança em um ambiente hospitalar* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira; 2013.
26. Ribeiro IL, Medeiros Júnior A. Graduação em saúde, uma reflexão sobre ensino-aprendizado. *Trabalho, Educação e Saúde* 2016; 14(1):33-53.
27. Dubar C. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
28. Brasil. COFFITO. Resolução nº 402, de 03 de agosto de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional Fisioterapia em Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial de São Paulo* 2011; 24 nov.
29. Martins JA. Parecer 010/2013: Atuação do fisioterapeuta na ventilação mecânica. *Assobrafir Ciência* 2013; 4(2):73-76.
30. Foucault M. *Vigiar e Punir*. 42ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
31. Coelho E. *As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro (1822-1930)*. Rio de Janeiro: Record; 1999.
32. Vargas HM. "Sem perder a majestade: 'profissões imperiais' no Brasil". *Estudos de Sociologia* 2010; 15(28):107-124.
33. Silva EM, Moreira MCN. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. *Cien Saude Colet* 2015; 20(10):3033-3042.
34. Ghisleni AP. *A contribuição da identidade no trabalho na construção da identidade profissional: uma análise de fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva* [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

Artigo apresentado em 15/11/2016

Aprovado em 28/08/2017

Versão final apresentada em 30/08/2017