



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ADRIANA YUKI IZUMI

**A CONCEPÇÃO DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA
NEUROMOTORA E SEUS PAIS SOBRE A FISIOTERAPIA:
ESTUDO QUALITATIVO**

Londrina
2012

ADRIANA YUKI IZUMI

**A CONCEPÇÃO DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA
NEUROMOTORA E SEUS PAIS SOBRE A FISIOTERAPIA:
ESTUDO QUALITATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (Programa Associado entre Universidade Estadual de Londrina [UEL] e Universidade Norte do Paraná [UNOPAR]), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientador: Prof^a. Dra. Dirce Shizuko Fujisawa

Londrina
2012

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade estadual de Londrina

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

I99c Izumi, Adriana Yuki.

A concepção da criança com deficiência neuromotora e seus pais sobre a fisioterapia: estudo qualitativo / Adriana Yuki Izumi. – Londrina, 2012.
95 f.: il.

Orientador: Dirce Shizuko Fujisawa.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, 2012.
Inclui bibliografia.

1. Fisioterapia para crianças – Teses. 2. Crianças – Tratamento – Exercícios terapêuticos – Teses. 3. Doenças neuromusculares – Teses. 4. Pais de crianças com deficiência neuromotora – Teses. I. Fujisawa, Dirce Shizuko. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. III. Título.

CDU 615.8-053.2

ADRIANA YUKI IZUMI

**A CONCEPÇÃO DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA NEUROMOTORA
E SEUS PAIS SOBRE A FISIOTERAPIA:
ESTUDO QUALITATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (Programa Associado entre Universidade Estadual de Londrina [UEL] e Universidade Norte do Paraná [UNOPAR]), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Dirce Shizuko Fujisawa (Orientador)
UEL – Londrina - PR

Prof^a. Dra. Celita Salmaso Trelha
UEL – Londrina - PR

Prof. Dr. Eduardo José Manzini
UNESP – São Paulo - SP

Londrina, 16 de fevereiro de 2012.

Dedico este sonho à minha mãe, a mulher mais forte deste mundo.

AGRADECIMENTOS

À Deus quem sempre iluminou e abençoou meus caminhos;

Agradeço à minha orientadora Prof^ª. Dra. Dirce Shizuko Fujisawa, pelos ensinamentos, não só de hoje, mas pelo caminho que vem me ajudando a trilhar na minha carreira, desde a graduação. Agradeço pelos incentivos, amizade, confiança, tempo de convivência e pela orientação, não somente na ciência, mas como para a vida profissional e pessoal;

A todos os professores do programa de Mestrado Associado em Ciências da Reabilitação, que se empenharam para realização desta pós-graduação. Em especial, agradeço ao Prof. Dr. Jefferson Rosa Cardoso por me acolher no seu grupo de pesquisa e não medir esforços para me ensinar estatística;

Aos membros da banca, Prof^ª. Dra. Celita Salmaso Trelha e Prof. Dr. Eduardo José Manzini por aceitarem participar e colaborar com meu estudo;

Agradeço as professoras Dra. Viviane de Souza Pinho Costa, Dra. Eliza Tieko Oshiro Tanaka, e Dra. Mara Lucia Garanhani por aceitarem colaborar com o estudo e, gentilmente, avaliarem as categorias; agradeço à toda turma da disciplina de Abordagens Qualitativas de Pesquisa em Saúde do Mestrado Ciências da Reabilitação que participaram como juízes do roteiro de entrevista;

Agradeço à Prof^ª. Marcia Regina Garanhani, pelos incentivos, pela amizade, e por me apresentar à pesquisa qualitativa;

À Prof^ª. Dra. Vanessa Probst por colaborar com o exame de qualificação realizado à distância, cedendo a sala de vídeo conferência da Universidade Norte do Paraná;

Agradeço a todos meus colegas de turma, a primeira do Mestrado em Ciências da Reabilitação, pela amizade, risadas e choros. Em especial, agradeço à minha amiga Carolina Kruleske da Silva, quem esteve tão presente na construção deste trabalho, bem como na realização das disciplinas;

A todas as crianças, pais e mães que aceitaram participar prontamente e contribuir com o estudo, abrindo as portas de suas casas, particularidades de suas vidas e despendendo seu tempo para formulação deste trabalho;

Aos meus pais, Jorge e Cleunice pelo carinho e amor de sempre, por não medirem esforços para a realização de meus sonhos. Pai, obrigada pelas

broncas para que eu estudasse mais, graças ao senhor cheguei aqui hoje. Mãe, obrigada pela senhora estar aqui;

Ao meu marido Cleberson pelo companherismo, paciência e compreensão, pelas palavras de incentivo nas horas difíceis, e pelos abraços silenciosos nas horas mais difíceis ainda;

Aos meus irmãos, Cristiana, Fabiana e Juliano por sempre estarem ao meu lado. Cris, obrigada por todos seus esforços de cuidados, mimos de irmã mais velha e por estar sempre pronta a me ajudar; Fabi, obrigada pelas broncas de segunda irmã que sempre me colocavam na linha; Ju, obrigada por me levar a lugares desconhecidos durante a coleta de dados;

Agradeço à tia Nilza que sempre me incentivou nos estudos e nunca mediu esforços, tempo e dinheiro para minha educação.

[...] Que eu saiba parar para ouvi-lo, sentar junto ao seu leito para animá-lo... É muito importante, Senhor, que eu não perca a capacidade de chorar [...].

Oração do Fisioterapeuta

IZUMI, Adriana Yuki; FUJISAWA, Dirce Shizuko. **A concepção da criança com deficiência neuromotora e seus pais sobre a fisioterapia: estudo qualitativo.** 2011. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

RESUMO

Objetivo: Investigar a concepção de crianças com deficiência neuromotora e seus pais sobre a fisioterapia. **Métodos:** Estudo qualitativo realizado por meio de entrevista semiestruturada com crianças com deficiência neuromotora, em idade escolar e seus pais. Foram entrevistados 18 participantes: seis crianças, seis pais e seis mães. As crianças tinham idade entre 8 a 11 anos, três do sexo masculino e três do feminino, tempo médio de fisioterapia de 8,67 anos (DP 2,65), todos frequentavam o Ambulatório de Fisioterapia Pediátrica do Hospital Universitário de Londrina. A idade média das mães foi de 37,83 anos (DP 5,34), a mediana da idade dos pais foi de 40,5 anos (31 a 43 anos). O roteiro de entrevista foi submetido à avaliação de juízes para verificar adequação ao tema proposto e por entrevistas pilotos para ajustes de linguagem. Foram coletados dados sócio-demográficos e da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para critério de exclusão no domínio comunicação e caracterizar a população no domínio mobilidade. Os dados numéricos foram tratados de forma descritiva e as entrevistas passaram por processo de categorização. As categorias passaram por análise de juízes, a fim de testar a confiabilidade entre observadores. **Resultados:** A análise dos relatos permitiu a construção de cinco categorias analíticas para as crianças e cinco para os pais denominadas: (1) Eu faço fisioterapia porque.../ Meu filho faz fisioterapia porque...; (2) Na fisioterapia eu faço.../ Na fisioterapia meu filho faz...; (3) Com a fisioterapia eu.../ Eu percebo que com a fisioterapia meu filho...; (4) Então, fisioterapia pra mim é.../ Pra mim, fisioterapia é...; e (5) Eu espero que a fisioterapia.... O estudo evidenciou que a concepção da criança sobre a fisioterapia está relacionada à dificuldade funcional percebida por ela, causada pela sua deficiência. Os pais revelaram acompanhar a intervenção e o desenvolvimento de seus filhos, associando a fisioterapia a um tratamento necessário e eficaz. As mães conceberam a fisioterapia como tratamento essencial para aquisições motoras, que irão possibilitar qualidade de vida, independência funcional e desenvolvimento de atividades laborais. As expectativas das crianças em relação à fisioterapia relacionam-se com a melhora das dificuldades percebidas por elas; pais e mães esperam a reabilitação total de seus filhos, ficando evidente a necessidade do fisioterapeuta de orientação e troca de informações reais, a fim de esclarecer o prognóstico, e oferecer suporte não somente para recuperação motora e funcional, mas social, psicológica e ambiental da criança e sua família. **Conclusão:** A concepção de fisioterapia para as crianças é de ajuda e de auxílio para a sua melhora funcional. Para os pais, a fisioterapia é uma ciência realizada por meio de técnicas e exercícios específicos, com objetivos definidos para cada caso, que modifica o comportamento de seus filhos. Para as mães, a fisioterapia é uma ajuda que possibilita autonomia e qualidade de vida a seus filhos. Para as crianças, pais e mães esta concepção está relacionada às experiências que eles vivenciam na fisioterapia, ligado às condutas fisioterapêuticas e suas expectativas.

Palavras-chave: Fisioterapia. Criança. Pais. Pesquisa qualitativa. Compreensão.

IZUMI, Adriana Yuki; FUJISAWA, Dirce Shizuko. **The conception of children with neuromotor disabilities and their parents about physical therapy: a qualitative study.** 2011. 95 p. Dissertation (Master's degree in Rehabilitation Sciences) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

ABSTRACT

Objective: To investigate the conception of children with neuromotor disabilities and their parents about physical therapy. **Methods:** A qualitative study was conducted through semi-structured interviews with children with neuromotor disabilities, school age and their parents. We interviewed 18 participants: six children, six fathers and six mothers. The children were aged between 8 and 11 years, three males and three females, mean therapy of 8.67 years (SD 2.65), all attended the Ambulatory Pediatric Physical Therapy, University Hospital of Londrina. The average age of mothers was 37.83 years (SD 5.34); the median age of fathers was 40.5 years (31 to 43 years). The interview was submitted to the judges to determine suitability for the proposed theme and by interviewing pilots for language adaptation. We collected sociodemographic data and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for exclusion criterion in the communication domains and characterize the population in the mobility domains. Numerical data were treated descriptively and interviews passed categorization process. The categories were analysis by experienced judges in order to test the reliability between observers. **Results:** The analysis of the reports allowed the construction of five analytical categories for children and five for parents: (1) I do physical therapy because... / My son does physical therapy because..., (2) In physical therapy I do ... / In physical therapy my son does..., (3) With the physical therapy I ... / I realize that with physical therapy my son..., (4) So is physical therapy for me... / To me physical therapy is ..., and (5) I hope the physical therapy The study showed that the child's conception of physical therapy is related to functional difficulty perceived by it caused by their disability. Fathers revealed monitor the intervention and development of their children, describing the physical therapy treatment necessary and effective. Mothers, conceived the physical therapy as a treatment essential for motor skills, which will enable quality of life, functional independence and development of work activities. The expectations of children in relation to physical therapy are related to the improvement of the difficulties perceived by them, parents expect the total rehabilitation of their children, became evident the need for the physiotherapist guidance and exchange of real information in order to clarify the prognosis, and support not only for motor recovery and functional, but social, psychological and environmental aspects of child and family. **Conclusion:** The conception of physical therapy for children interviewed is help and assistance for their functional improvement. For parents, the physical therapy is a science performed using specific techniques and exercises, with defined objectives for each case, which modifies the behavior of their children. For mothers, the physical therapy is an aid that allows autonomy and quality of life for their children. For children and parents this conception is related with their experiences that they experience in physical therapy, linked physical therapy conduct to their expectations.

Keywords: Physical therapy. Child. Parents. Qualitative research. Comprehension.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das crianças.....	49
Quadro 2 – Caracterização dos pais	49
Quadro 3 – Caracterização das mães	49
Quadro 4 – Caracterização do grau de dificuldade segundo domínio mobilidade da CIF	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
WCPT	World Confederation for Physical Therapy
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
HU/UEL	Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

À PROCURA DE RESPOSTAS, AO ENCONTRO DE PERGUNTAS: UMA REFLEXÃO DA PRÁTICA.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 A FISIOTERAPIA	15
2.2 A FISIOTERAPIA NA CRIANÇA	16
2.3 A CRIANÇA.....	17
2.4 A FAMÍLIA.....	19
2.5 O ESTUDO – CONSTRUINDO AS PERGUNTAS PARA ALCANÇAR AS RESPOSTAS	20
2.5.1 Pesquisa Qualitativa	21
2.5.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	23
3 ARTIGO:.....	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICES.....	57
APÊNDICE A – Documento de Avaliação para Juízes do roteiro de entrevista	58
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	68
APÊNDICE C – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	69
APÊNDICE D – Dados Sócio-demográficos	71
APÊNDICE E – Documento de avaliação para Juízes das Categorias	73
ANEXOS	89
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos UEL.....	90
ANEXO B – Normas de Formatação do Periódico Physical Therapy.....	91

À PROCURA DE RESPOSTAS, AO ENCONTRO DE PERGUNTAS: UMA REFLEXÃO DA PRÁTICA

“Eu gosto. Quando eu falto, eu fico chorando porque eu não fui, e daí eu fico triste com a minha mãe.” (C1)

O desejo pelo cuidar de pessoas existe desde minha formação, embasada pelo contexto familiar ao qual estava inserida. Tal anseio, me levou a busca pelo ser Fisioterapeuta, o profissional que utiliza o recurso manual, ou seja, as mãos, o toque, como principal ferramenta de trabalho. Já na graduação, o interesse pela assistência de crianças foi emergindo, graças ao brilho no olhar dos docentes que me fizeram encantar pela prática pediátrica.

Na prática profissional, seja no hospital, seja em clínica especializada em cuidados às crianças, ou na residência em Fisioterapia em Pediatria, percebi que crianças com deficiências motoras, respiratórias, congênitas, adquiridas, enfim, recebiam a fisioterapia, acompanhados de seus pais, com a expectativa de que essa intervenção pudesse “curar” estes pequenos pacientes. Crianças estas que eram acompanhadas pela fisioterapia por longo tempo, por vezes por todo seu pequeno percurso de vida, imersas nos desejos de seus pais, familiares e sociedade.

Assim, me surgiram as questões: E a vontade das crianças?; Quais suas expectativas?; ou se, saberia aquele pequeno paciente, que foi levado à reabilitação desde bebê, o que estava fazendo e o por quê estava fazendo fisioterapia? Tais perguntas me pareceram ter possibilidade de serem respondidas quando fui apresentada à pesquisa qualitativa, metodologia que me permitia questionar sobre a concepção da criança na fisioterapia de forma a respeitar a subjetividade, os sentimentos e a individualidade dos relatos e do ponto de vista de um pequeno ser humano, enquanto sujeito e não apenas de um corpo a ser pesquisado. Ou seja, as minhas perguntas individuais me levaram a procurar por respostas que puderam ser alcançadas por meio de questões metodológicas que, provavelmente, me levantaram mais dúvidas do que esclarecimentos.

1 INTRODUÇÃO

“Gosto... minha vida é fazer fisioterapia, né, fazer o que...” (C2)

Crianças com desenvolvimento motor atípico, ou que apresentam risco de atrasos, devido aos distúrbios neuromúsculoesqueléticos necessitam de tratamento e acompanhamento por equipe multiprofissional da saúde por longo prazo, já que possíveis deficiências causadas pela lesão podem se prolongar até a vida adulta¹.

O tratamento das crianças com deficiências deve estar associado ao acompanhamento do seu desenvolvimento e adequado às suas necessidades e de sua família^{1,2}. A fisioterapia deve proporcionar à criança um atendimento em que estejam contempladas atividades significativas, considerando a sua individualidade e proporcionando experiências favoráveis por meio de ações planejadas e desenvolvidas intencionalmente pelo fisioterapeuta, de forma prazerosa e motivadora, para que possa ser incorporada no seu cotidiano³. Assim, é essencial que o profissional de saúde permita que a criança mostre sua opinião sobre as questões que os afetam⁴. O cuidado de pessoas dependentes, na maioria das vezes, fica a cargo de seus familiares, tendo a figura feminina, a mãe, a principal eleita para este cuidado⁵. Os pais apresentam menor participação nos cuidados da criança, porém com papel fundamental de suporte emocional e financeiro a sua família⁶. Segundo Willrich e colaboradores¹, a intervenção fisioterapêutica associada à participação dos pais e mães gera resultados mais favoráveis no desenvolvimento motor do que sem a participação destes.

Os fisioterapeutas pediátricos não podem ser apenas capazes de examinar, avaliar, diagnosticar, fazer um prognóstico e fornecer atendimento; este deve compreender o manuseio de comportamentos, a teoria do desenvolvimento, o funcionamento familiar, as interações sociais e educacionais da criança⁷. É fundamental para os fisioterapeutas conhecer as características da doença e as necessidades do paciente para viabilizar um tratamento de acordo com suas carências⁸. Dessa forma, a reabilitação tem como objetivo não somente capacitar as

peças com deficiência para se adequarem ao seu ambiente, mas também intervir na comunidade, família e sociedade, para facilitar sua integração social⁹.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“Porque eu me acho uma pessoa diferente das outras.”

(C5)

2.1 A FISIOTERAPIA

A Fisioterapia pode ser considerada profissão relativamente nova e encontra-se em fase de expansão^{10,11}. Desde sua origem, a fisioterapia tem caráter essencialmente curativo e reabilitador¹², com atuação prioritária no nível terciário, destinando-se a cura de determinadas enfermidades e/ou à reabilitação de seqüelas e complicações¹³.

A fisioterapia surgiu da necessidade de reinserir indivíduos lesionados nas grandes guerras, em acidentes de trabalho ou por condições sanitárias precárias para o retorno à vida produtiva^{11,12}. No Brasil, a profissão de fisioterapeuta foi regulamentada no dia 13 de outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, que a definiu como profissão de nível superior, cabendo ao fisioterapeuta, de forma privativa, a realização de “métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente”¹⁴.

Segundo a Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT)¹⁵, o profissional fisioterapeuta presta serviços a indivíduos e populações com propósito de desenvolver, manter e restaurar o movimento máximo e a capacidade funcional ao longo da vida. Isto inclui a prestação de serviços em circunstância em que o movimento e/ou a função estão ameaçados por lesão, envelhecimento, doenças, distúrbios, condições ou fatores ambientais¹⁵. Para o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)¹⁶, órgão regulamentador da profissão no Brasil, a fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, traumas e doenças adquiridas. Ou seja, a fisioterapia é uma profissão da área da saúde responsável pela restauração da função em pacientes que, muitas vezes, apresentam deficiências complexas do movimento que são influenciados por fatores pessoais e sociais¹⁷.

As metas de um programa de reabilitação são reduzir a incapacidade e otimizar a função¹⁸, com objetivo de promover o mais alto grau de funcionamento do aparelho neuromusculoesquelético e adaptar o paciente a uma nova realidade¹⁹. Um dos principais recursos utilizados pelo fisioterapeuta é a cinesioterapia, definida como o uso do movimento ou exercício como forma de tratamento, que se baseia nos conhecimentos de anatomia, fisiologia e biomecânica, a fim de proporcionar ao paciente melhor e eficaz trabalho de prevenção, cura e reabilitação²⁰.

O fisioterapeuta trabalha com a identificação e maximização da qualidade de vida e melhora do movimento nas esferas de promoção, prevenção tratamento/intervenção, habilitação e reabilitação¹⁵, desta forma, este profissional deverá voltar atenção integral ao usuário, não só do ponto de vista físico, como também social, ético e humano¹⁰, e deve atingir as esferas do bem-estar físico, psicológico, emocional e social¹⁵.

2.2 A FISIOTERAPIA NA CRIANÇA

O atendimento de crianças constitui importante área de atuação do profissional fisioterapeuta e é de considerável reconhecimento na área da saúde, devido aos benefícios proporcionados ao desenvolvimento infantil³. A necessidade do atendimento fisioterapêutico nas crianças ocorre por vários motivos e/ou diagnósticos, sendo frequentes os distúrbios do desenvolvimento neuropsicomotor³.

A fisioterapia na área de pediatria tem como base a avaliação, o planejamento e a execução do programa, as orientações e as reavaliações periódicas². A intervenção fisioterapêutica em neurologia infantil é, frequentemente, conduzida a partir da relação entre a postura e o movimento da criança²¹, e tem como objetivos: estimular o desenvolvimento sensório-motor, proporcionar experiências motoras adequadas, e promover a funcionalidade da criança, baseados nos conceitos neurofisiológicos, ou seja, nos princípios de desenvolvimento e maturação neurológica³. Desta forma, é muito importante considerar o desenvolvimento motor infantil, pois atrasos motores acarretam prejuízos que podem se estender até a fase adulta¹.

Para que a criança possa incorporar as atividades propostas pela fisioterapia nas suas atividades diárias, o fisioterapeuta deve proporcionar

atendimento em que estejam contempladas suas necessidades com condutas significativas, dentro de suas possibilidades de aprendizagem, considerando a sua individualidade e proporcionando experiências favoráveis por meio de atividades planejadas e desenvolvidas intencionalmente de forma prazerosa e motivadora^{3,19}. Além disso, sempre que se planeja uma intervenção, é preciso saber por que fazê-la e quais objetivos devem ser atingidos, e a criança deve saber por que está realizando aquela atividade, não bastando apenas executá-la¹⁹. Assim, a ação requer uma estratégia funcional e comportamental¹⁹.

Desta forma o fisioterapeuta torna a intervenção fisioterapêutica mais humanizada, já que reflete uma adaptação do ambiente às necessidades humanas³. A humanização, atualmente, é entendida como a capacidade de ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho¹⁰. Embora tenha recursos físicos disponíveis, o fisioterapeuta tem como principal instrumento as mãos¹⁰. O resgate do uso das mãos no contato direto entre profissional-usuário está contribuindo para a humanização do atendimento e a valorização do toque, que vai de encontro à supervalorização das máquinas em detrimento de uma assistência humanizada¹⁰. Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele; a atitude cuidadora precisa expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde²².

2.3 A CRIANÇA

Dentre os principais fatores de risco para alterações no desenvolvimento da criança estão os pré-natais como problemas maternos de hipertensão, diabetes e cardiopatias; infecções congênitas e uso de substâncias nocivas durante a gestação; os perinatais como prematuridade; baixo peso de nascimento; infecções; hipóxias neonatais; hemorragias intracraniana e pós-natais como meningites, traumatismos e infecções graves²³. Tais desvios do desenvolvimento podem causar atrasos motores que, frequentemente, associam-se a prejuízos secundários de ordem psicológica e social, como baixa auto-estima, isolamento e hiperatividade, que dificultam a socialização de crianças e o seu desempenho escolar, demonstrando a importância da atenção à saúde do pequeno paciente com desenvolvimento motor atípico¹.

Os serviços de saúde devem ser centrados na criança e estas devem ser encorajadas a participar ativamente nas decisões sobre seus cuidados, e sempre que possível, ser capaz de exercer a escolha²⁴. A prestação de cuidados de qualidade nos serviços de saúde, adaptados as necessidades das crianças, significa que o profissional tem a responsabilidade de garantir e incentiva-la a mostrar sua opinião sobre as questões que os afetam⁴. O direito de participar é atribuído às crianças na base da capacidade de formular suas próprias opiniões, aos seus desejos, dependendo da idade e maturidade da criança²⁵. Profissionais da saúde e os pais, que tomam a iniciativa de provocar a narrativa da criança, podem ajudá-las a reescrever sua história para promover a mudança terapêutica, melhor resultado e maior satisfação²⁶.

A não inclusão do paciente na comunicação sobre seu tratamento coloca-os como espectadores do seu próprio desenvolvimento²⁷. É sugerido que terapeutas que ouvem a história da criança, podem ajudá-la a dar passos positivos na direção de mudanças terapêuticas²⁶. Os desejos da criança devem ser incorporados, independentemente, do seu grau de percepção e competência²⁵. Escutar as crianças contribui para uma melhor compreensão das suas experiências e das suas necessidades⁴, uma vez que, as melhores fontes de informação são elas próprias²⁸.

Os profissionais de saúde precisam compreender a experiência da doença, buscando como fonte de informação, no caso do estudo, a criança ou adolescente²⁹. Esta experiência deve ser entendida a partir da perspectiva daqueles que as vivem, de modo que eles possam ser ajudados a encontrar novas formas de viver bem²⁹. Capturar a perspectiva da criança exige dos pais e profissionais da saúde estar atentos e sensíveis, para dar suporte a cada expressão, percepção e experiência⁴. No entanto, dar voz às crianças e adolescentes, não tem sido prática comum na pesquisa e na produção de cuidados de saúde²⁹ e apesar da importância de se consultar com crianças doentes, seus pontos de vista são raramente procurados e nem reconhecidos no serviço de saúde²⁴. Embora as pesquisas realizadas com crianças estejam em crescimento, continua a haver escassez de estudos sobre as suas opiniões e experiências de participação no cenário da saúde²⁴.

2.4 A FAMÍLIA

O ambiente terapêutico está além dos hospitais e clínicas, incluindo também o lar do paciente, destacando a importância da participação dos familiares e/ou cuidadores¹⁹. A família é a microcélula da sociedade humana e a unidade básica do desenvolvimento infantil⁶. Dessa forma, a atuação e colaboração familiar é, extremamente, importante para qualquer profissional que trabalhe com crianças que apresentam algum tipo de alteração no desenvolvimento²¹, uma vez que, tem-se observado respostas positivas quando os familiares atuam de forma a promover melhor evolução da criança²¹.

A família necessita do apoio profissional, de orientação e também de ser ouvida em suas dúvidas e necessidades²¹. Mesmo defronte as incapacidades, devem-se estimular e incentivar a família para a realização das atividades no domicílio, pois o ambiente, o carinho e a atenção da família são benéficos para reforçar o vínculo com a criança, o que por sua vez favorece seu desenvolvimento global²¹. Somente quando o atendimento é focado para a relação mãe-filho, pai-mãe-filho, familiares, escola e comunidade, é que se pode atuar de maneira efetiva²¹.

O programa terapêutico, deve ser elaborado de acordo com as necessidades da criança, em conjunto com os pais², uma vez que a intervenção tem demonstrado mais benefícios para as crianças, quando a participação dos pais é associada com a atuação do terapeuta¹. Dessa forma, é papel do profissional de saúde fazer com que o próprio paciente e sua família participem ativamente do programa, a fim de restabelecer o bem-estar biopsicossocial do pequeno paciente¹⁹.

Tanto as mães, quanto os pais devem estar envolvidos, direta ou indiretamente, nas intervenções do desenvolvimento motor para complementar e apoiar a tradução de conhecimentos e competências a partir da configuração da intervenção para o ambiente doméstico³⁰. O envolvimento destes é fundamental elemento para o desenvolvimento habitual ao longo da vida e habilidade motora de seus filhos³⁰.

As mães são as principais responsáveis pelos cuidados de seus filhos com deficiência³¹ e são as que mais se envolvem com os procedimentos de fisioterapia²⁷. Estudos demonstraram que em 78% dos casos os cuidadores foram, principalmente, as mães, e em 13%, os pais³¹. As mães estiveram presentes na

consulta com pediatra em 88% das vezes, enquanto os pais, em apenas 10%³²; e a realização de atividades fisioterapêuticas em casa, normalmente, fica a cargo das mães²⁹. Desta forma, existe necessidade de incluir a participação das mães no processo de reabilitação de seus filhos³³, uma vez que, a partir do momento em que essa mãe obtiver maior conhecimento da condição de saúde de seu filho, essa poderá prover melhor interação da criança com seus familiares e com a sociedade³³.

O papel do pai é fundamental, principalmente, quando caminham lado a lado com as mães, dando o suporte emocional e financeiro⁶. Os pais embora apresentem menor participação na potencialização da criança, estão sempre presentes nos sucessos/ganhos das crianças⁶. Claramente os pais desempenham papel essencial no processo de interação criança-profissional, no entanto há necessidade de mais pesquisas sobre o papel dos pais como há déficit geral de evidência disponível²⁴.

2.5 O ESTUDO – CONSTRUINDO AS PERGUNTAS PARA ALCANÇAR AS RESPOSTAS

Frente à questão proposta, o objetivo do estudo é: Investigar a concepção de crianças com deficiência neuromotora e seus pais sobre a fisioterapia.

A concepção se caracteriza como algo sempre atualizado pela situação vivida, pelos questionamentos que naturalmente coloca, pela busca constante de mobilização do aporte de saberes que o sujeito detém, adaptando-o à situação vivenciada³⁴. É elaborada por meio de informações aprendidas e apreendidas, pelos sentidos e relacionamentos interpessoais³⁴. A experiência do dia a dia parece ter como resultado, para a maioria das pessoas, um repertório de concepções chamadas espontâneas, tais conceitos empíricos são adquiridos, refinados, rejeitados ou mantidos com base na experiência³⁵.

Para atingir o objetivo proposto foi realizada pesquisa qualitativa por meio de entrevista semiestruturada. O roteiro de entrevista foi elaborado segundo Manzini³⁶, e submetido à análise de juízes a fim de sofrer os ajustes considerados necessários e plausíveis com o estudo proposto (Apêndice A); e por entrevistas pilotos a fim de testar a adequação do roteiro, bem como todas as fases da entrevista.

Todas as crianças e seus pais aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer nº 027/10 (Anexo A). Também foram coletados dados nos domínios de comunicação e mobilidade das crianças segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Apêndice C), e dados referentes a condições sócio-demográficas dos participantes em documento específico (Apêndice D). Uma vez que, é fundamental o conhecimento do contexto familiar e social em que a criança encontra-se inserida, bem como dados sobre a evolução e rotina de vida familiar²³, pois baixas condições sócioeconômicas e grau educacional precário dos pais estão entre as principais causas de atraso motor¹. A importância de colher a maior quantidade de dados sobre a biografia do paciente, está no fato que sua anamnese auxiliará o terapeuta a utilizar materiais e linguagens que sejam apreciados e entendidos pelo paciente¹⁹.

Após gravação e transcrição das entrevistas, os relatos passaram por processo de categorização, segundo a técnica da Análise do Conteúdo, proposta por Bardin³⁷, apoiada pela técnica da análise categorial. As categorias passaram por avaliação de juízes (Apêndice E) para testar a confiabilidade entre observadores, ou seja, verificação das estratégias de codificação e interpretação dos dados por pesquisadores independentes, a fim de que o valor do conteúdo dos desentendimentos e as percepções que as discussões fornecem, possam colaborar com a categorização das falas.

2.5.1 Pesquisa Qualitativa

Atualmente, a pesquisa qualitativa é considerada essencial para a prática baseada em evidências com o objetivo de melhorar os cuidados com a qualidade de vida³⁸. Dessa forma, interesses e realizações referentes a pesquisas qualitativas têm sido crescentes no campo das ciências da saúde³⁹, uma vez que oferecem compreensão mais profunda para pesquisas nesta área²⁸.

Os métodos da pesquisa qualitativa asseguram a importância do sujeito individual, mantém a integração de múltiplas variáveis do complexo da vida real, e transmite a convicção da própria voz do narrador²⁶. Ela permite análise de personagens com características semelhantes, porém cada indivíduo com uma história para contar²⁶. Também possibilita compreensão e interpretação dos relatos dos sujeitos, os quais emitem opinião sobre determinado assunto, carregada de

sentidos, de significados e de valores⁴⁰ e é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade, que considera como sujeito do estudo as pessoas, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados⁴¹. Não é diretamente o estudo do fenômeno em si que interessa, mas sim a significação do fenômeno para os que vivenciam³⁹, uma vez que, descrever relatos ingênuos, identificar atitudes e interpretar os significados dos discursos dos sujeitos sobre um determinado fenômeno é tarefa importante para o entendimento do ser humano, que se humaniza constantemente enquanto ser no mundo⁴⁰.

Nas pesquisas em saúde, os métodos qualitativos verificam o significado da injúria do paciente e os valores relacionados com resultados particulares, frustrações e preocupações com a funcionalidade¹⁷. A compreensão, tanto do funcionamento do corpo, quanto das perspectivas do paciente, podem informar aos fisioterapeutas elementos psicossociais de recuperação que talvez exijam modificações das estratégias e progressão da reabilitação e podem explorar questões sociais e comportamentais relacionados à doença e reabilitação¹⁷, por meio de interpretação do significado que as pessoas atribuem as suas experiências e investigar a complexidade do processo da experiência de vida³⁸, visto que, as conseqüências da doença se manifestam de forma diferente em pessoas diferentes⁴².

A pesquisa qualitativa em saúde traz desafios e preocupações metodológicas sobre os processos de recrutamento, a entrevista ou outros processos de geração de dados, e tradução do conhecimento, e, em última análise, a utilidade dos achados para trazer benefícios para os pacientes, profissionais de saúde e para melhorar os cuidados com a saúde³⁸. Os dados deste tipo de pesquisa, fornecem informações muito significativas e densas, mas também, muito difíceis de se analisarem, uma vez que, esse material precisa ser organizado e categorizado, segundo critérios relativamente flexíveis e, previamente, definidos de acordo com os objetivos da pesquisa⁴³.

Segundo Ribeiro e colaboradores⁴⁴, a maioria dos estudos envolvendo crianças concentram-se em avaliar os ganhos funcionais apresentados pelo paciente após determinada intervenção e em conhecer os sentimentos dos pais após o nascimento de um filho com deficiência. Henley e Frank⁴⁵ descrevem que, as crianças foram três vezes mais propensas a participar de investigações clínicas do

que em investigações comportamentais (66% versus 19%), de forma que nenhuma criança foi incluída em pesquisa envolvendo métodos qualitativos⁴⁵, demonstrando necessidade de estudos com crianças nesta abordagem.

2.5.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A CIF tem como objetivo proporcionar linguagem unificada e padronizada, assim como, uma estrutura de trabalho, para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde⁴⁶. A CIF contém domínios da saúde e relacionados com a saúde, descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas linhas básicas: (1) Funções e Estruturas do Corpo, e (2) Atividades e participação. A CIF também relaciona os fatores ambientais que interagem com todos estes constructos⁴⁶.

Os métodos qualitativos priorizam uma compreensão mais aprofundada da vida das pessoas e, empiricamente, revelam os caminhos por meio de fatores sociais, econômicos e condições de saúde como forma postulada do modelo da CIF¹⁷.

A CIF foi utilizada em dois momentos neste estudo: (1) como critério de exclusão no domínio comunicação e; (2) para caracterizar a população no domínio de mobilidade. Apenas alguns itens desta classificação foram aplicados, respeitando o anexo 9 da CIF⁴⁶, seguindo os dados sugeridos como mínimos e ideais para sistemas e informação de saúde ou para inquéritos de saúde. Para tanto, foram selecionados aqueles relacionados à comunicação e atividades funcionais motoras.

3 ARTIGO

(Periódico alvo para submissão: Physical Therapy)

A CONCEPÇÃO DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA NEUROMOTORA E SEUS PAIS SOBRE A FISIOTERAPIA: ESTUDO QUALITATIVO

2 RESUMO

Introdução: O tratamento da criança com deficiência deve estar associado ao seu desenvolvimento e adequado às suas necessidades e de sua família. A fisioterapia deve ser significativa para o paciente, e este deve saber por que está realizando aquela atividade. Dessa forma, o fisioterapeuta deve conhecer sua concepção sobre a fisioterapia de modo que as crianças sejam envolvidas nos seus cuidados de saúde. **Objetivo:** Investigar a concepção de crianças com deficiência neuromotora e seus pais sobre a fisioterapia. **Métodos:** Estudo qualitativo realizado por meio de entrevista semiestruturada, com crianças com deficiência neuromotora em idade escolar e seus pais. Foram entrevistados 18 participantes: seis crianças, seis pais e seis mães. As crianças tinham idade entre 8 a 11 anos, três do sexo masculino e três feminino, tempo médio de fisioterapia de 8,67 anos (DP 2,65). Foram coletados dados sócio-demográficos e dados da CIF para critério de exclusão no domínio comunicação e caracterização da população no domínio mobilidade. Os dados das entrevistas foram categorizados e analisados por juízes para testar a concordância dos resultados. **Resultados:** As crianças demonstraram entendimento sobre seu tratamento na fisioterapia com concepção relacionada à sua vivência, percepção funcional e expectativas. Para os pais, os sentimentos em relação a fisioterapia emergem junto as suas expectativas. **Conclusão:** Para as crianças, a fisioterapia é a conduta terapêutica, capaz de ajudá-las na recuperação das dificuldades funcionais percebidas por elas. Para os pais e mães, fisioterapia é um tratamento capaz de proporcionar melhora funcional, autonomia e qualidade de vida para os seus filhos.

3 MANUSCRITO

3.1 INTRODUÇÃO

Crianças com desenvolvimento motor atípico, ou que apresentam risco de atrasos, devido distúrbios neuromúsculoesqueléticos, necessitam de tratamento e acompanhamento por equipe multiprofissional da saúde por longo prazo, já que possíveis deficiências causadas pela lesão podem se prolongar até a vida adulta¹.

O tratamento da criança com deficiência deve estar associado ao acompanhamento do seu desenvolvimento e adequado às suas necessidades e de sua família^{1,2}. A fisioterapia deve proporcionar à criança atendimento em que estejam contempladas atividades significativas, considerando a sua individualidade e proporcionando experiências favoráveis por meio de ações planejadas e desenvolvidas intencionalmente pelo fisioterapeuta de forma prazerosa e motivadora³. As intervenções devem ser significativas para o paciente, e este deve saber por que está realizando aquela atividade, não bastando apenas executá-la⁴. Assim, a ação requer estratégia funcional e comportamental⁴.

A prestação de cuidados de qualidade nos serviços de saúde, adaptados às necessidades das crianças, significa que o profissional tem a responsabilidade de garantir e incentivar às crianças a mostrarem suas opiniões sobre as questões que os afetam⁵, uma vez que as melhores fontes de informação são elas próprias⁶. A não inclusão do paciente na comunicação sobre seu tratamento coloca-os como espectadores do seu próprio desenvolvimento⁷. É sugerido que terapeutas que ouvem a história da criança podem ajudá-la a dar passos positivos na direção de mudanças terapêuticas⁸. Os desejos da criança devem ser incorporados, independentemente, do seu grau de percepção e competência⁹. Isso por si só deve

ser benéfico para o bem estar da criança, porque ela busca o seu envolvimento nos seus cuidados de saúde⁹.

O cuidado de pessoas dependentes, na maioria das vezes, fica a cargo de seus familiares, tendo a figura feminina, a mãe, a principal eleita¹⁰. Os pais apresentam menor participação nos cuidados da criança, porém tem papel fundamental no suporte emocional e financeiro da família¹¹. Segundo Willrich e colaboradores¹, a intervenção fisioterapêutica associada à participação dos pais gera resultados mais favoráveis no desenvolvimento motor do que sem a participação deles.

É fundamental para os fisioterapeutas conhecer as características da deficiência e as necessidades do paciente para viabilizar tratamento de acordo com suas carências¹². Capturar a perspectiva da criança exige dos pais e profissionais da saúde estar atentos e sensíveis para dar suporte a cada expressão, percepção e experiência da criança⁵. Dessa forma, a reabilitação tem como objetivo não somente capacitar as pessoas com deficiência para se adequarem ao seu ambiente, mas também intervir na comunidade, família e sociedade, para facilitar sua integração social¹³.

No entanto, dar voz às crianças e adolescentes, não tem sido prática comum na pesquisa e na produção de cuidados de saúde¹⁴. Embora estudos com crianças estejam em crescimento, continua a haver escassez de pesquisas sobre as opiniões das crianças e experiências de participação no cenário da saúde¹⁵. Claramente, o ambiente terapêutico está além dos hospitais e clínicas, incluindo também o domicílio do paciente e a comunidade, destacando a importância da participação dos familiares e/ou cuidadores⁴, portanto há necessidade de mais pesquisas sobre o papel dos pais como há um déficit geral da evidência disponível¹⁵.

Desta forma, o objetivo do estudo é investigar a concepção de crianças com deficiência neuromotora e seus pais sobre a fisioterapia.

3.2 MÉTODO

3.2.1 Tipo de Estudo

Para alcançar os objetivos propostos foi realizado estudo qualitativo, realizado por meio de entrevista semiestruturada. A metodologia da pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade, que considera como sujeito do estudo as pessoas, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social com suas crenças, valores e significados¹⁶. Não é diretamente o estudo do fenômeno em si que interessa, mas a significação que tal fenômeno ganha para os seres que o vivenciam¹⁷.

3.2.2 Participantes

Foram incluídos no estudo crianças com deficiência neuromotora com diagnóstico estabelecido por médico, em idade escolar (7 a 12 anos), que realizavam fisioterapia por período mínimo de um ano e classificadas como nenhuma dificuldade de comunicação pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e seus pais. A opção por crianças nessa faixa etária se justifica pelo fato de que possuem habilidade de comunicação e conseguem compreender e expressar seus sentimentos em função do estágio de desenvolvimento que se encontram¹⁴.

Foram excluídas crianças que não atendiam aos critérios de inclusão, bem como, aquelas em que a criança e/ou seus pais não aceitaram participar do

estudo e aquelas cujos pais apresentavam algum grau de dificuldade de comunicação, segundo a CIF.

A população do estudo foi composta por seis crianças, seis pais e seis mães, totalizando 18 entrevistas, ou seja, seis tríades criança-pai-mãe. Nesse tipo de estudo, a seleção dos participantes está vinculada à profundidade e abrangência da compreensão dos sujeitos sobre o tema proposto, com amostra ideal aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões¹⁶. A seleção de participantes foi intencional, buscando a participação de crianças com diferentes diagnósticos, grau de funcionalidade e ambos os gêneros. Quanto ao número de entrevistas não foi estabelecido previamente, sendo considerada a saturação dos dados¹⁶.

Todas as crianças realizavam fisioterapia no Ambulatório de Fisioterapia Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU/UEL). Portanto, o atendimento é realizado por estagiários do último ano de graduação e residentes em fisioterapia pediátrica, sob supervisão de docente fisioterapeuta, com rodízio do grupo de estágio, aproximadamente, a cada dois meses.

Para garantir o sigilo da identidade dos participantes, as crianças serão descritas pela letra “C” e o respectivo número da ordem da entrevista, os pais pela letra “P” e as mães pela letra “M” seguidos pelo número correspondente ao seu filho.

As crianças apresentavam idade mediana de 10 anos (8 a 11 anos), três do gênero masculino e três do feminino, com tempo de fisioterapia médio de 8,67 anos (DP 2,65) e frequência de sessões por semana com mediana de duas sessões (1 a 2 sessões por semana). Caracterização das crianças está descrita no Quadro 1.

A idade média das mães foi de 37,83 anos (DP 5,34), a mediana da idade dos pais foi de 40,5 anos (31 a 43 anos), e todos os casais (100%) possuíam

relação estável e viviam com seus filhos. A renda média mensal da família foi de US\$924,01 (DP US\$474,24), com mediana de dois filhos por casal (1 a 2 filhos). A caracterização dos pais está descrita no Quadro 2 e das mães no Quadro 3.

3.2.3 Roteiro de Entrevista

O roteiro de entrevista semiestruturada foi elaborado conforme os objetivos do estudo e as orientações de Manzini¹⁸. O roteiro foi submetido a avaliação de 7 juízes, em instrumento elaborado para essa finalidade: 5 fisioterapeutas, 1 fonoaudióloga e 1 educador físico, todos alunos da disciplina de Abordagens Qualitativas de Pesquisa em Saúde do programa de Mestrado Associado em Ciências da Reabilitação da Universidade Estadual de Londrina/Universidade Norte do Paraná, que tinham conhecimento prévio sobre a construção de roteiro de entrevista. A concordância foi aferida da seguinte forma: Índice de concordância (IC) é igual ao número de concordâncias dividido pela soma das concordâncias e discordâncias, multiplicado por 100¹⁹. Para Bauer e Gaskell²⁰, pode-se considerar a fidedignidade como muito alta quando $r > 0,90$; alta, quando $r > 0,80$, e aceitável, na amplitude entre $0,66 < r < 0,79$. Após a leitura da análise de juízes do roteiro de entrevista das crianças, verificou-se que o grau de concordância variou entre 43 a 100%. As perguntas 5 (43%) e 13 (57%) apresentavam baixo IC. A pergunta 5 foi considerada pelos juízes como redundante, em relação a pergunta 4, e de difícil entendimento para as crianças, ambas as sugestões não foram acatadas, visto que as perguntas 4 e 5 eram complementares sobre a concepção e de construção simples “O que é fisioterapia” e “Para você, o que a fisioterapia faz”. Já a pergunta 13 foi identificada como ampla, uma vez que solicitava mais de uma informação, assim, as sugestões dos juízes foram atendidas, e dividiu-se em mais de

uma questão no momento da entrevista. O roteiro de entrevista para os pais apresentou IC entre 71 e 100%, não havendo necessidade de modificação.

Posterior a adequação do roteiro, foram realizadas seis entrevistas pilotos: duas tríades criança-pai-mãe, a fim de testar a adequação do roteiro, bem como todas as fases da entrevista. O roteiro de entrevista final continha 14 questões norteadoras para as crianças (Apêndice 1) e 11 para os pais (Apêndice 2).

3.2.4 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

O objetivo geral da CIF é proporcionar linguagem unificada e padronizada e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde²¹. Os métodos qualitativos priorizam compreensão mais aprofundada da vida das pessoas e, empiricamente, revela os caminhos por meio de fatores sociais, econômicos e condições de saúde como forma postulada do modelo da CIF²².

A CIF foi utilizada em dois momentos: (1) critério de exclusão no domínio comunicação; (2) caracterizar a população no domínio mobilidade. Apenas alguns itens foram aplicados, respeitando o anexo 9 da CIF, seguindo os dados sugeridos como mínimos e ideais para sistemas e informação de saúde ou para inquéritos de saúde²¹; foram selecionados aqueles relacionados a comunicação e atividades funcionais motoras. Descrição sobre os domínios da mobilidade funcional está apresentada no Quadro 4.

3.2.5 Procedimento de Coleta

Todos os participantes, crianças e pais foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, aceitaram ter suas entrevistas registradas em gravador tipo MP3 e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (Parecer N. 027/10).

Após agendar entrevista, segundo disponibilidade dos participantes, foram coletados os dados sócio-demográficos das crianças e de seus pais em instrumento específico, dados da CIF e realizada a entrevista semiestruturada. Todas as entrevistas e transcrições foram feitas por pesquisadora única, treinada para esse fim. A transcrição das informações verbais das entrevistas foram realizadas na íntegra. Os textos passaram por pequenas correções linguísticas, sem eliminar o conteúdo e o caráter espontâneo das falas²³.

3.2.6 Análise dos Dados

Para os resultados descritivos numéricos para caracterização da população, que passaram por teste de normalidade de Shapiro-Wilk, foram calculados média e desvio padrão; e mediana, mínimo e máximo para os não-paramétricos. Também foram calculados frequência relativa e absoluta de alguns dados.

As informações transcritas, advindas das entrevistas, foram analisadas, segundo a técnica de Análise Categorical, proposta pela Análise do Conteúdo de Bardin. Trata-se de conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens²⁴. As categorias propostas tiveram a finalidade de investigar a concepção dos participantes sobre a fisioterapia. A definição de concepção, adotada nesse estudo, é de algo construído por meio das situações vividas, cuja elaboração ocorre por meio de informações aprendidas e apreendidas, por meio dos sentidos, dos relacionamentos interpessoais²⁵ e das experiências de cada indivíduo²⁶.

As categorias elaboradas foram avaliadas por três juízes, doutores e com experiência no procedimento de análise proposto na área da saúde; a fim de verificar a concordância inter examinadores sobre a sua pertinência e a representatividade dos recortes de relatos apresentados. Dois instrumentos foram elaborados para a análise de juízes, que apresentavam as categorias e de 7 a 25 recortes de fala, advindos dos dados transcritos das entrevistas das crianças e dos pais, exemplificando a proposta. Todas as categorias foram identificadas como pertinentes, tanto das crianças, quanto dos pais, e as sugestões de realocação e exclusão de alguns recortes de fala foram realizadas.

Desta forma, a análise dos relatos foi realizada por meio de cinco categorias analíticas para as crianças e cinco para os pais denominadas: (1) Eu faço fisioterapia porque.../ Meu filho faz fisioterapia porque...; (2) Na fisioterapia eu faço.../ Na fisioterapia meu filho faz...; (3) Com a fisioterapia eu.../ Eu percebo que com a fisioterapia meu filho...; (4) Então, fisioterapia pra mim é.../ Pra mim, fisioterapia é...; e (5) Eu espero que a fisioterapia....

3.3 RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados do presente estudo, optou-se por apresentar alguns recortes de fala considerados mais representativos para o entendimento da concepção das crianças com deficiência neuromotora e seus pais sobre a fisioterapia. Cada categoria apresenta os resultados sobre a concepção de fisioterapia da criança e, posteriormente, do seu pai e mãe.

3.3.1 Eu Faço Fisioterapia Porque...

“É... eu tenho, é... diplegia espástica.” (C2)

“Eu tenho dificuldade. [...] De andar, de correr e de catar as coisas com a mão esquerda.” (C4)

“É... eu caio demais, eu... eu... não consigo andar, e também sou muito baixinha e eu não consigo esticar minha perna (risadas).” (C5)

As crianças demonstraram entendimento sobre o motivo de receberem fisioterapia, tanto pelo fato de terem conhecimento de seu diagnóstico, quanto em relação às dificuldades funcionais decorrentes de sua condição motora.

Já os relatos dos pais e das mães, na categoria intitulada: “Meu filho faz fisioterapia porque...”; ambos relataram que seus filhos realizam fisioterapia devido ao diagnóstico clínico e funcional:

“A C6 teve lesão do plexo braquial.” (P6)

“É... hemiplegia à esquerda.” (M4)

3.3.2 Na Fisioterapia eu Faço...

“Eles alongam, apertam, fazem algumas coisas aí...” (C2)

“Exercício na perna, nos braços... só.” (C3)

Quando questionadas sobre o que fazem na fisioterapia, as crianças descreveram execução de exercícios, mostrando vivência ligada ao procedimento terapêutico. As crianças também descreveram a fisioterapia com exercícios associados à atividade lúdica, portanto prazerosa, e narraram as brincadeiras como recurso terapêutico:

“É... os exercícios e tipo as brincadeiras que vai melhorar também.” (C4)

A criança C5, quando questionada sobre o que faz na fisioterapia, enfatizou a conduta do profissional fisioterapeuta:

“Eles assim, eles fazem tudo que a gente quer, fazem as coisas pro nosso bem, que eles sabem que vai fazer bem e, e... quem trabalha nesse trabalho é uma pessoa honesta.” (C5)

Para o pai P4 a fisioterapia faz, no seu entendimento milagre, algo extraordinário e sem explicação científica, demonstrando o significado que a fisioterapia tem para ele:

“(Silêncio). Em alguns casos milagre (risos). Ela faz milagre, [...] ajuda a voltar ter os movimentos totais ou pelo ao menos uma parte dos movimentos.” (P4)

O pai P6 relata a fisioterapia como atividade que possibilita seu filho, com deficiência motora, ser incluído na sociedade e se aceitar frente aos seus problemas:

“[...] faz com que melhora até mesmo, a... a vida em comunidade [...] não se sintam inferiorizados, então o fisioterapeuta também cabe a ele a dar ao paciente força, ele se vê como capaz, embora com sua deficiência, ele pode não ser totalmente capaz, mas é capaz dentro da sua deficiência [...]” (P6)

Para as mães, a fisioterapia representa parte da vida e do cotidiano da criança e da família:

“Eu acho que ela faz parte da minha vida[...] faz parte da nossa vida, porque sem ela, ele não estaria do jeito que tá hoje, [...].” (M2)

Apenas a mãe M3 manifestou não saber o que a fisioterapia faz no seu filho:

“(Silêncio). Não sei.” (M3)

3.3.3 Com a Fisioterapia Eu...

“É que eu já to andando sem a muleta, sem andador, só com a botinha e sem segurar nas paredes.” (C1)

“[...] consigo catar mais com a mão, escrever mais, andar melhor.” (C4)

As crianças descrevem melhora na funcionalidade, quando questionadas sobre as aquisições alcançadas. Elas também identificaram modificações no bem-estar e na percepção do seu corpo com a fisioterapia:

“Porque daí você acaba com seus problemas e fica melhor com todos os problemas que você tem, [...].” (C1)

“A sinto mais leve o braço, mais solto.” (C6)

Na categoria: “Eu percebo que com a fisioterapia meu filho...” os pais descreveram modificações relativas ao comportamento de seus filhos como benéficos da fisioterapia:

“Quando ele faz a fisioterapia e tal, ele ta nos exercícios dele, ele fica mais disposto [...].” (P2)

“[...] quando ela faz fisioterapia ela vem mais animada assim com, com aquela conversa boa [...] ela vem animada.” (P5)

Os pais também narraram que as modificações com a fisioterapia são em longo prazo, dependente da motivação e participação da família:

“[...] acho que agora já é um processo um pouco mais lento, quando ele era menor a melhora foi rápida [...] acho que agora é a persistência [...]” (P4)

Assim como os pais, as mães também reconhecem que as mudanças decorrentes da fisioterapia são em longo prazo, porém para elas fica evidente que tais modificações são resultantes, principalmente, do tratamento e não da participação de seu filho e da família:

“Eu acho que a fisioterapia ajudou muito o C2, vamos dizer que na vida dele é noventa por cento, dez por cento é ele, né, que é o jeito dele, [...]” (M2)

As mães M3 e M5 revelaram não perceber modificações nos seus filhos:

“Não vejo modificações nele.” (M3)

“[...] simplesmente não estou vendo resultado (Silêncio). Sei lá, to perdendo o encanto.” (M5)

3.3.4 Então, Fisioterapia pra Mim é...

“É, é uma coisa que me ajuda a superar esses problemas.”

(C5)

“É pra eu movimentar mais, ajuda a movimentar.” (C6)

A fisioterapia para as crianças está relacionada à ajuda e ao auxílio para a melhora das suas condições funcionais. Também para as crianças a fisioterapia é uma atividade que, por meio de exercícios associados ao prazer, ajuda a melhorar a sua deficiência:

“Pra mim é legal porque daí você aprende a fazer um monte de exercício e também depois você fica melhor com os problemas que você tem.” (C1)

Na categoria: “Pra mim, fisioterapia é...”, os pais reconheceram que a fisioterapia são técnicas, exercícios específicos com objetivos definidos para cada caso a ser acompanhado:

“Fisioterapia é um meio de fazer ginástica pros outros aprender a andar, aprender a desenvolver os músculos e as coisas, que ele desenvolve o que ele não ta conseguindo desenvolver sozinho.” (P1)

“[...] são exercícios específicos, né, ele age especificamente naquele problema, e outra, não são coisas aleatórias, ali ta o profissional atendendo você na fisioterapia baseado em estudos não somente de hoje. [...]a fisioterapia é algo muito importante na saúde.” (P6)

Os pais também se referiram à fisioterapia como ciência, porém ligada essencialmente ao sistema motor, na sequela da deficiência de seu filho:

“[...] é uma ciência que faz a... a parte locomotora se regenerar através de movimentos pra estar, pra ela se refazer, né.” (P4)

O participante P2 descreveu a fisioterapia com sentimento de afeto e revelou a fisioterapia como representativa nas suas vivências e de seu filho, enfatizando a conduta profissional do fisioterapeuta:

“[...] fisioterapia que... é uma segunda mãe, né ou um segundo pai, né [...]. A, porque vocês que vão ter que pegar no pé dele

lá, pra desenvolver, pra fazer o tratamento dele, em casa é a gente (pai chora).” (P2)

Para as mães a fisioterapia é uma ajuda que possibilita autonomia e qualidade de vida aos seus filhos:

“[...] é uma ajuda enorme onde deixa ela com possibilidade eventuais concretas de poder levar uma vida mais assim, é... com autonomia e com mais qualidade de vida também.” (M1)

“... melhora a postura, melhora as condições de vida dela, tudo [...].” (M6)

Segundo a participante M5, a fisioterapia é, exclusivamente, aquilo que ela vê que é feito com seu filho, ou seja, a conduta no tratamento e o movimento do corpo:

“Pra mim, o quê que é fisioterapia? É exercício, eu não vejo de outra forma.” (M5)

Para a mãe M6 a fisioterapia é um tratamento, que deve ser contínuo, que passou a ser conhecido por sua filha e sua família a partir do momento que sua criança iniciou a fisioterapia e, assim, passaram a fazer parte do cotidiano:

“No caso da C6, né, é um tratamento que ela não pode ficar sem, que a gente aprendeu a conhecer assim mais profundo quando começou a levá-la pra fazer fisioterapia.” (M6)

3.3.5 Eu Espero que a Fisioterapia...

“Ela me possa ajudar ao meu pé ficar normal, a não ficar torto, ela me ajuda a eu a andar...” (C1)

“Em muitas coisas é... ajudar eu melhorar, minha movimentação... e... e me ajudar nas coisas que eu preciso.”

(C2)

“Andar.” (C3)

Para as crianças, as expectativas em relação à fisioterapia estão vinculadas às dificuldades na deficiência, percebidas por elas, e no desejo de melhora da funcionalidade.

A criança C6, quando questionada sobre suas expectativas, não soube responder:

“Eu não sei (silêncio).” (C6)

Para os pais, na categoria: “Eu espero que a fisioterapia...”, as expectativas estão vinculadas com a melhora das dificuldades que percebem nos seus filhos:

“Dessas dificultadinhas que ela tem de andar, de caminhar sozinha, de ser independente, de sair mais, então acho que a fisioterapia vai ajudar bem ela nessa parte.” (P1)

Os pais, esperam ainda, que seus filhos cheguem a recuperação total de suas deficiências:

“Eu espero que ele se regenere o máximo possível, que ele evolua, no quadro dele o máximo possível, que ele chegue perto, como eu disse da perfeição, [...]” (P4)

“É claro que todo sonho de pai e mãe é... é ver o filho na vida natural, o quê que é a vida natural, andando, correndo, brincando, né, [...]” (P5)

Para tal, os pais citam expectativas em relação a evolução da fisioterapia e da medicina, como recursos para cura da deficiência de seus filhos:

“[...] de repente no futuro exista alguma cirurgia que a medicina não pára e vai mudando ano a ano, ela é uma criança de dez anos, [...] outros recursos que vão surgir por aí, [...]” (P6)

Para as mães, as expectativas estão relacionadas à qualidade de vida e independência de seus filhos:

“[...] é deixar ela o melhor possível, com qualidade de vida independente do que ela é, e isso tudo é feito por causa da fisioterapia, [...]” (M1)

As mães correlacionam a melhora funcional com a expectativa de atividades laborais no futuro de suas crianças:

“[...] que futuramente a fisioterapia possa ajudá-la mais e mais, a melhorar mais, né, nos movimentos dela, pra ela não ficar também uma pessoa que ela... por exemplo pra trabalhar, dependendo do esporte, da atividade que ela for fazer[...]” (M6)

Assim como os pais, as mães também esperam a reabilitação total da deficiência de seus filhos:

“[...] então eu queria que ele fizesse mais fisioterapia pra eu poder ver ele perfeito, [...] e ele vai poder se sentir praticamente igual as outras crianças, [...]” (M2)

“O impossível, né, a cura (risos).” (M4)

Para tanto, as mães citam como expectativas evolução da fisioterapia em relação a tecnologia assistiva e novos estudos:

“Então o que eu espero da fisioterapia é que vai evoluindo a tecnologia [...] isso eu espero de futuro na fisioterapia em termos de tecnologia, em termos de prótese e órtese, que possa melhorar a evolução dela e das outras pessoas também.” (M1)

“[...] que pesquisassem alguma coisa que possam fazer pra ele melhorar [...].” (M2)

3.4 DISCUSSÃO

A concepção de fisioterapia para as crianças entrevistadas é de ajuda e de auxílio para a sua melhora funcional. Para os pais, a fisioterapia é uma ciência, realizada por meio de técnicas e exercícios específicos, com objetivos definidos para cada caso, que modifica o comportamento de seus filhos. Para as mães, a fisioterapia é uma ajuda que possibilita autonomia e qualidade de vida a seus filhos. Segundo a Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT)²⁷ a fisioterapia presta serviços a indivíduos e populações para desenvolver, manter e restaurar o movimento máximo e a capacidade funcional ao longo da vida, com abordagens que objetivam a maximização da qualidade de vida e melhora dos movimentos, e abrange o bem-estar físico, psicológico, emocional e social. Logo, a concepção das crianças e seus pais está ligada as experiências que eles vivenciam na fisioterapia, as condutas fisioterapêuticas e suas expectativas. Tanto para os pais, quanto para as mães, as aquisições motoras com a fisioterapia são em longo prazo, visto que crianças com desenvolvimento motor atípico merecem atenção e ações específicas, já que problemas de coordenação e controle do movimento poderão se prolongar até a fase adulta¹. Para os pais, esses ganhos são dependentes das ações de seus

filhos e de sua família, já para as mães essa evolução está vinculada, principalmente, à fisioterapia. O programa de reabilitação deve ser elaborado de acordo com as necessidades das crianças em conjunto com seus pais^{1,2}, porém mães depositam nos tratamentos indicados para seus filhos confiança e expectativas do “filho sem deficiência”²⁸. Os relatos dos pais referentes a participação da família revelam a adesão ao tratamento. A importância de manter os pais aderidos ao tratamento se dá pela necessidade de transferir para a vida cotidiana da criança as habilidades aprendidas na fisioterapia; o efeito dessa participação no aprendizado que os pais adquirem, em relação à condição clínica de seus filhos, pode colaborar para o aumento da confiança na própria competência em relação à equipe de saúde²⁹. A fisioterapia para as crianças é vinculada aos exercícios, e seus relatos demonstram a vivência com as condutas realizadas nos atendimentos, além disso, são descritas como atividades prazerosas. Um dos principais recursos utilizados pelo fisioterapeuta é a cinesioterapia, definida como uso do movimento ou exercício como forma de tratamento³⁰. Para Fujisawa e Manzini², a presença do lúdico na fisioterapia caracteriza-se como recurso, que tem por finalidade facilitar ou conduzir o alcance dos objetivos estabelecidos. As crianças vinculam a sensação de melhora da funcionalidade e da percepção corporal e no seu bem-estar com a realização da fisioterapia. Dessa forma, a abordagem centrada na criança implica em conhecimento dos profissionais da saúde sobre as áreas de seu desenvolvimento, as condições gerais de vida e da criança específica na situação particular⁵. Duas mães informaram não perceber resultados em seus filhos com a fisioterapia, tais relatos podem ser devido ao fato de que seus filhos apresentam condições motoras graves, com necessidade de utilização de auxiliares de locomoção, como cadeira de rodas e andador. Tal falta de percepção de modificações em seus filhos pode estar

associado ao fato da condição motora grave dificultar ganhos funcionais com a fisioterapia, relacionada à manutenção do quadro motor, uma vez que mães revelam percepção de resultados positivos com a fisioterapia representados pela manifestação de alguns comportamentos não existentes anteriormente²⁸. Crianças com disfunção motora severa apresentam menor independência para desempenhar habilidades funcionais e maior dependência do auxílio do cuidador³¹. A percepção de que os filhos estão sofrendo, em consequência de doenças ou limitações funcionais, pode ser responsável pela elevação do estresse físico vivenciado pelas mães³².

O motivo de fazer fisioterapia para as crianças está associado às dificuldades funcionais. Segundo Fujisawa³ a criança deficiente não sente diretamente seu defeito, mas percebe suas conseqüências. Prevedel e Manzini³³ demonstraram que crianças com deficiência física não sabiam o motivo de fazerem fisioterapia, devido a falta de informação e desmotivação. Nesse sentido, verifica-se a evolução da fisioterapia pediátrica, visto que as crianças participantes tem conhecimento sobre a sua intervenção e estão mais motivadas. Já para os pais e mães, a necessidade de fazer fisioterapia está relacionada ao diagnóstico clínico e funcional de seus filhos. Para a WCPT²⁷, a prestação de serviços da fisioterapia ocorre em circunstâncias em que o movimento e/ou a função estão ameaçados por lesão, envelhecimento, doenças, distúrbios, condições ou fatores ambientais.

Em relação ao que fazem na fisioterapia, as crianças descreveram exercícios, ou seja, condutas de fisioterapia e atividades lúdicas. A inclusão do lúdico está relacionado à necessidade de participação e à motivação da criança na fisioterapia³, uma vez que a compreensão e a motivação é, normalmente, requisito para seu envolvimento ativo no processo de reabilitação³⁴. A criança C5 enfatizou

que a fisioterapia é um ofício realizado por pessoas ídoles, demonstrando reconhecimento pelo trabalho e afetividade pelo profissional. O fisioterapeuta deve conhecer a individualidade da criança e sua realidade para proporcionar intervenção compatível com as suas necessidades e potencialidades³ e estar voltado à atenção integral ao usuário, não só do ponto de vista físico, como também social, ético e humano³⁵. Para os pais, a fisioterapia possibilita melhora da criança em relação ao seu comportamento e inclusão social de seus filhos, evidenciando o papel biopsicossocial. O pai P4 ao expressar que a fisioterapia faz milagre, refere-se a efetividade do tratamento, uma vez que diante do problema, a família desenvolve mecanismos próprios para enfrentá-los, que variam de acordo com as crenças culturalmente instaladas e com a oferta e disponibilidade de recursos sóciosanitários¹¹ e à influência de aspectos religiosos na cura e no tratamento de enfermidades³⁶. A mãe M3 não soube descrever o que seu filho faz na fisioterapia, o que pode estar relacionado com a deficiência motora grave de seu filho e seu baixo grau de escolaridade e condição sócioeconômica¹. O fazer na fisioterapia está relacionado as vivências e experiências individuais, vinculadas, essencialmente, ao seu resultado, que podem ser de melhora ou não, e assim, vão de exercícios, técnicas e brincadeiras ao milagre, mas podem também ser nulos ou não atingir as expectativas.

As expectativas em relação a fisioterapia para as crianças estão vinculadas ao desejo de alcance da melhora da funcionalidade. O anseio do alcance de tais expectativas mantêm as crianças animadas, uma vez que motivadas para alcançar habilidades motoras são mais propensas a participar ativamente da intervenção do que quando não estão empenhadas³⁷. Os pais também esperam melhora da funcionalidade de seus filhos. Já as mães revelam expectativas

relacionadas a qualidade de vida e independência de seus filhos, descrevendo melhora funcional com possibilidades de desenvolvimento de atividades laborais. Nas projeções com relação ao futuro, pais e mães se preocupam com a independência funcional, inicialmente, com o andar e, posteriormente, com a escola e o trabalho¹¹. O grau de comprometimento da criança com deficiência ocasiona a manutenção do vínculo com a família por toda a vida, não apenas os sobrecarregando, mas principalmente, preocupando-os com relação ao futuro de seus filhos¹¹. Tanto os pais, quanto as mães, esperam a recuperação plena de seus filhos, ou seja, a ausência de deficiência. A manifestação de expectativas da família em relação à fisioterapia deve ser considerada à luz do prognóstico da criança²⁸. O fato de a maioria das expectativas estarem direcionadas à independência da criança, pode estar relacionado com a condição de os familiares não terem sido esclarecidos suficientemente pela equipe de saúde quanto às limitações, ou ainda, ao fato de estarem em processo de aceitação e negação²⁸. Para o alcance do objetivo de um filho “sem deficiências”, pais e mães citam avanço na assistência da saúde, com novos estudos e tecnologia assistiva. A criança C6 não soube relatar nenhuma expectativa, tal ausência pode estar relacionada ao quadro motor leve apresentado, uma vez que é independente na realização de atividades funcionais.

Desta forma, o estudo evidenciou que a concepção da criança sobre a fisioterapia está relacionada com a dificuldade percebida, conseqüente a sua deficiência. Por quê ela faz fisioterapia, o que ela faz, o que ela sente, o que é para ela e o que ela espera da fisioterapia estão todos vinculados às suas dificuldades funcionais individuais. As crianças demonstraram ser capazes de expressar sobre a fisioterapia, revelando suas vivências e expectativas, descrevendo as condutas fisioterapêuticas, bem como, suas opiniões sobre esses procedimentos. Os pais,

apesar de não serem os cuidadores principais de seus filhos, revelaram acompanhar o tratamento e desenvolvimento de seus filhos, associando a fisioterapia a um tratamento necessário e eficaz. Ainda, os pais demonstraram adesão a fisioterapia e confiança no tratamento proposto. Já as mães, concebem a fisioterapia como tratamento essencial para aquisições motoras, em relação a deficiência de seus filhos, que irá possibilitar qualidade de vida, independência funcional e desenvolvimento de atividades laborais. As expectativas das crianças em relação à fisioterapia relacionam-se com a melhora das dificuldades percebidas por elas; pais e mães esperam a reabilitação de seus filhos, ficando evidente a necessidade do fisioterapeuta de orientação e troca de informações reais, a fim de esclarecer o prognóstico, e oferecer suporte não somente para recuperação motora e funcional, mas social, psicológica e ambiental da criança e sua família. Tanto para crianças, pais e mães, o sentimento em relação a fisioterapia emergem junto com suas expectativas.

As limitações do estudo são referentes ao resultado da pesquisa ser baseado na evidência da narrativa verbal, ou seja, a fala dos participantes que apresentam vários significados inerentes à linguagem, uma vez que a entrevista contém vários comentários, pensamentos, referências que podem não ser claras⁸. A pesquisa qualitativa busca a compreensão particular daquilo que se estuda com objetivo de compreender os fenômenos e não a explicação destes¹⁷, demonstrando que os resultados decorrentes da presente pesquisa podem ser generalizados para a população descrita no estudo ou semelhantes.

Espera-se que este estudo possa contribuir para melhor planejamento terapêutico, que atenda as necessidades da criança e de sua família, levando em consideração a condição social, funcional e desejos da criança, de forma a tornar a

fisioterapia mais humanizada, eficaz e satisfatória, melhorando a aderência ao tratamento e qualidade de vida. Também acredita-se que o estudo possa valorizar o significado da fisioterapia para criança a fim de colaborar com o tratamento proposto, sinalizando ao profissional fisioterapeuta a necessidade de inclusão das vivências desses pequenos pacientes na terapia, tornando-os ativos em seu processo de reabilitação. Novos estudos que valorizem a concepção e participação da criança e sua família são necessários, visto que a maioria dos estudos concentra-se em avaliar os ganhos funcionais apresentados pelo paciente após determinada intervenção ou em conhecer os sentimentos dos pais após o nascimento de um filho com deficiência²⁹.

4 REFERÊNCIAS

1. Willrich A, Azevedo CCF, Fernandes JO. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. *Rev Neurocienc.* 2008; 1-6.
2. Fujisawa DS, Manzini EJ. Formação acadêmica do fisioterapeuta: a utilização das atividades lúdicas nos atendimentos de crianças. *Rev Bras Ed Esp.* 2006;12(1):65-84.
3. Fujisawa DS. Atendimento fisioterapêutico de crianças: uma análise na perspectiva da teoria histórico-cultural. *Temas sobre Desenvolvimento.* 2002;11(63):37-42.
4. Oliveira CEN, Salina ME, Annunciato NF. Fatores ambientais que influenciam a plasticidade do SNC. *Acta Fisiátrica.* 2001;8(1):6-13.
5. Söderbäck M, Coyne I, Harder M. The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of Child Health Care.* 2011;15:99-106.
6. Gill P, Stewart K, Ghetcuti D, Chestuutt IG. Children's understanding of and motivations for tooth brushing: a qualitative study. *Int J Dent Hygiene.* 2011;9:79-86.
7. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia.* 2004;9(3):459-469.
8. Meldrum LM, Tsao JCI, Zeltzer LK. "I can't be what I want to be": children's narratives of. Chronic pain experiences and treatment outcomes. *Pain Medicine.* 2009;10(6):1018-1034.
9. Spencer GE. Review: children's competency to consent: an ethical dilemma. *Journal of Child Health Care.* 2000;4:117-122.
10. Souza AM, Griebeler D, Godoy LP. Qualidade na prestação de serviços fisioterápicos. *Produção.* 2007;17(3):435-453.
11. Sá SMP, Rabinovich EP. Compreendendo a família da criança com deficiência física. *Rev Brás Crescimento Desenvolv Hum.* 2006;16(1):68-84.
12. Herrero D, Monteiro CBM. Verificação das habilidades funcionais e necessidades de auxílio do cuidador em crianças com paralisia cerebral nos primeiros meses de vida. *Rev Brás Crescimento Desenvolv Hum.* 2008;18(2):163-169.
13. Durce K, Ferreira CAS, Pereira PS, Souza BB. A atuação da fisioterapia na inclusão de crianças deficientes físicas em escolas regulares: uma revisão da literatura. *O mundo da saúde.* 2006;3(1):156-159.

14. Cicogna EC, Nascimento LC, Lima RAG. Children and adolescents with cancer: experiences with chemotherapy. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(5):864-872.
15. Coyne I. Children's participation in consultations and decision-making at health service level: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45:1682-1689.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC; 2004.
17. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área a saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):507-514.
18. Manzini EJ. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. *Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos*. 2004;47(1).
19. Fagundes AJFM. *Descrição, definição e registro do comportamento*. 12ª ed. São Paulo: Edicon; 1999.
20. Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
21. Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial de Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde*. 1ª ed. São Paulo: Edusp; 2003.
22. Rauscher L, Greenfield BH. Advancements in contemporary physical therapy research: use of mixed methods designs. *Phys Ther*. 2009;89(1):91-100.
23. Goldemberg R, Otutumi C. Análise de conteúdo segundo Bardin: procedimento metodológico utilizado na pesquisa sobre a situação atual da percepção musical nos cursos de graduação em música do Brasil. *Anais do SIMCAM4 – IV Simpósio de Cognição e Artes Musicais*. 2008.
24. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 3ª ed. Lisboa:Edições 70; 2004.
25. Lima MGSB. As concepções/crenças de professores e o desenvolvimento profissional: uma perspectiva autobiográfica. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2007;43(7):1-8.
26. Batista CG. Formação de conceitos em crianças cegas: questões teóricas e implicações educacionais. *Psic: Teor e Pesq*. 2005;21(1):7-15.
27. World Confederation for Physical Therapy – WCPT. Policy statement: Description of physical therapy [acesso em Jun 2011] disponível em <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>
28. Sari FL, Marcon SS. Participação da família no trabalho fisioterapêutico em crianças com paralisia cerebral. *Rev Brás Crescimento Desenvolv Hum*. 2008;18(3):229-239.

29. Ribeiro MFM, Barbosa MA, Porto CC. Paralisia cerebral e síndrome de Down: nível de conhecimento e informação dos pais. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2011;16(4):2099-2106.
30. Guimarães LS, Cruz MC. Exercícios terapêuticos: a cinesioterapia como importante recurso da fisioterapia. *Lato e Sesu*. 2003;4(1):3-5.
31. Vasconcelos RLM, Moura TL, Campos TF, et al. Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(5):390-397
32. Carvalho JTM, Rodrigues NM, Silva LVC, Oliveira DA. Qualidade de vida das mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. *Fisioter Mov*. 2010;23(3):389-397
33. Prevedel TTS, Manzini EJ. Expectativas e concepções sobre a fisioterapia: o ponto de vista da criança com deficiência física e o ponto de vista da família. In: Manzini EJ, Brancatti PR (Org). *Educação especial e Estigma*. 1ª ed. Marília: Marília Unesp Publicações; 1999, p.111-129
34. Steiner WA, Ryser L, Huber E, et al. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther*. 2002;82(11):1098-1107.
35. Silva IS, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1535-1546.
36. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2005;18(3):381-389.
37. Bartlett DJ, Palisano RJ. Physical therapists' perceptions of factors influencing the acquisition of motor abilities of children with cerebral palsy: implications for clinical reasoning. *Phys Ther*. 2002;82(3):237-248.

6 APÊNDICES

6.1 APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CRIANÇA

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CRIANÇA

1. Quantas vezes na semana você vem na fisioterapia?
2. Há quanto tempo você faz fisioterapia?
3. Você sabe por quê faz fisioterapia?
4. Pra você, o que é fisioterapia?
5. Para você, o que a fisioterapia faz?
6. Você acha fazer fisioterapia importante? Por quê?
7. Você acha que precisa fazer fisioterapia? Por quê?
8. No dia em que você tem fisioterapia, o que você pensa antes de vir?
9. O que você sente depois que faz fisioterapia?
10. O que você acha da fisioterapia? Você gosta ou não gosta?
11. Na fisioterapia, o que você acha legal? O que você acha chato?
12. Você acha que a fisioterapia te ajuda? Em quê você acha que ela te ajuda ou possa te ajudar?
13. Quais outros tratamentos que você frequenta? Qual gosta mais? Você acha que precisa de todos? Por quê?
14. Você tem alguma dificuldade na fisioterapia, na escola, em casa ou para brincar? Qual? O que te incomoda mais?

6.2 APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PAIS

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PAIS

1. Quanto tempo seu filho(a) faz fisioterapia?
2. Você já tinha contato com a fisioterapia antes? Por quê?
3. Quem encaminhou seu filho(a) para fisioterapia? Foi explicado por quê?
4. O que é fisioterapia para você?
5. O que a fisioterapia faz?
6. Você acha que seu filho(a) precisa de fisioterapia? Por quê?
7. Para você, qual a importância da fisioterapia?
8. Você percebe modificações em seu filho com a fisioterapia? Quais?
9. Para você, qual a maior dificuldade do seu filho hoje?
10. Quais outros tratamentos que seu filho(a) frequenta? Você acha que precisa de todos? Por quê?
11. O que você espera da fisioterapia?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Que eu to fazendo isso pro meu bem, e que vai ser bom pra mim.” (C5)

As crianças demonstraram entendimento sobre a fisioterapia; com sua concepção sobre este tratamento ligado às suas vivências e seus sentimentos, ou seja, são capazes de dizer sobre seus diagnósticos, suas dificuldades funcionais, o que fazem, o que é e o que esperam. Para esses pequenos pacientes, a fisioterapia é a conduta terapêutica, ou seja, exercícios e alongamentos, mas também está ligada a uma atividade agradável em que as brincadeiras e o lúdico, além de sentimento de prazer, também é visto como recurso de tratamento, que tem como objetivo e expectativas melhorar as dificuldades funcionais percebidas por elas.

Os pais, apesar de não serem os cuidadores principais de seus filhos, revelaram ter conhecimento da fisioterapia e sempre estarem cientes sobre o desenvolvimento das crianças.

As mães, as principais cuidadoras de seus filhos, apresentam maior vivência e apropriação ao falar sobre a fisioterapia, com capacidade de revelar questões sobre qualidade de vida, autonomia, expectativas em relação a atividades laborais e outros.

Para ambos, pais e mães, a fisioterapia está relacionada a um tratamento para seus filhos, apresentando concepção relacionada a aproximação da fisioterapia com suas crianças; para eles, fisioterapia é um tratamento, é uma ciência, é o exercício, e é uma atividade capaz de proporcionar melhoras funcionais, autonomia e qualidade de vida para os seus filhos.

Percebe-se que as crianças, quando questionadas sobre a fisioterapia, falam mais sobre aquilo que percebem de dificuldade funcional no seu cotidiano, os pais e as mães, reconhecem a fisioterapia como tratamento de saúde efetivo, porém com aquisições a longo prazo com expectativas de melhoras funcionais, novos estudos e tecnologias para a melhora na assistência de seus filhos.

As crianças foram capazes de falar sobre seu tratamento, sobre a fisioterapia e suas experiências, demonstrando importância de incluir suas opiniões e concepções no planejamento terapêutico a fim de aumentar a adesão, a motivação e tornar a fisioterapia mais significativa em suas vidas e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. WILLRICH, A, AZEVEDO C. C. F, FERNANDES, J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurocienc.** 2008; 1-6.
2. FUJISAWA, D. S, MANZINI, E. J. Formação acadêmica do fisioterapeuta: a utilização das atividades lúdicas nos atendimentos de crianças. **Revista Brasileira de Educação Especial.** 2006;12(1):65-84.
3. FUJISAWA, D. S. Atendimento fisioterapêutico de crianças: uma análise na perspectiva da teoria histórico-cultural. **Temas sobre Desenvolvimento.** 2002;11(63):37-42.
4. SÖDERBÄCK, M., COYNE, I.; HARDER M. The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. **Journal of Child Health Care.** 2011;15:99-106.
5. SOUZA, A. M.; GRIEBELER, D.; GODOY, L. P. Qualidade na prestação de serviços fisioterápicos. **Produção.** 2007;17(3):435-453.
6. SÁ, S. M. P, RABINOVICH, E. P. Compreendendo a família da criança com deficiência física. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano.** 2006;16(1):68-84.
7. EFFGEN, S. K. **Fisioterapia pediátrica: atendendo às necessidades das crianças.** 1. ed. Rio de Janeiro, RJ:Guanabara Koogan;2007.
8. HERRERO, D.; MONTEIRO, C. B. M. Verificação das habilidades funcionais e necessidades de auxílio do cuidador em crianças com paralisia cerebral nos primeiros meses de vida. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano.** 2008;18(2):163-169.
9. DURCE, K.; FERREIRA, C. A. S.; PEREIRA, P. S, SOUZA, B. B. A atuação da fisioterapia na inclusão de crianças deficientes físicas em escolas regulares: uma revisão da literatura. **O mundo da saúde.** 2006;3(1):156-159.
10. SILVA, I. S.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência e Saúde Coletiva.** 2011;16(1):1535-1546.
11. REZENDE, M.; MOREIRA, M. R.; AMÂNCIO, A.; TAVARES, M. F. L. A equipe multiprofissional da "Saúde da Família": uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência e Saúde Coletiva.** 2009;14(1):1403-1410.
12. BISPO JUNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciências e Saúde Coletiva.** 2010;15(1):1627-1636.
13. _____. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, ciências, saúde.** 2009;16(3):655-668.

14. BRASIL. Decreto-lei nº38. Provê sobre as profissões de fisioterapia e terapia ocupacional e da outras providências. *Diário Oficial da União*. 1969: 13 outubro. In: BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciências e Saúde Coletiva**. 2008;13(3):941-951.
15. **World Confederation for Physical Therapy – WCPT**. Policy statement: Description of physical therapy. Disponível em: <<http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>>. Acesso em: jun, 2011
16. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO**. Fisioterapia/definição. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27>. Acesso em: dez, 2012
17. RAUSCHER, L.; GREENFIELD, B. H. Advancements in contemporary physical therapy research: use of mixed methods designs. **Phys Ter**. 2009;89(1):91-100.
18. LEITE, J. M. R. S.; PRADO, G. F. Paralisia cerebral: aspectos fisioterapêuticos e clínicos. **Neurociências**. 2004;12:41-45.
19. OLIVEIRA, C. E. N.; SALINA, M. E.; ANNUNCIATO, N.F. Fatores ambientais que influenciam a plasticidade do SNC. **Acta Fisiátrica**. 2001;8(1):6-13.
20. GUIMARÃES, L. S.; CRUZ, M. C. Exercícios terapêuticos: a cinesioterapia como importante recurso da fisioterapia. **Lato e Sesu**. 2003;4(1):3-5.
21. SARI, F. L.; MARCON, S. S. Participação da família no trabalho fisioterapêutico em crianças com paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**. 2008;18(3):229-239.
22. AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**. 2001;6(1):63-72.
23. MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIQUEIRAS, A.C. M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**. 2003;79(1):S33-S42.
24. COYNE, I. Children’s participation in consultations and decision-making at health service level: a review of the literature. **International Journal of Nursing Studies**. 2008;45:1682-1689.
25. SPENCER, G. E. Review: children’s competency to consent: an ethical dilemma. **Journal of Child Health Care**. 2000;4:117-122.
26. MELDRUM, L. M.; TSAO, J. C. I; ZELTZER, L. K. “I can’t be what I want to be”: children’s narratives of. Chronic pain experiences and treatment outcomes. **Pain Medicine**. 2009;10(6):1018-1034.
27. OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia**. 2004;9(3):459-469.

28. GILL, P.; STEWART, K.; GHETCUTI, D.; CHESTUUTT, I. G. Children's understanding of and motivations for tooth brushing: a qualitative study. **International Journal Dental Hygiene**. 2011;9:79-86.
29. CICOGNA, E. C.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Children and adolescents with cancer: experiences with chemotherapy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2010;18(5):864-872.
30. RIETHMULLER, A. M.; JONES, R. A.; OKELY, A. D. Efficacy of interventions to improve motor development in young children: a systematic review. **Pediatrics**. 2009;124:782-792.
31. KANG, L. J.; PALISANO, R. J.; ORLIN, M. N. et al. Determinants of social participation – with friends and other who are not family members – for youths with cerebral palsy. **Physical Therapy**. 2010;90(12):1743-1757.
32. SANO, P. Y.; MASOTTI, R. R.; SANTOS, A. A. C.; CORDEIRO, J. A. Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica. **Jornal de Pediatria**. 2002;78(2):140-145.
33. GRAÇÃO, D. C.; SANTOS, M. G. M. A percepção materna sobre a paralisia cerebral no cenário da orientação familiar. **Fisioterapia em Movimento**. 2008;21(2):107-113.
34. LIMA, M. G. S. B. As concepções/crenças de professores e o desenvolvimento profissional: uma perspectiva autobiográfica. **Revista Iberoamericana de Educación**. 2007;43(7):1-8.
35. BATISTA, C. G. Formação de conceitos em crianças cegas: questões teóricas e implicações educacionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2005;21(1):7-15.
36. MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. **Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos**. 2004;47(1).
37. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa:Edições 70; 2004.
38. TOWNSEND, A.; COX, S. M.; LI, L. C. Qualitative research ethics: enhancing evidence-based practice in physical therapy. **Physical Therapy**. 2010;90(4):615-628.
39. TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área a saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**. 2005;39(3):507-514.
40. MOREIRA, W. W.; SIMÕES, R.; PORTO, E. Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**. 2005;13(4):107-114.
41. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Editora HUCITEC; 2004.

42. STEINER, W. A.; RYSER, L.; HUBER, E. et al. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. **Physical Therapy**. 2002;82(11):1098-1107.
43. DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**. 2002;115:139-154.
44. RIBEIRO, M. F. M.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C. Paralisia cerebral e síndrome de Down: nível de conhecimento e informação dos pais. **Ciências e Saúde Coletiva**. 2011;16(4):2099-2106.
45. HENLEY, L. D.; FRANK, D.M. Reporting Ethical Protections in physical therapy research. **Physical Therapy**. 2006;86(4):499-509.
46. Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde**. 1. ed. São Paulo: Edusp; 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Documento de avaliação para juízes do roteiro de entrevista

A CONCEPÇÃO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA ACERCA DA FISIOTERAPIA

Nome: _____

Graduação: _____ Área de atuação : _____

Tempo de formação: _____ Data: ____ / ____ / ____

ORIENTAÇÃO AOS JUÍZES

Solicito sua colaboração para análise do roteiro de entrevista proposto para realização da pesquisa intitulada: A Concepção da Criança e da Família acerca da Fisioterapia que resultará na produção da Dissertação de Mestrado em Ciência da Reabilitação da mestranda Adriana Yuki Izumi, sob orientação da Docente Doutora Dirce Shizuko Fujisawa.

O presente estudo será desenvolvido por meio da entrevista semi-estruturada com crianças com distúrbio neuromotor em idade escolar acompanhadas pela fisioterapia e seus respectivos pais e tem como proposta os seguintes objetivos:

- Objetivo geral: Investigar a concepção de crianças com disfunção neuromotora e seus pais acerca da fisioterapia.
- Objetivos específicos:
 - Identificar a concepção de crianças com disfunção neuromotora sobre a fisioterapia;
 - Identificar a concepção de fisioterapia das mães de crianças com disfunção neuromotora;
 - Identificar a concepção de fisioterapia dos pais de crianças com disfunção neuromotora;
 - Comparar a concepção de crianças sobre a fisioterapia com a de seus pais;
 - Comparar a concepção de fisioterapia entre o pai e a mãe de crianças com disfunção neuromotora;

- Verificar o grau de funcionalidade da criança com disfunção neuromotora e a relação com a satisfação e adesão à fisioterapia da criança e dos seus pais;
- Investigar as expectativas da criança com disfunção neuromotora em relação à fisioterapia.

Peço a sua colaboração no sentido de analisar o roteiro de entrevista, atendendo as recomendações de Manzini (2004):

- 1) Adequação da linguagem (vocabulário, jargão, clareza e precisão, uso de palavra não específica ou vaga);
- 2) Adequação da forma das perguntas (tamanho das perguntas, averiguação da dificuldade de elaboração mental por parte do entrevistado, impacto emocional de determinadas palavras, frases manipulativas, perguntas com múltipla finalidade);
- 3) Seqüência de apresentação das perguntas no roteiro (das mais fáceis de serem respondidas para as mais difíceis e utilização de blocos temáticos).

Abaixo de cada pergunta está descrito o tema e a informação a ser obtida para subsidiar a sua análise. Baseado nos aspectos descritos anteriormente, assinale a alternativa que corresponde ao seu julgamento em relação as perguntas do roteiro de entrevista. Se pertinente, descreva sugestões e comentários para aprimorar o instrumento de coleta de dados, bem como, atender os objetivos do estudo.

PROPOSTA DE ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CRIANÇA

1. Quantas vezes na semana você vem na fisioterapia?

Tema	Informação
Introdução do tema Fisioterapia	Familiarizar a criança com o roteiro de pesquisa/ Identificar conhecimento sobre a fisioterapia

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Concordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente |
| <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Discordo totalmente |
| <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo | |

Observações: _____

2. Você sabe há quanto tempo faz fisioterapia?

Tema	Informação
Introdução do tema Fisioterapia	Familiarizar a criança com o roteiro de pesquisa/ Identificar conhecimento sobre a fisioterapia

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

3. Você sabe por quê faz fisioterapia?

Tema	Informação
Fisioterapia	Identificar se criança tem conhecimento sobre motivos da necessidade de fisioterapia

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

4. Para você, o que é fisioterapia?

Tema	Informação
Concepção sobre fisioterapia	Identificar a concepção da criança sobre a fisioterapia

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

5. Para você, o que a fisioterapia faz?

Tema	Informação
Concepção sobre fisioterapia	Identificar a concepção da criança sobre a fisioterapia

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

6. Você acha fazer fisioterapia importante? Por quê?

Tema	Informação
Concepção sobre fisioterapia	Identificar a concepção da criança sobre sua necessidade de fisioterapia

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

7. Você acha que precisa fazer fisioterapia? Por quê?

Tema	Informação
Concepção sobre fisioterapia	Identificar a concepção da criança sobre sua necessidade de fisioterapia

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

8. O que você sente depois que faz fisioterapia?

Tema	Informação
Significado da Fisioterapia	Identificar o significado da fisioterapia para a criança

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

9. O que você acha da fisioterapia? Você gosta?

Tema	Informação
Significado da Fisioterapia	Identificar o significado da fisioterapia para a criança

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

10. No dia em que você tem fisioterapia, o que você pensa antes de vir?

Tema	Informação
Significado da Fisioterapia	Identificar o significado da fisioterapia para a criança

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

11. O que você acha legal? O que você acha chato?

Tema	Informação
Significado da Fisioterapia/ Expectativas quanto a Fisioterapia	Identificar o significado da fisioterapia para a criança/ Identificar as expectativas da criança quanto a fisioterapia

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

12. Você acha que a fisioterapia te ajuda? Em que você acha que ela possa te ajudar?

Tema	Informação
Expectativas quanto a Fisioterapia	Identificar as expectativas da criança quanto a fisioterapia

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

13. Você tem alguma dificuldade, na fisioterapia, na escola, em casa ou para brincar? Qual? O que te incomoda mais?

Tema	Informação
Percepção da Funcionalidade	Identificar percepção do grau de funcionalidade/ Identificar possíveis queixas e expectativas quanto ao grau de sua funcionalidade

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

14. Quais outros tratamentos que você frequenta? Qual gosta mais? Por quê?

Tema	Informação
Percepção da Funcionalidade	Identificar o conhecimento da criança sobre possível necessidade de outros tratamentos/ Identificar sentimento no seu tratamento

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

PROPOSTA DE ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PAIS

1. Quanto tempo seu filho(a) faz fisioterapia?

Tema	Informação
Introdução do tema Fisioterapia	Familiarizar pai/mãe com o roteiro de pesquisa/ identificar conhecimento sobre a fisioterapia de seu filho(a)

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

2. Você já tinha contato com a fisioterapia antes? Por quê?

Tema	Informação
Introdução do tema Fisioterapia	Familiarizar pai/mãe com o roteiro de pesquisa/ Identificar conceitos prévios sobre a fisioterapia

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

3. Quem encaminhou seu filho(a) para fisioterapia? Foi explicado por quê?

Tema	Informação
Fisioterapia	Identificar conhecimento sobre a fisioterapia de seu filho(a)

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

4. O que é fisioterapia para você?

Tema	Informação
Concepção sobre fisioterapia	Identificar a concepção do pai/mãe sobre fisioterapia

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

5. O que a fisioterapia faz?

Tema	Informação
Concepção sobre fisioterapia	Identificar a concepção do pai/mãe sobre fisioterapia

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

6. Qual a importância da fisioterapia?

Tema	Informação
Concepção sobre fisioterapia	Identificar a concepção do pai/mãe sobre a necessidade de fisioterapia para seu filho(a)

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

7. Você acha que seu filho precisa de fisioterapia? Por quê?

Tema	Informação
Concepção sobre fisioterapia	Identificar a concepção do pai/mãe sobre a necessidade de fisioterapia para seu filho(a)

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

8. Você percebe modificações em seu filho com a fisioterapia?

Tema	Informação
Significado da Fisioterapia	Identificar o significado da fisioterapia para os pais

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

9. O que você espera da fisioterapia?

Tema	Informação
Expectativas quanto a Fisioterapia	Identificar as expectativas dos pais quanto a fisioterapia

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

10. Para você, qual a maior dificuldade do seu filho(a) hoje?

Tema	Informação
Percepção da Funcionalidade	Identificar percepção dos pais quanto ao grau de funcionalidade de seu filho(a)

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

11. Quais outros tratamentos que seu filho(a) freqüenta?

Tema	Informação
Percepção da Funcionalidade	Identificar percepção dos pais quanto ao grau de funcionalidade de seu filho(a)/ Identificar o conhecimento dos pais sobre possível necessidade de outros tratamentos em seu filho(a)

- Concordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Concordo parcialmente
 Discordo totalmente
 Nem concordo nem discordo

Observações: _____

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido você _____
responsável pela criança _____

a participar juntamente com seu filho(a) no estudo “A CONCEPÇÃO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA ACERCA DA FISIOTERAPIA” para realização da pesquisa que resultará na produção da Dissertação de Mestrado em Ciência da Reabilitação da mestranda Adriana Yuki Izumi, sob orientação da Docente Doutora Dirce Shizuko Fujisawa.

O estudo inclui em responder um questionário e permitir a gravação da sua entrevista e a de seu filho(a).

Esclareço que o objetivo do estudo é: Investigar a concepção de crianças em idade escolar com distúrbio neuromusculo-esquelético e seus familiares acerca da fisioterapia.

Fique ciente de que todos os procedimentos são gratuitos, as informações sigilosas, não serão divulgados nomes ou dados que identifiquem a você e seu filho(a) e utilizadas apenas para fins científicos.

A sua participação e a de seu filho(a) é voluntária e pode ser encerrada a qualquer momento, sem prejuízo ou conseqüência do tratamento de seu filho(a). Também informo de que todos os dados levantados neste estudo serão destruídos após a conclusão do mesmo.

O presente termo de consentimento é feito de livre e espontânea vontade, sendo que o mesmo é assinado nesta data, para que produza seus efeitos éticos, jurídicos e legais.

Estou de acordo com os esclarecimentos acima e aceito a minha participação e a de meu filho(a) na pesquisa.

Assinatura do Pai

Assinatura da Mãe

Assinatura da Criança

Adriana Yuki Izumi
RG: 7.773.876-2
Tel: (43) 3351-1269

Dirce Shizuko Fujisawa
RG: 3.396.354-8
Tel: (43) 3322-0494

APÊNDICE C

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Atividades e Participação

xxx.0	NENHUMA dificuldade	(nenhuma, ausente, escassa...)	0 – 4%
xxx.1	Dificuldade LEVE	(ligeira, baixa...)	5 – 24%
xxx.2	Dificuldade MODERADA	(média, regular...)	25 – 49%
xxx.3	Dificuldade GRAVE	(alta, extrema...)	50 – 95%
xxx.4	Dificuldade COMPLETA	(total...)	96 – 100%
xxx.8	Não especificada		
xxx.9	Não aplicável		

Comunicação

d310.(/ 9) – Recepção de mensagens orais

Compreender os significados literal e implícito das mensagens em linguagem oral, como distinguir se uma frase tem um significado literal ou é uma expressão idiomática.

d330.(/ 9) – Fala

Produzir palavras, frases e passagens mais longas em mensagens faladas com significado literal e implícito, como expressar um fato ou contar uma história em linguagem oral.

d350.(/ 9) – Conversação

Iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e idéias, realizada por meio da linguagem escrita, oral, de sinais ou outras formas de linguagem, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas, em um ambiente formal ou informal.

d355.(/ 9) – Discussão

Iniciar, manter e terminar a análise de um assunto, com argumentos a favor ou contra, ou um debate por meio de linguagem oral, escrita, de sinais ou outras formas de linguagem, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas, em um ambiente formal ou informal.

Mobilidade

d450.(/) – Andar

Mover-se sobre uma superfície a pé, passo a passo, de maneira que um pé esteja sempre no solo, como passear, caminhar lentamente, andar para a frente, para trás ou para o lado.

Inclui: andar distâncias curtas ou longas; andar sobre superfícies diferentes; andar evitando obstáculos.

Exclui: transferir a própria posição (d420); deslocar-se (d455)

d4500.(/) – Andar distâncias curtas

Andar menos de 1km, como andarem quartos e corredores, dentro de um prédio ou distâncias curtas no exterior de um prédio.

d4501.(/) – Andar distâncias longas

Andar mais de 1km, como através de um vilarejo ou cidade, entre cidades ou espaços abertos.

d4551.(/) – Subir

Mover todo o corpo para cima ou para baixo sobre superfícies ou objetos, como subir degraus, rochas, escadas móveis ou fixas, meio-fio ou outros objetos.

d4552.(/) – Correr

Mover-se com passos rápidos de maneira que os dois pés podem estar simultaneamente fora do chão.

d4553.(/) – Pular

Elevar-se do solo dobrando e estendendo as pernas, como pular sobre um pé, saltitar, saltar e pular ou mergulhar na água.

d465.(/) – Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento

Mover todo o corpo de um lugar para outro sobre qualquer superfície ou espaço utilizando dispositivos específicos para facilitar a movimentação ou criar outras maneiras de se mover com equipamentos como patins, esquis, equipamento de mergulho, ou deslocar-se na rua com cadeira de rodas ou andador.

Exclui: transferir a própria posição (d420); andar (d450); deslocar-se (d455); utilização de transporte (d470); dirigir (d475).

APÊNDICE D**Dados Sócio-demográficos
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Diagnóstico: _____

Tempo de terapia: _____ anos

Frequência: _____ vezes/semana

Outras terapias: Fonoaudiologia Terapia Ocupacional Psicologia Pedagogia Equoterapia Fisioterapia Aquática Outros: _____ Especialidades médicas: Pediatra Neurologista Ortopedista Pneumologista Outros: _____ Uso de órtese tipo: _____ Uso de auxiliar para locomoção: _____ Adaptações: domésticas: _____ escolares: _____ outras: _____**CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS**Estado Civil: casado solteiro divorciado outros: _____

Grau de escolaridade: _____

Trabalho: Sim Não

Local: _____

Período: Integral Matutino VespertinoCondição: Contratado Autônomo

Renda: _____

Número de pessoas dependentes da renda: _____

Número de filhos: _____

Gastos despendidos com Fisioterapia: _____

Recebe auxílio: Sim Não

Qual: _____

Valor: _____

APÊNDICE E

Documento de avaliação para juízes das categorias

A CONCEPÇÃO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA ACERCA DA FISIOTERAPIA

Nome: _____

Graduação: _____

Área de atuação: _____

Tempo de formação: _____

Titulação: _____

Data: ____/____/____

ORIENTAÇÃO PARA JUÍZES

Solicito sua colaboração para análise do processo de categorização proposta para realização da pesquisa intitulada: A Concepção da Criança e da Família acerca da Fisioterapia, que resultará na produção da dissertação de Mestrado em Ciências da Reabilitação da mestranda Adriana Yuki Izumi, sob orientação da docente doutora Dirce Shizuko Fujisawa.

O presente estudo tem seguintes objetivos:

- Objetivo geral: Investigar a concepção de crianças com disfunção neuromotora e seus pais acerca da fisioterapia.
- Objetivos específicos:
 - Identificar a concepção de crianças com disfunção neuromotora sobre a fisioterapia;
 - Identificar a concepção de fisioterapia das mães de crianças com disfunção neuromotora;
 - Identificar a concepção de fisioterapia dos pais de crianças com disfunção neuromotora;
 - Comparar a concepção de crianças sobre a fisioterapia com a de seus pais;
 - Comparar a concepção de fisioterapia entre o pai e a mãe de crianças com disfunção neuromotora;

- Verificar o grau de funcionalidade da criança com disfunção neuromotora e a relação com a satisfação e adesão à fisioterapia da criança e dos seus pais;
- Investigar as expectativas da criança com disfunção neuromotora em relação à fisioterapia.

A população do estudo foi composta por crianças entre sete e doze anos (idade escolar), com disfunção neuromotora, assistidas por período mínimo de um ano no Ambulatório de Fisioterapia Pediátrica HU/UEL, e seus respectivos pais. Todas as crianças e seus pais apresentavam condições cognitivas e de comunicação para entendimento e interpretação das questões para relatarem suas vivências. As crianças serão apresentadas pela letra “C” seguida do número correspondente ao que foi realizado a entrevista, as mães pela letra “M” e os pais pela letra “P” seguidos pelo número referente aos seus filhos. Caracterização das crianças estão descritas no quadro 1 e a dos pais no quadro 2.

	Gênero	Idade (anos)	Diagnóstico Principal	Tempo de fisioterapia (anos)
C1	Feminino	8	Mielomeningocele	8
C2	Masculino	11	Diplegia espástica	11
C3	Masculino	8	Osteogênese imperfeita	4
C4	Masculino	11	Hemiplegia à esquerda	10
C5	Feminino	9	Diplegia espástica	8
C6	Feminino	11	Paralisia Osbtétrica	11

Quadro 1. Caracterização da criança.

	Idade (anos)	Grau de escolaridade	Atividade profissional
M1	41	2º grau completo	Empresária indústria alimentícia
M2	34	3º grau incompleto	Do lar
M3	33	1º grau incompleto	Do lar
M4	36	1º grau completo	Do lar
M5	35	1º grau incompleto	Do lar
M6	46	2º grau completo	Técnica de enfermagem
P1	42	2º grau completo	Empresário indústria alimentícia
P2	40	1º grau incompleto	Borracheiro
P3	31	1º grau incompleto	Lavrador
P4	31	2º grau completo	Técnico de segurança do trabalho
P5	41	2º grau incompleto	Operário de obras
P6	43	2º grau completo	Operário de obras

Quadro 2. Caracterização dos pais.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com seis crianças, seis mães e seis pais por meio de roteiro previamente elaborado, avaliado por juízes e

realizado adequação após seis entrevistas piloto. Todos os participantes aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (Parecer no 027/10) e permitiram que suas mensagens fossem gravadas em aparelho MP3.

Peço a sua colaboração no sentido de analisar a categorização, proposta, elaborado conforme as recomendações de Bardin (2004).

A análise dos discursos permitiu construção de cinco categorias empíricas para as crianças e cinco para os pais.

Abaixo de cada categoria há recortes dos relatos dos participantes, que foram transcritos na sua íntegra e sem modificações. Ainda, foram selecionados somente os relatos mais representativos das categorias propostas. Baseado nos aspectos descritos anteriormente, assinale a alternativa que corresponde ao seu julgamento em relação às propostas de categorias e seus respectivos recortes de relatos dos participantes. Se pertinente, descreva no item observações as suas sugestões e comentários para aprimorar processo de categorização, bem como, atender os objetivos do estudo. Além disso, no item observações, destaque os recortes que porventura possam não representar adequadamente a categoria, por meio da letra correspondente ao relato (a, b, c, ...).

PROPOSTAS DE CATEGORIAS PARA AS CRIANÇAS

1. Eu faço fisioterapia porque...

- a) “[...] eu sei um pouco que é porque eu tenho problema de coluna.” (C1)
- b) “Pra... melhorar o que eu tenho de problema que é na coluna.” (C1)
- c) “É... eu tenho, é... diplegia espástica.” (C2)
- d) “(Silêncio). Porque eu tenho problema. Na perna. [...]Perda de cálcio.” (C3)
- e) “Porque eu tenho hemiplegia na mão esquerda... do lado esquerdo do corpo.” (C4)
- f) “Porque eu tenho dificuldade. [...] De andar, de correr e de catar as coisas com a mão esquerda.” (C4)
- g) “É... é.... porque... eu nasci com paralisia cerebral? É isso.” (C5)
- h) “É... eu caio demais, eu... eu... não consigo andar, e também eu sou muito baixinha e eu não consigo esticar minha perna (risadas).” (C5)

- i) *“Por causa que eu tenho problema no braço... é, já fiz uma cirurgia... e só. [...] Transferência de tendão.”* (C6)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Concordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente |
| <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Discordo totalmente |
| <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo | |

Observações: _____

2. Na fisioterapia eu faço...

- a) *“É que ela me ensina a fazer um monte de exercício e que também eu... eu me divirto um pouco na fisioterapia...”* (C1)
- b) *“Há... é... fazem brincadeiras com bola... e exercício, andar.”* (C1)
- c) *“Porque se eu ficar sem fazer isso daí eu vou ficar andando mais pior... A... tipo arrastando as pernas assim... (criança mostra o movimento)”* (C2)
- d) *“É... alongamento é que... você precisa, de especial, de alongar alguma coisa.”* (C2)
- e) *“Eles alongam, apertam, fazem algumas coisas aí... a... fazem o que, o que inventar aí. A... Natal, presente pra dar de Natal...”* (C2)
- f) *“Exercício na perna, nos braços... só.”* (C3)
- g) *“É... os exercício e tipo as brincadeiras que vai melhorar também.”* (C4)
- h) *“Ela pode fazer as pessoas andar, ela pode fazer as pessoas melhorar nos problemas dela.”* (C5)
- i) *“Eles assim, eles fazem tudo que a gente quer, fazem as coisas pro nosso bem, que eles sabem que vai fazer bem e, e... quem trabalha nesse trabalho é uma pessoa honesta.”* (C5)
- j) *“Ela faz exercício é... alongamento... É... com bastão, com rolo, na bola. Hum... esticar os braços.”* (C6)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Concordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente |
| <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Discordo totalmente |
| <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo | |

Observações: _____

j) *“A, acho que ajuda, né, melhor, movimentar mais... É pra eu movimentar mais, ajudar a movimentar.” (C6)*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Concordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente |
| <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Discordo totalmente |
| <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo | |

Observações: _____

5. Eu espero que a fisioterapia...

- a) *“Ela me possa ajudar ao meu pé ficar normal, a não ficar torto, ela me ajuda a eu a andar...” (C1)*
- b) *“A... que é... ajudar muito as pessoas que precisam, pra isso.” (C2)*
- c) *“Em muitas coisas é... ajudar eu melhorar, minha movimentação... e... e me ajudar nas coisas, que eu preciso.” (C2)*
- d) *“Andar.” (C3)*
- e) *“Que eu vou melhorar.” (C4)*
- f) *“(Silêncio). Que ela me faça andar.” (C5)*
- g) *“Eu não sei (silêncio).” (C6)*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Concordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente |
| <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Discordo totalmente |
| <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo | |

Observações: _____

PROPOSTAS DE CATEGORIAS PARA OS PAIS

1. Meu filho faz fisioterapia porque...

- a) *“[...]porque eu tava bem consciente de que ela precisava a vida toda de fisioterapia.” (M1)*
- b) *“Sei. Pela mielo que ela tem, né? Que é a deficiência motora das pernas.” (M1)*

- c) “[...]o bebê vai passar por exames pra saber se ela é compatível com a vida (mãe se emociona).” (M1)
- d) “Porque ela não tava criando a musculação adequada nas perninhas dela lá.” (P1)
- e) “(Silêncio). Há... ela faz fisioterapia porque ela nasceu com uma má-formação na, na coluna, que não ta criando a musculação adequada, então ela faz fisioterapia pra ver se ela consegue, né.” (P1)
- f) “Mi... mi... como é que é, é difícil agora... Mingo... mingocele... como é? (Risadas). É um nome difícil.” (P1)
- g) “Fisioterapia, porque ele era prematuro, [...]” (M2)
- h) “Bom diplegia leve espástica, tipo assim... vou ver se eu consigo falar, sei mas não... é, dá um encurtamento dos ossos, então se ela tratar sem a fisioterapia a criança vai encolhendo os ossos, né, vai dando encurtamento na, tipo assim aonde ela tem aquela deficiência. Resumindo acho que é isso.” (M2)
- i) “A, porque ele é hemofílico, né, ele foi prematuro, né, então ele tem os problemas do crescimento dos ossos, do... crescimento normal do dia-a-dia dele.” (P2)
- j) “A, ele é hemofílico, né, e tem problema no pulmão, no coraçãozinho, né, essas coisas, era pra ele ser aqueles probleminhas da cabeça, tal, né.” (P2)
- k) “Bom, por causa que ele tava com falta de cálcio nos ossos.” (M3)
- l) “A ele precisava fazer pra... não perder os movimentos, né do... das pernas.” (P3)
- m) “Porque ele é prematuro, né. Ele é de... lá no HU eles falam que ele é de oito meses, né, de 32 semanas. Nas minhas contas ele era de sete meses.” (M4)
- n) “É... hemiplegia a esquerda.” (M4)
- o) “É, minha esposa teve pré-eclampsia na, no parto dele, foi prematuro e paralisou uma parte do corpo dele, né a mão, o lado esquerdo [...]” (P4)
- p) “Hemiplagia.” (P4)
- q) “Porque... ela nasceu prematura, gemelar.” (P5)
- r) “Qual motivo eu também não sabia porque prematuro seria comum, mas que ia ficar com deficiência... pra mim não é um ato normal, né, [...]” (P5)
- s) “Deu pré-eclamps no cérebro. E aí... é isso aí que ta hoje.” (P5)

t) *“Então, no parto, né, ela teve uma lesão no plexo, no plexo braquial, e... [...]”*
(M6)

u) *“A C6 teve lesão de plexo braquial, né.”* (P6)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Concordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente |
| <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Discordo totalmente |
| <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo | |

Observações: _____

2. A fisioterapia, no meu filho, faz...

a) *“[...] eu vejo assim, que melhora mesmo é qualidade de vida, [...]”* (M1)

b) *“Tudo. Autonomia, andar sozinha, qualidade de vida mesmo, né.”* (M1)

c) *“(Silêncio). A fisioterapia faz a pessoa ficar mais esperta, ficar mais, mais desinibida, mais com coragem de andar.”* (P1)

d) *“Eu acho que ela faz parte da minha vida, né igual, porque tipo assim, pra mim a fisioterapia faz parte da nossa vida, porque sem ela ele não estaria do jeito que ta hoje, [...]”* (M2)

e) *“[...] então eu não acreditava muito no começo não, pra mim a fisioterapia eu ia chegar lá e iam fazer uma massaginha e só, aí eu fui vendo que ela mudou realmente a vida dele, então pra gente ela é tudo, [...]”* (M2)

f) *“[...] então a fisioterapia não deixa ficar atrofiado, né, desenvolve melhor, né, estica, dá o relaxamento dos nervos, né.”* (P2)

g) *“(Silêncio). Não sei.”* (M3)

h) *“A, ela, ela ajuda né, só que, igual ele faz muito pouco né, uma vez por semana.”* (P3)

i) *“Pra ver se ele anda logo, perde o medo... de se... perde o medo de ficar em pé, fica com medo.”* (P3)

j) *“[...] a fisioterapia ajuda ele a soltar esses nervos, esses músculos que fica, né, atrofiado, eu acho que é isso.”* (M4)

k) *“(Silêncio). Em alguns casos milagre (risos). Ela faz milagre, pra mim a fisioterapia faz isso regenerar quem sofreu um, um, alguma lesão muito grave, ajudar a voltar ter os movimentos totais ou pelo ao menos uma parte dos movimentos.”* (P4)

- l) *“Então, eu acredito que é pra ajudar a desenvolver a musculação dela, né, assim a trabalhar também com o cérebro, eu acredito nisso. Ta desenvolvendo ela, pra ajudar a estimular ela, né a fisioterapia.” (M5)*
- m) *“Pra ela, acredito que estimule ela, mas assim, eu acreditaria na fisioterapia se ela fizesse com mais freqüência, tivesse mais acompanhamento, se não tivesse só a fisio, tinha uma época que ela fazia nataçã, né, hidrogenástica, daí tem a equoterapia que ajuda, né, mas assim só a fisioterapia... no começo pode até ser que ajudou bem, eu acredito que ajudou até, mas agora eu... eu não sei pra ela hoje o quê que ela acha, né, minha opinião de mãe, pra mim não estou vendo resultado, né, não está sendo seletivo.” (M5)*
- n) *“A importância da fisioterapia pra mim, é essencial, por quê, porque ajuda a ela a manter... a manter o que no caso ela ganhou depois da cirurgia, só que ajuda, vírgula, porque que nem eu to falando, se não tem um acompanhamento que nem ela ta precisando, [...] eu to vendo ela perder, eu to vendo o encurtamento, a fisioterapia só não ta dando resultado. Não ta dando mesmo resultado. Assim, dá resultado, mas não ta dando do jeito que eu imaginaria que podia estar, eu acredito assim que se ela estivesse com um bom acompanhamento ela já tinha evoluído até mais.” (M5)*
- o) *“(Silêncio). Fisioterapia é um auxílio, é um auxílio naquilo que o médico faz, entendeu, porque... é importante, é importante, ela faz manter os movimentos, sem a fisioterapia os movimentos retardam muito mais.” (P5)*
- p) *“Não melhora a... a postura, melhora as condições de vida dela, tudo, [...]” (M6)*
- q) *“Porque quando ela faz fisioterapia, na hora, relaxa bem sabe, até as dores no braço, sabe.” (M6)*
- r) *“É... ajuda a você a se regenerar. Ajuda a você se recuperar aquilo que você era antes, né, em termos de qualidade de vida, ajuda e muito, e muito.” (P6)*
- s) *“[...] porque você está cuidado do bem estar do ser humano, seja ele seu filho, seja ele, quem seja, né, faz com que melhore até mesmo, a... a vida em comunidade, faz com que a criança melhore, porque, a... embora havendo a deficiência, mais o fisioterapeuta ele é tão eficiente que faz com que a criança ou adulto até mesmo que seja, é... é não se sinta inferiorizado, né, então o fisioterapeuta também cabe a ele a dar um, é ao paciente a dar força, ele se vê como capaz, como capaz, embora com a sua deficiência, né, ele pode não*

ser totalmente capaz, mas é capaz dentro da sua deficiência, então isso é importante pra satisfazer a persona em si, né.” (P6)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Concordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente |
| <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Discordo totalmente |
| <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo | |

Observações: _____

3. Eu percebo que com a fisioterapia meu filho...

- a) *“Não dá resultado imediato. Mas a longo prazo faz toda a diferença, [...]” (M1)*
- b) *“Há... a modificação que eu vejo nela é... que ela tem mais coragem agora de andar, de caminhar de ser mais independente, não quer mais ajuda de mais ninguém.” (P1)*
- c) *“Eu acho que a fisioterapia ajudou muito o C2, tipo assim vamos dizer que na vida dele é noventa por cento, dez por cento é ele, né, que é o jeito dele, noventa é a fisioterapia mesmo.” (M2)*
- d) *“Não vejo modificações nele” (M3)*
- e) *“Quando ele faz a fisioterapia e tal, ele ta nos exercícios dele ele fica mais disposto, [...]” (P2)*
- f) *“[...] a mão a gente não vê assim tanta melhora, mas a gente sente que ele ajuda a manter estável o quadro não agrava, [...]” (P4)*
- g) *“Olha, de tanto a gente acostumar, a gente já vê assim que ele está parado, [...] acho que agora já é um processo um pouco mais lento, quando ele era menor a... a melhora foi rápida chegou num ponto que acho que agora é a persistência, que aos poucos daí vai melhorando, aí como a gente vê ele o dia-a-dia, a gente não vê tanto essa diferença como a gente via quando ele era pequeno que evoluiu bastante, [...] (P4)*
- h) *“[...] simplesmente não estou vendo resultado. (Silêncio). Sei lá, to perdendo o encanto.” (M5)*
- i) *“[...] a impressão que ta dando é que ela ta retrocedendo, ela ta voltando pra trás, tipo assim, e pra mim não ta sendo bom, nesse momento a fisioterapia pra mim não está sendo bom.” (M5)*

- j) “[...] que quando ela faz fisioterapia ela vem mais animada assim com, com, com aquela conversa assim que... boa, as tias é boa, entendeu, né, ela vem animada.” (P5)
- k) “[...] às vezes o ganho assim aparentemente é mínimo, às vezes um ganho fisioterápico demora anos, né, mas por mínimo que seja tem que ser dado importância, né, vejo assim.” (P6)
- l) “[...]. Perfeitamente ela vai ser, não, não vai ser, eu tenho ciência disso, mais tudo pode melhorar com a fisioterapia.” (P6)
- m) “[...] faz com ela se sinta, né, uma criança normal, entre aspas, né, entre aspas, mas ajuda muito e isso é um dos problemas maior porque a inferioridade do ser humano que é a coisa mais ruim, eu sei por mim mesmo, porque quando coloquei marcapasso, né, a sensação de impotência, a... [...]” (P6)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Concordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente |
| <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Discordo totalmente |
| <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo | |

Observações: _____

4. Pra mim, fisioterapia é...

- a) “[...]é uma ajuda enorme onde deixa ela com possibilidade eventuais concretas de poder levar uma vida mais assim, é... com autonomia e com mais qualidade de vida também.” (M1)
- b) “Então o conceito que eu tenho de fisioterapia é justamente isso, qualidade de vida, autonomia... eu acho assim, se fosse pra pensar com a, na G sem a fisioterapia seria uma criança cadeirante pra vida toda, né.” (M1)
- c) “Fisioterapia é um meio de fazer uma ginástica pros outros aprender a andar, aprender a desenvolver os músculos as coisas, que ele desenvolve o que ele não ta conseguindo desenvolver sozinho. Que é uma ajuda pra ela, né.” (P1)
- d) “Pra mim, na minha vida, na vida do M... pra mim é tudo, [...]” (M2)
- e) “(Silêncio) A, é importante pra mim ver ele, eu quero ver ele melhor, porque então quanto mais fisioterapia ele fizer, melhor ele fizer, o tratamento for melhor, eu vou ver ele andar melhor, e ele vai ter uma vida melhor, e ele vai

- poder se sentir praticamente igual as outras crianças, porque às vezes ele se sente diferente porque ele acha que ele tem algum problema, [...]” (M2)*
- f) *“A, a fisioterapia pra mim eu acho que ela é um... manipular os ossos, os nervos, pra desenvolver melhor, né, ajudar o crescimento, ajudar a trabalhar, né.” (P2)*
- g) *“[...] fisioterapia que... é uma segunda mãe, né, ou um segundo pai, né. [...] A, porque vocês que vão ter que pegar no pé dele lá, pra desenvolver, né, pra fazer o tratamento dele, em casa é a gente, né (pai se emociona).” (P2)*
- h) *“(Silêncio). A pra mim eu sei lá, é mais pra ajudar assim, né, ajudar a fortalecer os ossos, os músculos.” (M3)*
- i) *“A, mais ou menos o que eu sei é... um tratamento, né, pra, pra desenvolver o corpo. [...] A desenvolver que nem ele que não anda, né, desenvolver as pernas... essas coisas aí.” (P3)*
- j) *“A pra mim a fisioterapia, é um... pra uns, como se diz... é um tratamento que vem, tipo assim, pelo fato dele, dele ser como ele é, de ter problema na mão, porque se não deixa atrofiar, [...]” (M4)*
- k) *“[...] pro desenvolvimento dele a fisioterapia é muito boa, né, que ajuda bastante no desenvolvimento, dos nervos, né, pra ele não atrofiar, né, então acho assim, a fisioterapia ajuda nesse sentido.” (M4)*
- l) *“Bom, na minha concepção... acho que é bem fundamental pra quem sofre uma lesão muito grave e tem que se recuperar, eu acho que é uma coisa muito, muito válida, a gente não tem um conhecimento muito afundo científico mas a gente sabe que é uma ciência que faz a, a parte locomotora se regenerar através de movimentos pra estar, pra ela se refazer, né, é uma coisa mais ou menos por aí que eu penso.” (P4)*
- m) *“Pra mim o quê que é fisioterapia? É exercício, eu não vejo de outra forma.” (M5)*
- n) *“A fisioterapia é... um modo até importante pra tentar espichar, esticar os músculos, né, sei lá, assim pra manter aquilo que já está feito. Né, pra manter aquilo ali. Agora no caso dela, a fisioterapia é bom, mas se não tiver um mestre, em cima, ta retardando, é o caso dela, ta retardando tudo, [...]” (P5)*
- o) *“A, é um, é um, é um tratamento, né. No caso da C6, né, é um tratamento que ela não pode ficar sem, que a gente aprendeu a conhecer assim mais profundo quando começou a levá-la, né, pra fazer fisioterapia.” (M6)*

- p) “[...] ela chega a recuperar, né, movimentos, né, recuperar totalmente, ou pelo ao menos, ou pelo ao menos, não deixa, não deixa a, a, o membro atrofiar, por total, né, [...]” (P6)
- q) “[...] são exercícios específicos, né, ele age especificamente naquele problema, né, e outra, não são coisas aleatórias, né, ali ta o profissional atendendo você, né, na fisioterapia baseado em estudos não somente de hoje, aquilo são anos de estudo, né, [...] isso é lógico, existe sempre as inovações mas isso, isso tem uma base, tem um berço, né, então tem uma estrutura, a fisioterapia é algo muito importante na saúde, [...]” (P6)
- r) “[...] vocês vivem o problema fazendo parte dele, sabe, é uma, é uma realmente é se interar, né, não é uma coisa assim, o problema é dela, vou lá dar fisioterapia e acabou, não, é uma coisa assim, viver a situação, esperar melhora, é lógico, também estar se estudando o problema, né, não tenha dúvida disso, né, mas apesar de estar estudando o problema eu vejo em vocês lá, profissionais, é... estudando o problema e esperando resultado bons, né, isso é o importante e que sempre seja assim, que você também seja assim, que todos lá sejam assim, né, é... é almejando é... é a melhora do problema ou até mesmo a solução, é lógico, há casos que ele é insolúvel, é irre recuperável mas é adaptável pelo ao menos, né, então sempre procurar isso, e assim eu vejo vocês.” (P6)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Concordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente |
| <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Discordo totalmente |
| <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo | |

Observações: _____

5. Eu espero que a fisioterapia...

- a) “[...] é deixar ela o melhor possível, com qualidade de vida independente do que ela é, e isso tudo é feito por causa da fisioterapia, eu tenho uma consciência bem clara disso, [...]” (M1)
- b) “[...] porque a minha esperança é assim, adolescência, ter cada vez mais capacidade de autonomia, por exemplo ela vai poder trabalhar, sozinha,

- trabalhar ela vai, só vai depender dela, né, mas não tem como falar se ela vai andar ou se ela, vamos deixar tempo ao tempo, entendeu?” (M1)*
- c) *“É então, o que eu espero é o que já ta sendo feito por ela, ué. Agora, num, num... por exemplo, evolução na medicina eu espero que a medicina faça muito pela minha filha,[...]” (M1)*
- d) *“Então o que eu espero da fisioterapia é que vai evoluindo a tecnologia [...] isso eu espero de futuro na fisioterapia em termos de tecnologia, em termos de prótese e órtese que possa melhorar a evolução dela e das outras pessoas também.” (M1)*
- e) *“Dessas dificultadinhas que ela tem de andar, de caminhar sozinha, de ser independente, de sair mais, então acho que a fisioterapia vai ajudar bem ela nessa parte.” (P1)*
- f) *“[...] então eu queria que ele fizesse mais fisioterapia pra eu poder ver ele perfeito, tipo assim, cem por cento não mais noventa e nove por cento ele chega lá, [...] que ele chegue e fale assim pra mim, a ninguém riu de mim hoje na escola porque eu tava mancando, ninguém riu porque eu tenho que ficar segurando o corrimão pra eu descer a escada, isso aí é... é isso que eu quero pra ele, entendeu?” (M2)*
- g) *“Quero que pegue bastante no pé dele e faça bastante fisioterapia pra ele ficar melhor, [...]” (M2)*
- h) *“[...] eu sei que ele não vai ficar cem por cento, mas eu queria que ele ficasse noventa e nove por cento que pegasse mais, que pesquisassem alguma coisa que possam fazer pra melhorar [...]” (M2)*
- i) *“A, eu espero que cada vez eles desenvolvem o serviço deles melhor e que eles tenham muito sucesso com todas as crianças, e que o meu M seja um dos melhores, né.” (P2)*
- j) *“(Silêncio). A, eu espero melhora, né, espero que... que, ele, né, ande.” (M3)*
- k) *“Espero que melhora mais, e... se tivesse jeito de fazer outros tipos de fisioterapia, né, que nem na água, que nem a fisioterapia que ele faz é boa, ajuda, só que eu acho que é meio fraca, né.” (P3)*
- l) *“[...] eu sei que se ele ficar sem a fisio, a tendência é ele piorar, [...]” (M4)*
- m) *“O impossível, né, a cura (risos).” (M4)*
- n) *“[...] a mão o que a gente espera, espera, espera em Deus, né, com a fisioterapia que melhore a mão, né, [...]” (M4)*

- o) “[...] se acaso ele for ficar com algum problema mais pra frente ele ver que não foi falta da gente tentar, [...]” (M4)
- p) “Na nossa concepção tanto eu quanto minha esposa a gente conversa a gente acha que enquanto precisar vai ser feito, a gente chega até pensar, acreditamos que praticamente pro resto da vida dele ele vai ter que fazer.” (P4)
- q) “Eu espero que ele se regenere o máximo possível, que ele evolua, no quadro dele o máximo possível, que ele chegue perto, como eu disse da perfeição, ao máximo que a lesão dele possa se curar, é o que eu espero que ele faça, por quanto tempo precisar, não importa, mais a gente espera que ele chegue perto do máximo das condições físicas que ele pode desenvolver como uma pessoa qualquer, não que ele não seja normal, mas pela limitação dele. Que ele possa explorar ao máximo a limitação dele.” (P4)
- r) “Não, da fisioterapia em si, eu gostaria assim, se mantesse, ta ótimo, mantendo ta bom. Mas na verdade assim não é da fisio que eu espero, da fisio assim eu gosto, do atendimento eu acho legal, acho importante pra ela, sabe, eu acho assim que ela fica feliz quando ela vem e faz, isso daí eu já percebi e percebo nela, ela gosta. Na verdade o que eu não to feliz é com o médico, com a pessoa que é responsável, né, que... que podia estar fazendo mais, ter feito mais.” (M5)
- s) “(Silêncio) É manter do jeito que está pra mim ta bom, então você vê, eu não espero muito da fisio, porque a fisio é... é... tem que ser eles (os médicos), e depois vocês, vocês são auxiliares dele (do médico), né, [...]” (M5)
- t) “É claro que todo sonho de pai e mãe é... é ver o filho na vida natural, o quê que é a vida natural, andando, correndo, brincando, né, [...]” (P5)
- u) “Eu tenho uma esperança de uma dia eu ir lá buscar ela e eu ficar uns vinte metros longe e ela vir sozinha, sem muleta, sem nada até a mim. Eu tenho essa esperança.” (P5)
- v) “Eu... na verdade eu queria que melhorasse assim muito mais, né, mas eu sei que assim, que é lento o tratamento dela, é um tratamento mais delicado, né. Mas espero que, que ela venha a melhorar mais ainda.” (M6)
- w) “Então assim, eu esperaria, eu... a gente tem assim esperança, né, sei lá que futuramente a fisioterapia possa ajudá-la mais e mais, a melhorar mais, né, nos movimentos dela, né, pra ela não ficar também uma pessoa que ela... por

exemplo pra trabalhar dependendo do esporte, da atividade que ela for fazer, vai ser limitada, né, ainda ela é criança ela ainda não sabe o que ela quer, né, na verdade, então.” (M6)

x) *“[...] assim gostaria que ela fizesse mais fisioterapia, né, no caso lá ela ta fazendo só uma vez, por conta dela estudar, mais esse ano a gente ta esperando vaga pra que ela possa fazer mais uma vez.” (M6)*

y) *“Olha eu espero que ela gradativamente vá melhorando, eu sei que, é... é muito lento, né, muito lento, né, devido ao problema, devido a lesão, eu sei que é muito lento, eu espero que ela tenha esse condicionamento, esteja como ela está dali pra melhor, né, eu tenho ciência de que esse ganho não vai ser uma coisa absurda, [...]” (P6)*

z) *“[...] de repente no futuro exista alguma cirurgia que a medicina não pára e vai mudando ano a ano, ela é uma criança de dez anos, daqui dez anos vai estar com vinte exista outros recursos que vão surgir por aí, com a medicina a dez anos atrás era uma coisa, né, hoje é outra bem diferente, né, tudo se evoluiu, [...]” (P6)*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Concordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente |
| <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Discordo totalmente |
| <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo | |

Observações: _____

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos UEL



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
 Registro CONEP 268

Parecer de Aprovação N° 027/10 CAAE N° 0020.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO N° 321254	Londrina, 03 de maio de 2010.
<p style="text-align: center;">PESQUISADORA: DIRCE SHIZUKO FUJISAWA CCS/DEPTO DE FISIOTERAPIA</p>	
<p>Prezada Senhora:</p> <p style="text-align: center;">O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;">"A CONCEPÇÃO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA A GERÇA DA FISIOTERAPIA"</p>	
<p>Situação do Projeto: APROVADO</p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
<p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p> <div style="text-align: center;">  Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL </div>	

ANEXO B

Normas de Formatação do Periódico Physical Therapy

(disponível em: http://ptjournal.apta.org/site/misc/ifora_qualitative_studies.xhtml)



Information for Authors: Requirements for Qualitative Studies

PTJ endorses the *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* put forth by the [International Committee of Medical Journal Editors \(ICMJE\)](#). PTJ follows the *American Medical Association [AMA] Manual of Style*, 10th ed, published by Williams & Wilkins (Baltimore, Md). PTJ promotes "people-first" language. That is, patients and subjects should not be referred to by disability or condition (eg, use "patients who have had a stroke" or "patients with stroke," rather than "stroke patients" or "stroke survivors").

[QUALRES Requirements](#) | [Formatting](#) | [Statistics](#) | [Ethical Approval/Informed Consent](#) |

[Photo/Video Release](#) | [Reprinted Materials](#) | [Related Articles](#) | [Raw Data](#) | [Forms Required at Submission](#) | [Editorial Policies](#) | [Review/Publication Policies](#) |

[Author Assistance](#) | [Submit Manuscript](#)

QUALRES Requirements

PTJ endorses the QUALRES statement (<http://www.qualres.org/HomeGuid-3868.html>). Authors submitting qualitative studies are required to follow these guidelines.

Formatting

All manuscripts must be formatted double-spaced, with pages AND lines numbered. Please use 12-point font. Submit both a masked copy and an unmasked copy. In the masked version, please remove author names and any affiliations within the article.

Sections, in order of appearance: (1) Title page, (2) Abstract, (3) Body of article, (4) Acknowledgments, (5) References, (6) Tables, (7) Figure legends, (8) Figures, (9) Video legends, (10) Appendixes.

Title. Titles should not be vague and should reflect measured variables. For instance, instead of using "physical therapy" to refer to intervention, state specific interventions (eg, "strengthening exercises"). Titles (including

subtitles) should be no longer than *150 characters (including punctuation and spaces)*.

Abstract. Word limit: 275 words. Structure: Background, Objectives, Design, Methods, Results, Conclusions.

Body of Manuscript. Word limit: 5,500 words (excluding abstract and references). Please provide the manuscript word count on the abstract page of your manuscript. Sections: Introduction, Methods, Results, and Discussion. The Discussion section ideally should contain no more than 5 paragraphs and should address:

- statement of principal findings
- strengths and weaknesses of the study
- strengths and weaknesses in relation to other studies, discussing important differences in results
- meaning of the study: possible explanations and implications for clinicians and policymakers
- unanswered questions and future research

Acknowledgments. Acknowledgments should be formal and as brief as possible and limited to recognizing individuals who have made specific and important contributions to the work being reported.

References. Fewer than 50. References should be listed in the order of appearance in the manuscript, by numerical superscripts that appear consecutively in the text. If you use End Notes, please use version 6.0 or higher.

Tables. Tables should be formatted in Word, numbered consecutively, and placed together.

In tables that describe characteristics of 2 or more groups:

- Report averages with standard deviations when data are normally distributed.
- Report median (minimum, maximum) or median (25th, 75th percentile [interquartile range, or IQR]) when data are not normally distributed.

There should be no more than 6 tables and figures (total). Additional tables and figures can be posted online only.

For more information, see "[Tips for Figures and Tables](#)."

Figures. For peer-review purposes, figures can be attached to the manuscript after the figure legends; however, **figures also should be submitted as separate, high-res graphic files in tif, jpg, eps, or pdf format, with the**

resolution set at a minimum of 300 dpi. The separate image files will help PTJ staff to produce the sharpest images both in print and online. Rule of thumb: the larger the figure (eg, 8.5" × 11"), the better. If electronic formats are not available to you, figures must be submitted as 5" × 7" camera-ready glossies and mailed to the Editorial Office. Figures should be numbered consecutively. For helpful guidelines on submitting figures online, visit [Cadmus Journal Services](#). Lettering should be large, sharp, and clear, and abbreviations used within figures should agree with Journal style. Color photographs are encouraged, in sharp focus and with good contrast.

There should be no more than 6 tables and figures (total). Additional tables and figures can be posted online only.

Appendixes. Appendixes should be numbered consecutively and placed at the very end of the manuscript. Use appendixes to provide essential material not suitable for figures, tables, or text.

Online-Only Materials. PTJ hosts a variety of supplemental data that cannot be published in print or that exceeds allowed word, table, or figure counts. Supplemental files can include tables, figures, appendixes, video clips, PowerPoint files, or Excel spreadsheets.

If a manuscript contains tables or figures that exceed PTJ's maximum, the review team may recommend that some of them appear online only as a PDF. These tables and figures would have the same format and style as those in the final published article.

To help the reader, PTJ recommends that Research Report and Case Report authors submit study protocols, treatment manuals, detailed descriptions of evaluation and intervention procedures, treatment progression algorithms, etc. These can be submitted as online-only tables, figures, appendixes, or video clips. They are reviewed by the editors and Editorial Board and should be submitted at the same time that the manuscript is submitted. The videos can be of patients, procedures, interventions, or any other relevant part of the study or case. (See [Video Central](#) for recent examples.)

Video Requirements. PTJ's preferred format for video clips is MPEG (Moving Picture Experts Group). Because of sophisticated compression techniques, MPEG files are much smaller than other formats for the same quality. These files also are compatible with both Windows Media Player (PC) and QuickTime (Mac). Other acceptable formats include: .mov (QuickTime Movie), .wmv (Windows Media Video), .mp4, and .avi (Audio Video Interleave).

If the manuscript is accepted for publication, **PTJ** staff will convert the video file to MPEG format and it will accompany the final print version of the article online.

File size: To minimize the time it takes for video files to download, the file size of the video should be as small as possible but large enough to still preserve clarity and sharpness.

Minimum dimensions: 320 pixels wide by 240 pixels deep

Maximum length: 5 minutes

Where applicable, include a citation to each video in the manuscript text and include the title (10–15 words maximum) and a legend for the video in the manuscript after the figure captions.

If patients are in the video, either they should not be identifiable or they must give written permission to use the video.

If you have questions about videos, please contact the [Online Editor](#).

Measurements. Please use the International System of Units. (English units may be given in parentheses.)

Equipment manufacturers. For all equipment and products mentioned in the text, place the model name/number and the manufacturer and location (city and state) in parentheses in the text.

In the "Data Analysis" section, specify the statistical software—version, manufacturer, and manufacturer's location—that was used for analyses.

Explanatory footnotes. For any explanatory footnotes, use consecutive symbols (*, †, ‡, §, ||, #, **, ††, ‡‡, §§, ||||, ##).

Statistics

Requirements for addressing clinical relevance. In reporting statistical results, *P* values alone are insufficient. **PTJ** authors are required report the magnitude and/or precision of statistical estimates (eg, 95% CI) to enhance data interpretation and clarify which results potentially have an impact on clinical practice.

Percentages. Report percentages to one decimal place (ie, xx.x %).

Standard deviations. Use "mean (SD)" rather than "mean ± SD" notation. Report confidence intervals (CI) rather than standard errors.

***P* values.** Report exact *P* values to 2 decimal places, except when $P \leq .001$ and in that case $P \leq .001$ is sufficient. *P* values alone are insufficient and must be accompanied with appropriate magnitude and precision estimate.

Ethical Approval of Research and Informed Consent

In the cover letter that is submitted with the manuscript, authors of Research Reports should provide the name of the institutional review board (IRB),

institutional animal care and use committee, or other similar body that approved the study. For those authors who do not have formal ethics review committees, the principles outlined in the [Declaration of Helsinki](#) should be followed, and authors should include a statement within the manuscript (eg, in the "Participants" section) confirming that these principles were followed. Authors also should submit patient consent forms for photographs or videos. Within the manuscript, authors must include a statement in the "Method" section that they obtained informed consent of participants, when required for protection of human subjects.

Photograph and Video Release—Patient Permission

Authors must obtain and submit written permission to publish photographs or post video clips in which patients are recognizable. This statement must be signed by the patient, parent, or guardian.

Reprinted Materials

Authors must obtain and submit written permission from the original sources, in the name of APTA, to publish in their article illustrations, photographs, figures, or tables taken from those sources.

Related Articles

If other articles using the same data set or otherwise related to this manuscript have been published or are under review by other journals, submit a masked copy of the article(s) along with your manuscript.

Raw Data

PTJ works to maintain the highest levels of integrity and accountability. The Editors therefore reserve the right to ask researchers to provide the raw data for their studies during review or at any time up to 5 years after publication in PTJ. This would likely happen only in rare instances, when credibility of the research is brought into serious question.

Forms Required at Submission

[Copyright and Authorship Form](#)

[Conflict-of-Interest and Disclosure Form](#)

Ready to Submit Your Manuscript?

If you've never used [PTJ Manuscript Central](#) as an author or reviewer before, click on **Create a New Account**, and follow the prompts to submit your information and establish a user ID and password. Once you have your user ID and password, login, click on your **Author Center**, and then click on **Submit First Draft of New Manuscript**. You will be prompted to enter data into 10 screens and then upload your manuscript.

If you're a manuscript reviewer or an author who has already used PTJ Manuscript Central, you already have a user ID and password. Login below,

click on **Author Center**, and either click on **Submit First Draft of New Manuscript** (if you are submitting a new manuscript) or **Revised Manuscripts** (only for those who received a manuscript decision of "Accept With Revision" or "Major Revision").

Technical assistance is available by clicking on an icon at the top of the screen; you also may contact Manuscripts Coordinator [Karen Darley](#) or Managing Editor [Jan Reynolds](#) if you have any questions.