

CLÁUDIA FONSÊCA DE LIMA

*Comunicação, ética e assistência
fisioterapêutica à criança queimada*



Recife
2005

CLÁUDIA FONSÊCA DE LIMA

***Comunicação, ética e assistência
fisioterapêutica à criança queimada***

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente do Departamento Materno Infantil do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora:

Prof^a Dra. Maria Clara Feitosa Albuquerque

Co-Orientadora:

Prof^a. Dra. Virginia Leal

**RECIFE
2005**

Lima, Cláudia Fonsêca de
Comunicação, ética e assistência fisioterapêutica
à criança queimada / Cláudia Fonsêca de Lima. –
Recife : O Autor, 2005
127 folhas : il., fotos.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal
de Pernambuco. CCS. Saúde da Criança e do
Adolescente, 2005.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Fisioterapia – Crianças queimadas . 2. Relação
terapeuta/paciente/família – Comunicação e bioética.
3. Adesão ao tratamento – Veste de compressão
elástica. I. Título.

615.8
615.82

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
BC2005-496

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
REITOR

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR DA PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Celso Pinto de Melo

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

COORDENADOR DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

DEPARTAMENTO DE MATERNO INFANTIL

CHEFE

Prof. Salvio Freire

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

COLEGIADO

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima (Coordenadora)
Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho (Vice-Coordenadora)
Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva
Profa. Dra. Emília Pessoa Perez
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira
Prof. Dr. Ricardo Arraes de Alencar Ximenes
Profa. Dra. Mônica Maria Osório de Cerqueira
Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho
Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho
Profa. Dra. Maria Clara Albuquerque
Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann
Profa. Dra. Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima
Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Profa. Dra. Luciane Soares de Lima
Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Cristiana Maria Macedo de Brito (Representante discente)

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento

Título:

*Comunicação, ética e assistência fisioterapêutica à criança
queimada*

Nome: Cláudia Fonsêca de Lima

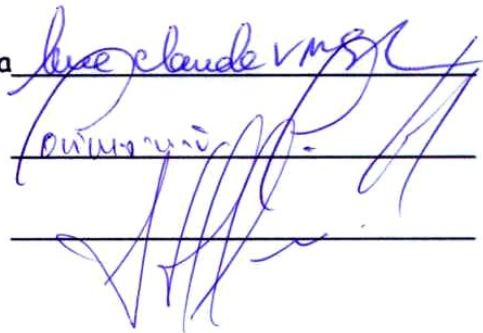
Tese aprovada em: 30 / 05 / 05

Membros da Banca Examinadora:

– Ana Cláudia Vasconcelos M. de S. Lima

– Josimário João da Silva

– José Thadeu Pinheiro

Three handwritten signatures in blue ink are positioned over three horizontal lines. The first signature is 'Ana Cláudia Vasconcelos M. de S. Lima', the second is 'Josimário João da Silva', and the third is 'José Thadeu Pinheiro'.

**Recife
2005**

Dedicatória

***Aos meus pais, Clímaco e Idelzuite, por todo carinho,
amor, atenção e incentivo nessa caminhada...***

Agradecimentos

A Deus, razão maior da minha existência, que me inspira e sustenta nos momentos mais decisivos da vida.

À Espiritualidade amiga pelas boas inspirações em todos os momentos difíceis.

Aos meus pais, Clímaco e Idelzuite, que me criaram com muito amor e bem souberam me conduzir nos caminhos desta existência terrena.

Às minhas queridas irmãs, Tininha, Mima e Lulu e ao meu cunhado Raul por todo carinho, incentivo e ajuda.

À minha avó, tias, tios, primas, primos e amigos pela torcida e incentivo.

À minha orientadora, Maria Clara Albuquerque, e à co-orientadora, Virgínia Leal, pela acolhida, por todo o empenho, pela paciência que tiveram em todos os momentos, pelo apoio, pela disponibilidade e especialmente por me proporcionarem novos conhecimentos em temas antes desconhecidos.

A todos os professores do mestrado pelos novos conhecimentos adquiridos.

Às professoras Cristina Sampaio e Luciane Soares pelas valiosas contribuições fornecidas durante a pré-banca.

Aos colegas do mestrado, em especial à Linda Délia, à Jacira e à Valéria que ao longo do caminho tornaram-se amigas muito queridas.

A Paulo que, com sua paciência e dedicação, muito contribuiu nas etapas finais deste trabalho.

Às crianças queimadas e suas mães pela disponibilidade em participarem do estudo.

Aos colegas do Hospital da Restauração e da Terapia e Movimento pelo apoio, torcida e incentivo durante todas as fases deste trabalho.

Aos colegas do Centro Espírita Batuíra pelas orações e vibrações carinhosas.

"Ser um bom profissional significa, antes de mais nada, saber interagir com o paciente, quer dizer, tratá-lo dignamente no seu corpo e respeitar os seus valores, crenças e desejos, o que torna o exercício profissional do cuidado à saúde uma tarefa difícil e às vezes conflitante."

KIPPER & CLOTET, 1998

Sumário

	p.
RESUMO	10
ABSTRACT	12
1 - INTRODUÇÃO	14
2 – REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 Os quatros princípios da ética biomédica	24
2.2 A comunicação na relação terapêutica	30
2.3 Habermas e a ética comunicativa	37
2.4 A relação entre o terapeuta, o paciente e sua família	39
2.5 A criança queimada, o uso das vestes de compressão elástica e a comunicação na relação terapêutica como fator de adesão ao tratamento	42
3 – JUSTIFICATIVA	50
4 – PRESSUPOSTO DO ESTUDO	53
5 – OBJETIVOS	55
5.1 Objetivo geral	56
5.2 Objetivos específicos	56
6 – MÉTODO	57
6.1 Trajetória metodológica	58
6.2 Local do estudo	60
6.3 Procedimentos éticos	62
6.4 Sujeitos em estudo / tamanho da amostra	63

6.5 A coleta de informações	p. 68
6.5.1 O instrumento de coleta	68
6.5.2 O roteiro da entrevista	70
6.5.3 A entrada no campo	71
6.6 Análise dos dados	72
 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	 74
 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 110
 9 REFERÊNCIAS	 114
 10 ANEXOS	 121

Resumo

A queimadura é uma lesão grave e assustadora que apresenta alta incidência em crianças na faixa etária de 0 a 12 anos. O tratamento fisioterapêutico, que é iniciado na hospitalização e prossegue em nível ambulatorial, objetiva prevenir, minimizar ou tratar a cicatrização patológica, causadora de distorções estéticas e comprometimento das funções motoras do paciente. Dentre os vários recursos fisioterapêuticos utilizados, a veste de compressão elástica tem sido considerada, por muitos autores, como a forma mais eficaz de tratamento e prevenção dessas seqüelas. Da dificuldade em conseguir a adesão das crianças queimadas, em atendimento em um Ambulatório de Fisioterapia de um hospital da rede pública da cidade do Recife -PE, ao uso das vestes compressivas, e considerando que o processo de adesão ao tratamento está relacionado com o vínculo de confiança que se estabelece entre o terapeuta, o paciente e a família, surgiu a idéia de realizar esta pesquisa. Este vínculo se inicia no primeiro contato do profissional de saúde com o paciente através de uma relação terapêutica respeitosa que, no contexto da Bioética, compreende o agir eticamente correto visando à beneficência do ato terapêutico sem agredir a autonomia do paciente. A comunicação, não entendida como mero instrumento de transmissão de informações, mas como atividade interativa, assume papel importante nesse processo. Partindo desses pressupostos, buscou-se refletir sobre a comunicação na relação terapeuta-paciente-família e compreender qual a sua relação com o processo de adesão dessas crianças ao tratamento com as vestes compressivas. A pesquisa foi desenvolvida à luz do método clínico-qualitativo proposto por Turato (2003), considerando ainda algumas contribuições da Análise do Discurso. O instrumento de coleta de dados foi a

entrevista semi-estruturada com as crianças e suas mães. Os resultados demonstraram que a comunicação na relação terapeuta-criança queimada-família favorece a adesão a este tratamento, uma vez que, é através do diálogo que o profissional conhece o nível de satisfação dos pacientes e familiares com o tratamento, os desconfortos que provoca e assim, pode buscar solucionar ou minimizar os problemas que possam dificultar tal adesão. Conclui-se que o diálogo deve ser considerado como a ponte que diminui a relação assimétrica entre o profissional de saúde, o paciente e sua família e que a Bioética fornece vasto referencial teórico sobre o tema para que o profissional possa refletir sua prática cuidadora e aprimorar a qualidade da relação terapêutica.

Unitermos: comunicação; bioética; relações profissional-paciente; queimaduras; cooperação do paciente.

Abstract

Burn is a serious and frightening injury that shows its highest incidence between the ages of 0 to 12 years. The physiotherapeutic treatment, which starts with hospitalization and carries on in clinic level, aims to prevent, minimize or treat the pathologic scars that cause physical distortion and compromise the movement function of the patient. Among various physiotherapeutic resources used, the elastic compression vest has been considered by many authors as the most efficient method of treatment and prevention from these injuries. From the difficulty of getting acceptance from the burn children to the use of the compression vest, children who are having treatment in the Ambulatory of Physiotherapy, at the Restauração Hospital, and considering that this acceptance to the treatment is related to the bond of trust that is established among the physician, the patient and family, is that the idea of making this research occurred. This bond starts in the first contact of the professional of health with the patient through a respectful therapeutic relationship that, in the context of the Bioethic means to act correctly aiming the beneficence of the therapeutic act without breaking the autonomy of the patient. Communication has an important role in this process. Taking this into consideration, we will aim to reflect through the Bioethics view point on the communication in the relation of the physician-patient-family, and to understand what is its relation with the process of acceptance of these children to the treatment with the compression vests. From these presuppositions, one searched to reflect on the communication in the relation therapist-patient-family and to understand which is its relation with the process of adhesion of these children to the treatment with compression garments. The research was developed to the light of the physician-qualitative method offered by

Turato (2003), considering still some contributions of the Analysis of the Discourse. The instrument of collection of data was the interview half-structuralized with the children and their mothers. The results had demonstrated that the communication in the relation therapist-burnt child- family favors the adhesion to this treatment, once, it's through the dialogue that the professional knows the level of satisfaction of the patients and relatives with the treatment, the discomforts it provokes and thus, can search to solve or minimize the problems that can make it difficult such adhesion. One concludes that the dialogue must be considered as the bridge that diminishes the anti-symmetrical relation between the professional of health, the patient and its family and that the Bioethic supplies vast theoretical references on the subject so that the professional can reflect its own care practice and improve the quality of the therapeutic relation.

Key words: communication; bioethics; professional-patient relations; burns; patient compliance.

1 - INTRODUÇÃO



1 - Introdução

A comunicação é um tema amplamente estudado pelas mais diversas áreas do conhecimento. A razão de tamanho interesse advém do fato de ser ela a forma pela qual os seres humanos se relacionam entre si e com o meio ambiente desde a mais tenra idade.

No dicionário da língua portuguesa a comunicação é definida como “um processo de emissão e recepção de mensagens por meio de métodos e/ou sistemas convencionados. É a capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, com vistas ao bom entendimento entre pessoas” (FERREIRA, 2000, p.170).

Para os filósofos, de um modo geral, a palavra ‘comunicação’ é proveniente do latim *communicatio*, de *communicare*, e significa “estar em contato com”, “pôr em comum” (CLÈMENT et al, 1997, p.65). Enquanto Schramm (2001, p.27), numa tentativa de unir o aspecto instrumental de troca de informações e o aspecto existencial de interrelação entre seres, considera a comunicação, num sentido mais amplo, como um “diálogo entre subjetividades que fazem a experiência do mútuo reconhecimento no auto-conhecimento, do ser simultaneamente si mesmas e seres para outros seres”.

Por sua vez, na lingüística, área do conhecimento dedicada aos estudos da lingua(gem), a palavra comunicação traduz uma determinada concepção de linguagem como código a qual, nos dias atuais, foi questionada pelas teorias que tratam a linguagem como interação, como atividade sócio-histórica. Assim, nessa concepção mais atual, baseada nos estudos de Bakhtin (1979), a comunicação

compreende o uso da linguagem na interação entre sujeitos e subjetividades, ou seja, remete a uma concepção dialógica, interacional.

Nessa concepção interacional ou dialógica da linguagem “os sujeitos são vistos como atores/construtores sociais” e o conteúdo do que é falado durante o diálogo que se estabelece é construído tendo como “pano de fundo, o contexto sociocognitivo dos participantes da interação” (KOCH, 2002, p.17).

No dizer de Koch (2002, p.17) a partir dessa visão dialógica da comunicação, a compreensão do que é dito “deixa de ser entendida como simples ‘captação’ de uma representação mental ou como a decodificação de mensagem resultante de uma codificação de um emissor”:

“Ela é, isso sim, uma atividade interativa altamente complexa de produção de sentidos, que se realiza, evidentemente, com base nos elementos lingüísticos presentes na superfície textual, e na sua forma de organização (...)” (KOCH, 2002, p.17).

Nesse estudo, embora não se tome a comunicação como um código, um instrumento para a transmissão de informações, será mantido o uso da palavra comunicação, por ser de largo uso na literatura médica em geral, redefinindo-a, contudo, como diálogo/interação entre sujeitos que se inter-relacionam em práticas sociais concretas.

Assim considerada, a comunicação não só facilita como constitui o relacionamento interpessoal levando as pessoas a compartilharem experiências, idéias e sentimentos, influenciando-se mutuamente e modificando o ambiente que as cerca (DIAZ BORDENAVE, 2004).

Todavia no âmbito do relacionamento interpessoal que se estabelece entre o profissional de saúde, o paciente e sua família, a comunicação tem sido tema de debate ao longo dos tempos, principalmente diante das dificuldades relacionadas à compreensão do que é dito.

Este tema adquire então singular importância devido à consciência de que a qualidade dessa relação é imprescindível para o bom andamento de qualquer

intervenção terapêutica em saúde, incluindo o processo de adesão a um tratamento proposto.

Sabe-se que o processo de adesão a um programa de tratamento está, de certa forma, relacionado com o vínculo de confiança que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente e, no caso do paciente pediátrico, a família, geralmente representada pela figura materna.

O vínculo de confiança deve ser iniciado desde o primeiro contato do profissional de saúde com o paciente e sua família, através de uma relação terapêutica respeitosa que, na perspectiva da Bioética, compreende o agir eticamente correto visando à beneficência do ato terapêutico sem agredir a autonomia do paciente. E, a comunicação, concebida na perspectiva bakhtiniana, assume papel importante nesse processo.

A Bioética é um termo relativamente novo, derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética) e é definida como “o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar” (REICH, 1995, p.xxi).

É considerada “a ética da vida, quer dizer, de todas as ciências e derivações técnicas” que lidam com pesquisa e cuidados de saúde envolvendo seres vivos (LEOPOLDO E SILVA, 1998, p.35). Alguns autores acreditam que ela caracteriza “uma nova sensibilidade humana que leva a cuidar, zelar, promover dignidade humana e qualidade de vida” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002, p.12).

Vários fatos históricos antecederam o surgimento da Bioética. Cita-se por exemplo que, no ano de 1962, na cidade de Seattle, foi criado um comitê, composto de profissionais médicos e não-médicos que representariam as áreas de interesse para o tema e a comunidade, e tinham como missão selecionar pacientes para um programa de hemodiálise recentemente aberto na cidade, uma vez que a demanda de pacientes que necessitavam do tratamento que salvaria suas vidas era muito maior do que a capacidade do serviço de saúde da época de acolhê-los para o tratamento. O comitê recebeu então a difícil tarefa de determinar critérios para

seleção dos pacientes que seriam submetidos ao tratamento. Desta forma, pela primeira vez, representantes de uma comunidade decidiriam sobre a vida e a morte de outras pessoas, prerrogativa até então só reservada aos médicos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

Alguns estudiosos do tema, porém, consideram que a Bioética tenha nascido no final da década de 40 quando da promulgação do Código de Nuremberg¹ em 1948 (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002). Este Código foi elaborado após a Segunda Guerra Mundial em consequência da descoberta de práticas experimentais com seres humanos que eram conduzidas por médicos e cientistas nazistas, desprovidas de quaisquer parâmetros de respeito pela dignidade humana (LEOPOLDO E SILVA, 1998).

O Código de Nuremberg consiste na criação de normas básicas a serem seguidas pelos pesquisadores e cientistas quando da experimentação envolvendo seres humanos. Em linhas gerais, tais normas determinam ser indispensável o consentimento voluntário do sujeito da pesquisa, e preserva sua liberdade em se retirar da mesma a qualquer momento. Estabelece também a necessidade de estudos prévios em laboratórios e em animais, a análise dos riscos e benefícios do experimento proposto e a adequada qualificação científica do pesquisador (FREITAS; HOSSNE, 1998; LEOPOLDO E SILVA, 1998).

A criação deste Código não foi suficiente para impedir o grande número de pesquisas eticamente inadequadas envolvendo seres humanos, e em 1964, na 18ª Assembléia da Associação Médica Mundial, ele foi revisto e complementado pela Declaração de Helsinque² (FREITAS; HOSSNE, 1998) a qual deixa bem claro a necessidade de respeitar a dignidade humana quando diz que “os interesses do indivíduo devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade”. Esta declaração parte do princípio básico de que “há direitos humanos, que se situam acima de qualquer outro interesse”, o que torna injustificável expor qualquer ser humano a situações consideradas cruéis ou degradantes (LEOPOLDO E SILVA, 1998, p.34).

¹ Para conhece-lo na íntegra, sugere-se consulta ao livro texto: Problemas Atuais de Bioética – Leo Pessini e Christian de Paul de Barchifontaine. 6.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 449-50.

² Para maiores informações consultar o livro texto: Problemas Atuais de Bioética – Leo Pessini e Christian de Paul de Barchifontaine. 6.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 451-6.

Independente dos acontecimentos que lhe antecederam, conta-se que o termo Bioética, historicamente, foi usado pela primeira vez no ano de 1971 em Madison, na Universidade de Wisconsin, pelo cancerologista norte-americano Van Rensselaer Potter com a publicação da obra **Bioethics: a Bridge to the Future** (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998), mesmo considerando que em Washington, no mesmo ano, o pesquisador André Hellegers tenha se referido ao termo *bioethics* no Instituto Kennedy (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

Originalmente Potter focalizava a Bioética “como uma questão ou um compromisso mais global frente ao equilíbrio e preservação da relação dos seres humanos com o ecossistema e a própria vida do planeta” (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p.15).

Em síntese, a Bioética surge como movimento na década de 70 (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002). Em 1979, a partir da publicação do livro **The Principles of Biomedical Ethics** da autoria de Tom Beauchamp e James Childress, ela difunde-se e sedimenta-se no meio científico (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998), na década de 80 se expande pela Europa e na década seguinte, pela Ásia, América do Sul e Caribe (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

A obra de Beauchamp e Childress pautou a Bioética no final dos anos 70 e início dos anos 80 sob a perspectiva do “principialismo”. Nessa linha de pensamento a Bioética desenvolve-se a partir de quatro princípios básicos: beneficência e autonomia, que são de caráter teleológico³, e não-maleficência e justiça, de caráter deontológico⁴ (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998).

O paradigma principialista é um dos modelos de análise teórica mais divulgados da Bioética. Na visão de Beauchamp e Childress não existe hierarquia entre esses princípios que têm *prima facie*⁵ e quando entram em conflito “a situação em causa e suas circunstâncias é que indicarão o que deve ter precedência”. É um modelo que tem ampla aplicação na prática clínica “com resultados bastante

³ Teleológico diz respeito à finalidade ou às causas finais.

⁴ Deontológico é relativo aos deveres ou às normas morais.

⁵ Os princípios *prima facie* são aqueles considerados obrigatórios numa primeira consideração.

positivos em relação ao respeito pela dignidade da pessoa” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002, p. 34-35).

No Brasil, desde os anos 90, a Bioética vem evoluindo e ganhando força tanto como movimento quanto como disciplina junto às entidades públicas e privadas. Em 1993, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publica o primeiro periódico especializado no tema, intitulado **Bioética**. Em 1995 é fundada a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), “por iniciativa privada de profissionais de várias áreas” e em 1996, o Ministério da Saúde cria a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), a partir da Resolução 196/96, que regulamenta normas e diretrizes para a pesquisa envolvendo seres humanos (ALBUQUERQUE, 2002, p.10).

Atualmente, em nosso país, a corrente principialista da Bioética é bastante utilizada para analisar questões relacionadas ao cuidado da saúde e é baseada neste paradigma que a relação terapêutica respeitosa compreende o agir eticamente correto, visando a beneficência do ato terapêutico sem agredir a autonomia do paciente.

Nesse contexto, o ato de fazer o bem terapêuticamente diz respeito ao princípio da beneficência, que, segundo Kipper (2002, p. 14-15), na área de cuidados com a saúde, significa fazer o melhor pelo paciente, tanto do ponto de vista técnico-assistencial como do ponto de vista ético e usar “todos os conhecimentos e habilidades profissionais a serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios do procedimento a realizar”. O profissional que age de acordo com este princípio realiza ações positivas para beneficiar seu paciente e avalia a utilidade do ato terapêutico pesando benefícios *versus* riscos e/ou custos.

Entretanto, um ato terapêutico para ser beneficente deve ser realizado quando o paciente e sua família consentirem com o mesmo; assim o profissional age respeitando sua capacidade de decidir autonomamente. Não agredir ou respeitar a autonomia do paciente é, na prática assistencial, o que embasa a aliança terapêutica entre o profissional de saúde e seu paciente e a necessidade de consentimento para a realização de diagnósticos, procedimentos e tratamentos. É fornecer ao paciente

informação adequada com o intuito de tornar o seu problema compreensível, de forma que ele possa tomar uma decisão acertada a respeito do tratamento (KIPPER, 2002).

Contudo, deve-se considerar que a comunicação com o paciente, no sentido dialógico, engloba muito mais do que apenas transmitir informações de forma compreensível. O profissional de saúde deve desenvolver também a habilidade de ouvir e perceber o outro, seu paciente, considerando e respeitando as suas crenças e valores.

A partir dessas ponderações, e da compreensão de que a queimadura é uma lesão assustadora tanto para a criança, como para seus pais, percebe-se que a comunicação entre o fisioterapeuta, a criança queimada e sua família, torna-se necessária, desde o primeiro encontro terapêutico, quando se pretende iniciar uma relação terapêutica humanizada.

O atendimento fisioterapêutico à criança queimada e sua família inicia-se precocemente desde os primeiros dias de hospitalização e continua em nível ambulatorial por um período variável de seis meses a dois anos ou mais dependendo da gravidade da lesão e da disfunção motora provocada pela mesma.

Na fase ambulatorial, o objetivo primordial da fisioterapia é minimizar ou tratar a cicatrização patológica caracterizada pelas cicatrizes hipertróficas, pelos quelóides, pelas retrações e pelas bridas cicatriciais (Anexo 1) que, quando não tratadas precocemente, provocam nas crianças graves distorções estéticas e deformidades ósteoarticulares incapacitantes sob o ponto de vista funcional. Essas cicatrizes provocam também extremo desconforto provocado pelas dores e pelo prurido.

Para o tratamento eficaz da cicatrização patológica a literatura tem preconizado, desde a década de 70, o uso das vestes de compressão elástica (Anexo 1), após a cicatrização das feridas, durante um período de dois anos por um tempo diário de 22 horas. Na prática assistencial a essas crianças observa-se a grande dificuldade em conseguir a adesão a esse tratamento, o que tem

determinado o aparecimento ou agravamento da cicatrização patológica e de seus sintomas.

Nesse contexto a não adesão ao tratamento está caracterizada pelo abandono do tratamento compressivo ou pela recusa da criança em usar a veste compressiva pelo tempo diário recomendado.

A literatura aponta vários fatores que podem influenciar a adesão ou não a um tratamento proposto. Nesse trabalho, serão enfatizados alguns aspectos da comunicação que se estabelece no processo terapêutico, considerando que, na perspectiva da Bioética, o diálogo é um ponto importante a ser observado na relação terapêutica pautada no princípio da alteridade.

A aplicação do princípio da alteridade na prática assistencial, ou seja, a percepção do outro “como referência para os valores éticos e morais” (SADALA, 1999, p.355) pode ser particularmente sentido no que se refere à autonomia, quando o profissional de saúde “reconhece que o paciente é dono do seu próprio corpo, e sujeito do seu cuidado”. Logo, na relação terapêutica pautada no princípio da alteridade, o profissional de saúde deixa de ver o paciente como um ser passivo, sofredor e incapaz e passa a contemplá-lo como um semelhante. Desta forma, interage com ele de forma o mais simétrica possível através de uma relação dialógica (SADALA, 1999, p.357).

A partir destes pressupostos, pretende-se realizar uma breve revisão da literatura acerca da comunicação na relação terapêutica nas perspectivas da Bioética e da Lingüística, relacionando-as com a assistência fisioterapêutica à criança queimada e sua família, mais especificamente, com o processo de adesão ao tratamento ambulatorial com as vestes de compressão elástica.

2 - REVISÃO DA LITERATURA



2 – Revisão da Literatura

2.1 Os quatro princípios da ética biomédica

Na perspectiva da Bioética, mais especificamente no modelo principialista norte-americano de Tom L. Beauchamp e James F. Childress, a comunicação plena na relação terapeuta-paciente-família é desejada porque a argumentação possibilita a autonomia da formação da vontade e neutraliza o desequilíbrio do poder entre os falantes durante a interação.

O modelo principialista da Ética Biomédica teve suas origens nos Estados Unidos ao final da década de 70.

Nos anos 60 e 70, diante dos avanços e da natureza inovadora da moderna ciência biomédica, que trabalha num meio social “que exige dos cientistas produtividade constante e originalidade consistente”, vários abusos cometidos contra seres humanos em estado de vulnerabilidade foram denunciados (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002, p.22-23).

Dentre as várias denúncias, destacaram-se:

“(1) em 1963, no Hospital Israelita de doenças crônicas de Nova York, foram injetadas células cancerosas vivas em idosos doentes; (2) entre 1950 e 1970, no hospital estatal de Willowbrook (NY), injetaram hepatite viral em crianças retardadas mentais; (3) desde os anos 1940, mas descoberto apenas em 1972, no caso de Tuskegee study no estado do Alabama, foram deixados sem tratamento 400 negros sífilíticos para pesquisar a história natural da doença. A pesquisa continuou até 1972, apesar da descoberta da penicilina em 1945”. Tais situações resultaram em escândalos que “mobilizaram a opinião pública e exigiram a regulamentação ética” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 9-10).

Em meados da década de 60, Henry Beecher, professor de Anestesiologia na Escola Médica de Harvard, publicou um artigo no **New England Journal of Medicine** intitulado “Ética e Pesquisa Clínica”. Neste artigo, o autor denunciou vários procedimentos eticamente incorretos realizados em pesquisas com seres humanos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002, p.22-23).

A partir destes fatos, o presidente dos Estados Unidos da América resolveu criar uma Comissão Presidencial de Proteção dos Sujeitos Humanos diante da pesquisa biomédica e comportamental, para avaliar as denúncias, devido à “preocupação pública com o controle social da pesquisa em seres humanos” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 9-10). Esta Comissão, de 1974 a 1978, reuniu especialistas de várias disciplinas e fez várias consultas à opinião pública para a elaboração de um documento visando a proteção dos sujeitos na pesquisa biomédica. Este documento foi intitulado *Belmont Report* ou Relatório Belmont (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002, p.22-23).

Vale ressaltar que o Relatório Belmont elaborou regras para regulamentar as questões éticas apenas nas pesquisas envolvendo seres humanos, sem qualquer referência às questões éticas da prática clínica e assistencial. Até então tais questões eram vistas pelo enfoque dos códigos de ética e juramentos de cada profissão da área de saúde.

A partir do Relatório Belmont, Beauchamp e Childress em 1979 lançam a obra clássica **The Principles of Biomedical Ethics** que deu origem ao modelo principialista da ética biomédica a ser aplicada na prática clínico-assistencial (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002)⁶.

O modelo principialista, como já citado anteriormente, é bastante utilizado e difundido, apresentando como pilares quatro princípios básicos que não têm prioridade um sobre o outro, nem caráter absoluto e devem nortear as relações entre profissionais de saúde e pacientes: Não-Maleficência, Beneficência, Justiça e Respeito à Autonomia do paciente (KIPPER, 2002).

⁶ Versão em português da obra.

O princípio da Não-Maleficência preconiza que é dever do profissional de saúde não causar dano intencional ao paciente. Muitos o consideram “o princípio fundamental da tradição hipocrática da ética médica” e em sua versão latina *primum non nocere* (acima de tudo não causar dano) representa o dever profissional que se não for cumprido determina imperícia ou negligência do profissional de saúde (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.209; KIPPER, 2002, p. 13-14).

O princípio da Beneficência, por sua vez, “obriga o profissional de saúde a ir além da não-maleficência (não causar danos intencionalmente) e exige que ele contribua para o bem-estar dos pacientes” através de ações preventivas, positivas e que promovam o bem-estar físico, emocional e mental do paciente (KIPPER, 2002, p. 14-15).

O princípio da Justiça diz respeito à necessidade de uma distribuição justa de assistência à saúde da população. “Nesse contexto, o conceito de justiça deve fundamentar-se na premissa de que as pessoas têm direito a um mínimo decente de cuidados com sua saúde” (KIPPER, 2002, p. 16-17).

E, finalmente, o princípio do Respeito à Autonomia que, na prática assistencial, requer do profissional de saúde a consciência de que o paciente tem o direito de “ter seus pontos de vistas e opiniões, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus valores e convicções” (KIPPER, 2002; p. 15-16).

O respeito à autonomia é um fenômeno recente que vem historicamente conquistando seu espaço e “deslocando pouco a pouco os princípios da beneficência e da não-maleficência como prevalentes nas ações de assistência à saúde”. Desde a década de 60 os indivíduos vêm tomando consciência da sua condição de seres autônomos devido aos movimentos de defesa dos direitos de cidadania, especialmente do direito à saúde e da humanização dos serviços de saúde (MUÑOZ; FORTES, 1998, p.57-58).

No Brasil, este movimento vem se ampliando desde os anos 80, ocasião em que os códigos de ética profissional tentam estabelecer uma relação dos profissionais com seus pacientes, resguardando ao paciente o direito de decidir

livremente sobre a execução de práticas diagnósticas e terapêuticas, salvo em situações de iminente perigo de morte, e o direito de receber dos profissionais de saúde informações a respeito da doença e seu tratamento (MUÑOZ; FORTES, 1998).

Este princípio é tido como um dos pilares mais debatidos da Bioética, causa de grandes polêmicas entre o dever e o fazer ético. Sua relevância é indiscutível por que diz respeito à afirmação da cidadania – “causa ética da emancipação do sujeito em direção à sua autodeterminação” (FERRAZ, 2001, p.73).

Na relação terapeuta-paciente um dos problemas de maior relevância se refere à definição de quem deve decidir a respeito de um procedimento diagnóstico ou terapêutico; se o profissional porque é preparado na arte de curar, ou o paciente porque é dono de seu próprio corpo e deve decidir o que quer para si (MUÑOZ; FORTES, 1998).

Principalmente quando o paciente é pediátrico, este impasse é normalmente resolvido através da autorização dos pais ou responsáveis legais ou da atitude paternalista adotada pelos profissionais de saúde que o assistem, e que de um modo geral não consideram a vontade da criança.

O paternalismo, de acordo com Muñoz e Fortes (1998, p.61-62), configura-se como a interferência do profissional de saúde sobre a vontade da pessoa autônoma, mediante ações referentes exclusivamente ao bem-estar, alegria, necessidades, interesses ou valores do paciente. Alguns estudiosos consideram que o paternalismo existente na interação terapeuta-paciente seja uma característica relacional básica que diferencia o contrato terapêutico de outras relações contratuais. Porém, esses autores têm posição contrária a tais considerações e acreditam que muitas vezes as condutas paternalistas “são fruto do autoritarismo de nossa sociedade, expresso nas relações do sistema de saúde”. Portanto, aceitam atitudes paternalistas apenas em casos de autonomia reduzida devendo prevalecer os princípios da beneficência e da não-maleficência.

Para esses autores, as crianças são portadoras de autonomia reduzida transitória uma vez que, “o ser humano não nasce autônomo, torna-se autônomo” e para isto é necessário o amadurecimento de variáveis estruturais biológicas, psíquicas e sócio-culturais (MUÑOZ; FORTES, 1998, p.59).

Entretanto, mesmo nestes casos, deve-se atentar para o fato de que o princípio da beneficência tem seus limites e que, segundo Kipper e Clotet (1998, p.48), o profissional de saúde não deve exercê-lo de maneira absoluta, pois “este tipo de conduta aniquilaria a manifestação da vontade, dos desejos e dos sentimentos do paciente”.

Mesmo o paciente pediátrico menor de 16 anos, considerado pelo Art. 3º da Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002 do Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2003) como um ser absolutamente incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil, merece ser respeitado como pessoa e ter assegurado seus direitos de cidadania.

Neste contexto de respeito ao outro, o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8.069/90 (BRASIL, 2000, p.18-19) faz as seguintes citações:

“Capítulo II – Do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade”:

Art. 15. “A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis”.

Art. 17. “O direito de respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”.

Art. 18. “É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”.

Atento a tais regulamentos e às questões éticas relacionadas ao respeito à dignidade do ser humano, Kipper (2002) sugere que, à medida que a criança vai crescendo e se desenvolvendo, o profissional de saúde deve gradualmente incluí-la no processo de tomada de decisão junto com seus pais ou responsáveis, ou seja, a criança ou adolescente que ainda não tenha adquirido capacidade jurídica para tomar decisões autônomas deve ser consultada para dar seu assentimento em relação aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à recuperação de sua saúde.

Para tanto, o profissional de saúde deve ajudá-lo a compreender a natureza de sua condição física e quanto ao que pode ou deve esperar dos exames e tratamentos propostos, utilizando uma linguagem apropriada ao seu grau de desenvolvimento. O profissional deve avaliar clinicamente o que o menor compreende de sua situação e se existem fatores externos que possam estar influenciando suas respostas, inclusive coações para que aceite os procedimentos (KIPPER, 2002).

Leone (1998) propõe que ao analisarmos a capacidade de autonomia de uma criança ou adolescente levemos em consideração a evolução de suas competências nas diferentes idades.

Este autor sugere que, para analisarmos a autonomia do menor, centrando-nos nas particularidades do desenvolvimento global do ser humano, três pontos potencialmente limitantes a este processo precisam ser considerados (LEONE, 1998, p.52):

- a necessidade de abdicar de conceitos pré-estabelecidos tais como a atitude paternalista que nos induz à certeza de que a criança e o adolescente são seres incapazes e indefesos e que todos os adultos fazem tudo, o tempo todo, visando aos seus benefícios;
- considerar a própria legislação que praticamente nivela todos os menores à mesma condição de incapacidade e cria “a necessidade de se ter figuras aptas a decidir e responder por eles, como se estas figuras fossem sempre e

inevitavelmente imbuídas das melhores intenções em relação à criança e ao adolescente”;

- interpretar o conceito de autonomia à luz da fase de desenvolvimento global em que se encontre o menor, sendo este, na opinião do autor, o ponto mais importante dos três.

Deve-se considerar as diversas características do desenvolvimento global de crianças e adolescentes e observar que este processo evolui continuamente a partir do aperfeiçoamento de novas habilidades, sendo passível de rápidas e extremas mudanças no tempo. É importante saber que a aquisição de competências é progressiva e segue uma ordem pré-estabelecida, que os tempos e o ritmo do desenvolvimento global é individualizado e que, no caso específico da inteligência, seu desenvolvimento “é extremamente influenciável por fatores extrínsecos ao indivíduo: as experiências, os estímulos, o ambiente, a educação, a cultura, etc., o que também acaba por reforçar sua evolução extremamente individualizada” (LEONE, 1998, p.52-53).

Diante desta perspectiva, pode-se afirmar que, ao incluir a criança e o adolescente nas decisões, o profissional de saúde estará “reconhecendo e respeitando as crescentes capacidades de participação e auto-determinação inerentes ao desenvolvimento moral do ser humano” (KIPPER, 2002, p.19).

2.2 A comunicação na relação terapêutica

Esses pressupostos remetem a uma reflexão acerca dos modelos comunicacionais geralmente estabelecidos entre o profissional de saúde, o paciente e sua família, principalmente quando se deseja adotar uma postura profissional pautada na ética e no respeito pela dignidade do ser humano com o qual interagimos nas relações terapêuticas.

A esse respeito, em sua tese de doutoramento, Vasconcellos-Silva, (2003, p.75-82) tipifica os recursos comunicativos existentes entre profissionais de saúde e pacientes apresentando quatro modelos comunicativos: modelo objetivador-instrumental, modelo dialógico-estratégico, modelo monológico-iluminista e, por fim, modelo comunicativo pleno.

No primeiro modelo, o “diálogo” assume características de inquérito e o profissional utiliza táticas para colher, do paciente, dados objetivos pessoais, familiares e sociais, tal como acontece durante a anamnese. Neste modelo não existe interação genuína entre o profissional e o paciente, embora tal procedimento seja considerado pela Semiologia Médica como a “arte de cultivar a confiança do paciente e de sua família”.

Aqui, a linguagem é utilizada apenas como recurso transmissional e não visa o entendimento mútuo, uma vez que ambiciona alcançar respostas objetivas e mais ou menos pré-estabelecidas para caracterizar alguns elementos objetiváveis do adoecer. Tal modelo está presente também nos centros cirúrgicos e unidades de terapia intensiva, onde os profissionais desenvolvem ações que o autor caracteriza como sendo estratégicas, objetivadoras, instrumentais e especializadas, e no processo diagnóstico-terapêutico que é “construído à base de contatos adialógicos instrumentalizados (...)”.

No segundo modelo, predomina o “diálogo”, porém persiste uma tendência de instrumentalização dos atos de fala, uma vez que “as conversações são direcionadas aos estados subjetivos do paciente que excluem a bidirecionalidade do entendimento”. É um modelo que utiliza o discurso como suporte e que trabalha o plano das interpretações e não o dos elementos objetivos.

Segundo o autor, enquanto que o Médico de Família se interessa pelo ambiente, pela família e pelas condições de vida do paciente e interpreta esse meio de acordo com suas próprias percepções, no modelo dialógico-estratégico o profissional se interessa em “como o paciente reinterpreta este mesmo meio”. Este modelo envolve conversações onde as interações se mostram essencialmente assimétricas. Há um resgate dos conteúdos subjetivos, através do diálogo de certa

forma “instrumental”, e investiga-se expectativas, desejos, ansiedades e medos de várias origens.

O autor considera ainda que as “conversações apesar de dialógicas são também instrumentais e teleológicas, ou seja, buscam objetivos estratégicos. Os atos de fala instrumentalizados se prestam à objetivação de subjetividades e experiências de vida”. Um estado emocional é então traduzido em esquemas psicopatológicos para que possam haver as intervenções terapêuticas, e “os ‘diálogos de especialistas’ se institucionalizam em ritos de semi-interlocução, preenchido por inquéritos e discursos assimétricos”.

No terceiro modelo, acredita-se que as mudanças comportamentais dos pacientes são decorrentes exclusivamente do saber científico e da informação que venham a adquirir através de materiais impressos. Embora de grande utilidade para transmitir dados essenciais aos pacientes e familiares, o saber científico e a informação transmitida por tais meios muitas vezes fracassam em neutralizar ansiedades. Neste modelo, o plano é influenciar os indivíduos, porém seus adeptos não utilizam a interação para negociar o sentido do que é falado entre pacientes e equipes de saúde, e a comunicação se dá através de mensagens impressas que o autor denomina de “próteses comunicativas”.

Tais próteses ou informes impressos assumem “a função de transmitir verdades idealizadas como universalmente adequadas”, sendo que “as motivações e interesses do público alvo são idealizadas, independentemente de suas perspectivas particulares reais”. Para o autor, neste modelo o profissional se imagina como “um reservatório de informações científicas” e acredita que tais informações devem ser transmitidas verticalmente através de impressos (folhetos, manuais, cartilhas, etc) para o paciente que é considerado “um receptáculo mudo de identidade”, uma vez que não se considera suas questões subjetivas.

E, no quarto, que corresponde ao modelo comunicativo pleno, profissionais e pacientes entram num acordo, sendo suas falas ajustadas por um reconhecimento intersubjetivo mútuo e simétrico. Para definir tal modelo o autor se baseia no conceito de ação comunicativa proposta por Habermas, onde o

entendimento mútuo através da linguagem acessível é a forma básica de interação. Ao transferir tais conceitos para o contexto hospitalar, mais precisamente para a relação profissional de saúde-paciente-família o autor propõe “a evolução da ação profissional partindo da necessidade de entendimentos e compromissos entre equipes e seus pacientes por intermédio de trocas lingüísticas”. Tal procedimento levaria ao abandono das estratégias de intervenção profissional e à adoção do paradigma de pactos terapêuticos que dependeriam do desenvolvimento de condições ideais para as trocas subjetivas da relação comunicativa.

Este último modelo seria, dentre os quatro apresentados por Vasconcellos-Silva (2003), o mais relacionado à moderna concepção de linguagem proposta por Bakhtin, teórico russo que se dedicou, entre outros temas, aos estudos da interação verbal.

No entanto, é preciso observar que, como diz Brait (1997, p.98), a linguagem, para Bakhtin, assume um caráter dialógico, onde a interação caracteriza-se como um “permanente diálogo, nem sempre simétrico e harmonioso” entre sujeitos que se interrelacionam. Nessa linha de pensamento, o caráter dialógico da linguagem “diz respeito às relações que se estabelecem entre o eu e o outro nos processos discursivos” entre os sujeitos da interação.

Bakhtin elabora a concepção dialógica da linguagem a partir da crítica que faz de duas outras concepções de linguagem que o antecederam: o ‘subjetivismo idealista’ e o ‘objetivismo abstrato’.

O ‘subjetivismo idealista’ considera que a linguagem é a expressão do pensamento individual. Segundo Bakhtin (1979, p.58), nessa corrente de pensamento, a linguagem é um ato de fala de criação individual de forma que “o psiquismo individual constitui a fonte da língua”.

O ‘objetivismo abstrato’, por sua vez, refere-se à linguagem como o uso de códigos do sistema lingüístico, compreendendo traços fonéticos, gramaticais e lexicais da língua. Dessa forma, uma dada língua é compreendida por todos os integrantes de uma mesma comunidade (BAKHTIN, 1979, p.63), ou seja, a

linguagem é concebida como um instrumento de comunicação que utiliza uma padronização de sinais e de códigos pré-definidos.

Bakhtin critica o objetivismo abstrato porque acredita que os indivíduos não podem interagir com a linguagem “como se esta fosse um sistema abstrato de normas” (JOBIM E SOUZA, 1994, p.98). Sua crítica ao subjetivismo idealista, advém da crença de que “não há enunciado isolado, todo enunciado pressupõe aqueles que o antecederam e todos os que o sucederão: um enunciado é apenas um elo de uma cadeia, só podendo ser compreendido no interior dessa cadeia” (JOBIM E SOUZA, 1994, p.99-100).

Entretanto, Bakhtin reconhece a contribuição dessas duas correntes de pensamento, e valoriza “o papel da língua na constituição do universo significante” e a idéia de que “a linguagem funciona diferentemente para diferentes grupos, na medida em que diferentes materiais ideológicos, configurados discursivamente, participam do julgamento de uma dada situação” (BRAIT, 1997, p.99).

Assim, ao elaborar a concepção dialógica da linguagem, Bakhtin acredita que:

“a verdadeira substância da língua não é constituída por um sistema abstrato de formas lingüísticas nem pela enunciação monológica isolada, nem pelo ato psicofisiológico de sua produção, mas pelo fenômeno social da interação verbal, realizada através da enunciação ou das enunciações. A interação verbal constitui assim a realidade fundamental da língua” (BAKHTIN, 1979, p.109).

Compreendida desta forma, a relação comunicativa entre pacientes e profissionais de saúde se dá através de atos de fala. No dizer de Magalhães (2000, p.78-79), os atos de fala “se baseiam em convenções institucionalizadas que regulam o ‘contrato’ entre o ‘eu’ e o ‘tu’” e correspondem ao que “pode e deve ser dito” entre indivíduos durante o processo de interação. Assim, um ato de fala pode desempenhar funções tais como ‘dar uma ordem’, ‘ameaçar’, ‘prometer’, ‘fazer uma pergunta’, etc de acordo com o contexto em que se realiza a interação.

É através dos atos de fala que os membros de uma comunidade desenvolvem competências para compreender as normas de comportamento. Porém, no ambiente hospitalar, as diferenças culturais existentes podem dificultar tal compreensão (VASCONCELLOS-SILVA, 2003).

A este respeito, Helman (2003), na perspectiva da antropologia médica, chama a atenção para o fato de que médicos e pacientes, mesmo que tenham a mesma origem sócio-cultural, vêem os problemas de saúde e avaliam a eficácia dos tratamentos de maneiras muito diversas. Desse modo, a relação que se estabelece entre médicos e pacientes é sempre construída de modo assimétrico.

A perspectiva do médico parte do pressuposto de que uma doença será sempre a mesma doença, independente da cultura ou da sociedade onde apareça. Portanto, sua etiologia, seu quadro clínico e seu tratamento serão sempre os mesmos. Ele valoriza as dimensões físicas da enfermidade. Essa perspectiva exclui as dimensões sociais, culturais e psicológicas dos problemas de saúde e também desconsidera o contexto em que aparecem e o ‘sentido’ da doença para o paciente e seus familiares (HELMAN, 2003).

Já a perspectiva do paciente sobre os problemas de saúde assume maiores proporções e, em seu modelo conceitual⁷, utiliza as mesmas explicações usadas para os infortúnios em geral. A doença é percebida como uma perturbação (illness) que representa “a resposta subjetiva ao mal-estar por parte do paciente e de todos os que o cercam”. Ela inclui tanto a experiência pessoal do problema de saúde como o sentido que o indivíduo dá a ele (HELMAN, 2003, p.114).

Considerando estas concepções de Helman, pode-se esperar que a comunicação plena, através da busca do diálogo simétrico, assume primazia na relação terapêutica. Sadala (1999, p.356) corrobora com tal postura ao afirmar que a pessoa humana é um “ser social, ser de relação destinado a comunicabilidade”.

⁷ Modelo conceitual, no dizer de HELMAN (2003, p.110), são pressupostos que determinam quais fenômenos devem ser investigados e como devem ser verificados e medidos.

Entretanto, cabe ao profissional de saúde refletir se é possível estabelecer o modelo comunicativo pleno durante a assistência ao paciente pediátrico. Helman (2003, p. 136) nos faz acreditar nessa possibilidade ao afirmar que pesquisas recentes na área de antropologia médica indicam que “em geral, as crianças são capazes de reconhecer sintomas anormais e entender muito do que os médicos lhes dizem. Mesmo as crianças de menos idade não são meros expectadores passivos de seus problemas de saúde. Quando apropriado, é importante dar a elas explicações que façam sentido, de acordo com seu único ponto de referência”.

Trakas (1996 *apud* HELMAN, 2003, p.136) conclui que “as crianças que são capazes de se comunicar com aqueles que lhes oferecem assistência médica tornar-se-ão adultos possuidores dessa mesma capacidade”.

No entanto, estudos realizados no âmbito das ciências da linguagem, em especial da Análise do Discurso, chamam a atenção para a impossibilidade constitutiva de uma comunicação plena aqui entendida como a comunicação simétrica entre pacientes e terapeutas. Desse modo, a busca de uma comunicação plena passa pela adoção de estratégias de aproximação (MAGALHÃES, 2000).

Tal conclusão nos remete à questão de que o princípio de respeito à autonomia está “eticamente fundamentado na dignidade da pessoa humana” (KIPPER, 2002 p.15) e deve ser aplicado com regularidade especialmente durante a assistência ao paciente pediátrico.

Segundo Grinberg (2003) quando o médico aplica os princípios da Bioética na sua prática assistencial, torna-se mais fácil a ação comunicativa junto ao paciente.

Por ação comunicativa entenda-se não apenas o ato de colher informações na anamnese ou de informar de maneira compreensível sobre a doença ou o tratamento que se pretende realizar, e sim a ação comunicativa na perspectiva filosófica que, de acordo com Rasco (1998) se baseia em processos sociais de

interação que visam, direta ou indiretamente, ao entendimento e à compreensão mútua entre os sujeitos.

Para alguns filósofos, a comunicação implica o desejo de dialogar e o esforço para argumentar. Tendo seus alicerces na razão, possibilitou a criação de uma ética baseada em seus pressupostos.

2.3 Habermas e a ética comunicativa

Dentre os filósofos que tratam do tema, destaca-se Jürgen Habermas. Este filósofo da modernidade, no início dos anos 70, iniciou seus estudos para fundamentar uma ética baseada nos pressupostos da comunicação, que recebeu a denominação de Ética Discursiva ou Ética do Discurso (VELASCO, 2001).

A Ética do Discurso elaborada por Habermas (1989) propõe uma mudança de atitude na argumentação e remete a uma teoria do agir comunicativo.

Nesta proposta a argumentação “deve evitar que alguns simplesmente sugiram ou mesmo prescrevam aos outros o que é bom para eles” e deve possibilitar “a autonomia da formação da vontade”. Dessa forma, as regras do discurso prático ou diálogo “neutralizam o desequilíbrio de poder e cuidam da igualdade de chances de impor os interesses próprios de cada um” (HABERMAS, 1989, p.92).

Sendo assim, segundo o autor, no agir comunicativo um indivíduo é então, racionalmente motivado pelo outro para proporcionar uma ação de adesão ao que é proposto durante o diálogo. Portanto, para que um falante possa motivar racionalmente um ouvinte a aceitar o que é ofertado em seu ato de fala, o falante garante o que é verdadeiro e correto através do discurso onde apresenta provas ou razões que o validam, e garante a sinceridade do que fala através da consistência do seu comportamento.

No relacionamento interpessoal, há as duas vias de opção. Durante o diálogo, os atores sociais podem adotar um modelo de ação orientado para o sucesso ou um modelo de ação orientado para o entendimento mútuo.

Quando os atores sociais “estão exclusivamente orientados para o sucesso, isto é, para as conseqüências do seu agir, eles tentam alcançar os objetivos de sua ação influenciando externamente, por meio de armas ou bens, ameaças ou seduções, sobre a definição da situação ou sobre decisões ou motivos de seus adversários”. Esse relacionamento é baseado no modelo estratégico de ação e cada pessoa coordena suas ações de acordo com seus interesses pessoais (HABERMAS, 1989, p.164-165).

As formas estratégicas de comunicação baseiam-se, segundo Rasco (1998), na manipulação, na mentira e no engano, destituindo desde o início a confiança na veracidade do falante. Para o autor, esta forma de comunicação traz consigo um desejo de não comunicar e introduz em sua relação com o outro uma forma muito próxima da opressão.

Quando, ao contrário, os atores sociais adotam a teoria do agir comunicativo, eles utilizam o modelo do agir orientado para o entendimento mútuo, no qual “os processos de entendimento mútuo visam um acordo que depende do assentimento racionalmente motivado ao conteúdo de um proferimento”. Isto equivale a dizer que o acordo estabelecido entre os atores sociais não pode ser imposto, nem extorquido através de manipulações e sim através do entendimento e da aceitação do que é falado. Logo, se o ouvinte entende e aceita o que o falante expressa através da fala, eles estabelecem um acordo baseado em convicções comuns (HABERMAS, 1989, p. 165).

Tal fato corresponde ao fenômeno de democratização do discurso que nas palavras de Fairclough (2001, p.248) significa “a retirada de desigualdades e assimetrias dos direitos, das obrigações e do prestígio discursivo e lingüístico dos grupos de pessoas”.

Para Fairclough (2001, p.250), vários são os fatores que devem contribuir para este importante processo de mudança, entre eles a “eliminação de marcadores explícitos de hierarquia e assimetria de poder em tipos de discurso institucional nos quais as relações de poder são desiguais”. O que significa dizer que para que ocorra uma prática discursiva democrática, torna-se necessário eliminar das conversações as formas assimétricas de tratamento, o uso de imperativos, as assimetrias no direito de iniciar o tópico das conversas e de fazer perguntas, e o uso de vocabulário especializado por parte de “participantes poderosos” se esse vocabulário for inacessível aos outros participantes da interação. Tais orientações são parte das chamadas estratégias de aproximação discursiva.

2.4 A relação entre o terapeuta, o paciente e sua família

Dentro do modelo comunicativo desejado entre o profissional de saúde, o paciente e sua família, espera-se que haja um diálogo entre esses sujeitos de forma que cada um ora assuma o papel de falante, ora de ouvinte. Porém, geralmente, o que é presenciado é uma relação assimétrica onde o profissional de saúde exerce sempre o papel de falante e o paciente e sua família, o de ouvintes, caracterizando um diálogo de orientação monológica – para usar uma expressão ligada à lingüística bakthiniana.

Na pediatria, a relação médico-paciente é bastante peculiar e mais complexa. Os médicos pediatras normalmente “se posicionam como orientadores das famílias dos pacientes”, além de considerá-las de grande importância para o “sucesso do tratamento” (MAGALHÃES, 2000, p.118).

Logo, é necessária uma interação comunicativa na qual participam, segundo Zacariotti (2003), o pediatra, o paciente e sua família, geralmente representada pela figura materna, sendo que a interação com a família vai depender, em grande parte, da idade específica de cada paciente.

Para Zacariotti (2003), assim como em outras especialidades médicas, a relação terapeuta-paciente na pediatria é assimétrica e essa assimetria advém do

fato de o médico possuir o saber científico e estar numa posição superior em relação à mãe. Esta geralmente é menos esclarecida, reconhece não possuir o saber do médico e está precisando de ajuda:

“O saber médico é aceito como legítimo e oficial conferindo-lhe um poder que, muitas vezes, manifesta-se através de uma relação de dominação, com práticas autoritárias. Essas práticas, de acordo com a classe social da clientela, podem ir da coerção à persuasão. São as coercitivas tanto mais evidentes quanto menos favorecida for a classe social” (ZACARIOTTI, 2003, p.183).

Segundo Magalhães (2000, p.122), as mães de classe social mais baixa, devido ao nível de escolaridade, na perspectiva da maioria dos médicos, são constituídas como “pessoas incultas e desprovidas de inteligência, precisando ser orientadas a cuidar dos filhos da maneira considerada correta pelos pediatras”. Acreditam ainda que o comportamento materno deva ser “moldado pela prática discursiva médica”.

A esse respeito, Albuquerque (2002, p.50), em sua tese de doutorado, aponta que os médicos adotam postura diferenciada diante dos pais das crianças de acordo com a classe social a qual pertençam. Tal discriminação é percebida pelos pais que, por sua vez, se retraem. Daí a relação comunicativa tornar-se uma relação de poder:

“(...) na qual as manifestações do exercício de cidadania do mais fraco é paralisada, o que demonstra o fato de que o desequilíbrio na relação entre ambos não fica meramente restrito ao domínio do saber médico. Encontra-se, também, demarcada pelo uso do saber como forma de dominação, o que aprofunda a desigualdade social já existente, própria da sociedade de classes”. (ALBUQUERQUE, 2002, p.50).

Entretanto, nas conclusões de seu estudo, Albuquerque (2002, p.64) refere que ao adotar tal postura o médico apóia-se no princípio da beneficência porque “acredita ter não somente o direito, mas o dever de ser paternalista”, e dentro desta perspectiva seu objetivo seria o de “promover, exclusivamente, a cura da doença do paciente, sem se preocupar com a autonomia do mesmo”.

Em relação aos outros profissionais de saúde que lidam com o paciente pediátrico essa premissa também parece ser verdadeira e, durante a interação, tal situação de assimetria descaracteriza o caráter argumentativo da prática discursiva, considerada pelos filósofos como sendo a forma mais adequada de comunicação interpessoal.

Mas afinal qual a finalidade da comunicação na relação entre o profissional de saúde, o paciente e sua família? Não seria o de promover entendimento de forma que eles compreendam o sentido da palavra proferida pelo profissional durante uma consulta, uma orientação domiciliar ou durante um procedimento terapêutico?

O profissional de saúde deve, pois, atentar para o fato de que, segundo Velasco (2001), o entendimento lingüístico de um ato de fala só é alcançado quando o ouvinte consegue entender o falante, acredita na veracidade do que ele fala, aceita a verdade do que é proposto no discurso que ele profere e, por último, considera como correta a norma à qual ele ajusta seu ato de fala.

Nessa concepção, os atos de fala de uma ação comunicativa devem contemplar quatro requisitos: que os sujeitos enunciem claramente suas idéias falando de forma compreensível, que o conteúdo das mesmas não seja falso ou errôneo preservando a verdade do conteúdo enunciado, que a intenção que mova os interlocutores seja sincera, e que a relação assegure o direito de comunicação de cada falante (RASCO, 1998).

Na relação terapeuta-paciente-família, parece que tal situação só é possível de ser alcançada quando profissionais e pacientes atuam dentro do já citado modelo comunicativo pleno elaborado por Vasconcellos-Silva (2003), onde, a partir do conceito de ação comunicativa de Habermas, o entendimento mútuo é apresentado como paradigma social considerando que os atores sociais utilizam a linguagem, expressão completa de nossas representações e pensamentos, como forma básica de interação.

No presente estudo, pretende-se, à luz destas reflexões, buscar compreender o papel da comunicação que se estabelece entre o fisioterapeuta, a criança queimada e sua família, com ênfase no processo de adesão ao tratamento ambulatorial das cicatrizes patológicas com as vestes de compressão elástica.

2.5 A criança queimada, o uso das vestes de compressão elástica e a comunicação na relação terapêutica como fator de adesão ao tratamento

Considerando que a queimadura é uma lesão grave e extremamente dolorosa, o atendimento à criança queimada, durante todas as fases do tratamento, exige da equipe de saúde competência e sensibilidade. Competência para tomar as decisões terapêuticas cabíveis e necessárias em tempo hábil, diante da gravidade da lesão, e sensibilidade para compreender que esta lesão é assustadora e seu tratamento extremamente agressivo tanto para a criança como para sua família⁸.

Segundo a literatura mundial, esta lesão apresenta alta incidência em crianças na faixa etária de 0 a 12 anos e estudos realizados no Brasil (ROSSI et al, 1998; BARRETO, 2003) confirmam estes achados.

As lesões térmicas em crianças, na maioria das vezes, ocorrem acidentalmente no ambiente doméstico e os agentes etiológicos mais comumente associados a tais acidentes são a escaldadura por líquidos aquecidos, principalmente em menores de três anos de idade, e o álcool em combustão, nas crianças maiores (ROSSI et al, 1998; SERRA, 1997).

Segundo Costa (1999), a criança queimada sente-se angustiada e essa angústia retrata a perda concreta da pele, órgão de proteção e delimitação do corpo que foi lesado e que precisa de cuidados. A queimadura é sentida como uma lesão agressiva e violenta tanto para a criança como para seus pais.

⁸ A família está representada pelos pais ou responsáveis legais pela criança

A equipe de saúde considerando então a situação traumática que está sendo vivenciada, desde o primeiro momento, deve estabelecer com a criança e sua família uma relação terapêutica baseada no respeito, na escuta e no diálogo. Dessa forma, cria-se um vínculo de confiança que será de grande utilidade em todas as fases do tratamento.

O fisioterapeuta, como membro integrante desta equipe, inicia sua atuação desde a hospitalização, objetivando prevenir a retração cicatricial e manter as amplitudes do movimento articular, uma vez que a criança queimada, devido à dor, ao medo e ao desconforto, tende a adotar posturas anti-álgicas que impedem o estiramento da ferida. Essas crianças mantêm-se no leito em posições predominantemente flexoras as quais, se não forem corrigidas precocemente, levam à cicatrização em posturas viciosas. Tais posturas são precursoras das retrações cicatriciais, que por sua vez determinam a diminuição das amplitudes do movimento articular e, posteriormente, o aparecimento de deformidades ósteoarticulares que comprometem as funções motoras do paciente.

Após a cicatrização das feridas, a criança recebe alta hospitalar e inicia a fase do tratamento fisioterapêutico ambulatorial. Esta fase do tratamento tem uma duração que varia em média de seis meses a dois anos ou mais, dependendo da gravidade da lesão, e, principalmente, da adesão do paciente às orientações terapêuticas domiciliares.

O objetivo primordial da Fisioterapia nesta fase do tratamento é prevenir, minimizar ou tratar o aparecimento da cicatrização patológica⁹ caracterizada pelas cicatrizes hipertróficas, pelos quelóides e pelas retrações e bridas cicatriciais que provocam, quando não tratadas precocemente, distorções estéticas e deformidades ósteoarticulares incapacitantes sob o ponto de vista funcional, além do desconforto provocado pelas dores e pelo prurido.

⁹ Sugere-se a título de maiores esclarecimentos a leitura do texto: ALVES, J.C.R. Aspectos da patologia da cicatrização. In: MELEGA, J.M. et al. **Cirurgia plástica reparadora e estética**. 2.ed. São Paulo: Medsi, 1992. p.15-20.

Vários são os recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento ambulatorial da criança queimada¹⁰. Porém o uso das vestes de compressão elástica tem sido preconizado pela literatura, como um dos meios mais eficazes para o tratamento da cicatrização patológica e, embora seu mecanismo de ação ainda não tenha sido bem explicado, os resultados clínicos são bastante satisfatórios.

A compressão elástica é indicada para o tratamento das cicatrizes hipertróficas, dos quelóides e das retrações cicatriciais pós-queimaduras e, segundo Chem et al (2000), tornou-se tratamento padrão em todas as unidades de tratamento para queimados no início da década de 70. Desde então alguns estudos têm sido realizados a fim de comprovar a eficácia do tratamento compressivo¹¹.

A veste de compressão elástica é uma roupa confeccionada em tecido de lycra industrial, feita sob medida e que exerce uma pressão de mais ou menos 24 mmHg. Para Cheng et al (2001) a pressão da veste compressiva em crianças deve ser menor, algo em torno de 5 a 10 mmHg. Porém não foram encontradas referências de outros autores a este respeito.

Esta roupa deve ser usada pelo paciente durante um período de dezoito a vinte e quatro meses, com um tempo de uso diário de 22 horas. Diante da eficácia mundialmente reconhecida da veste de compressão elástica na prevenção e tratamento da cicatrização patológica, a adesão a este tratamento é de fundamental importância para a recuperação das funções motoras da criança queimada.

A não adesão ao tratamento fisioterapêutico ambulatorial, especialmente ao uso das vestes de compressão elástica, determina o aparecimento ou agravamento da cicatrização patológica. As cicatrizes tornam-se elevadas, tensas e endurecidas. Posteriormente se retraem tornando-se antiestéticas e provocando graves distorções ósteoarticulares.

¹⁰ A respeito do tratamento fisioterapêutico ambulatorial ver: LINDE, L.G. Reabilitação de Crianças com Queimaduras. In: TECKLIN, J.S. **Fisioterapia pediátrica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 384 – 422.

¹¹ Para maiores informações sugerimos a leitura dos textos: COSTA, A.M.A. et al. A. Mechanical forces induce scar remodeling: study in non-pressure-treated versus pressure-treated hypertrophic scars. **American Journal of pathology**, vol. 155, n. 5, Nov.-1999. e CHENG, B.W. et al. Ultrasound assessment of scald scars in asian children receiving pressure garment therapy. **Journal of Pediatric Surgery**, vol.36, n.3, p.466-469. Mar.-2001.

Considera-se aqui que a não adesão ao tratamento está caracterizada pelo abandono do tratamento compressivo ou pela recusa da criança em usar a veste compressiva pelo tempo diário terapeuticamente recomendado. Na prática observa-se a dificuldade em manter a adesão das crianças a este tratamento com graves conseqüências estéticas e funcionais.

Vários são os fatores que podem influenciar um paciente a aderir ou não a um tratamento proposto. Silva (2002, p.81) considera que é o comportamento, as ações e o fazer do profissional de saúde, durante os atendimentos, que faz com que os pacientes sigam ou não as orientações terapêuticas, que tenham aderência a um tratamento ou aceitem as condutas prescritas. “Eles, primeiro, nos observam enquanto humanos, verificam nossa coerência, prestam atenção ao nosso comportamento e a partir dessa mensagem ouvem ou não o que lhes dizemos”.

Vasconcellos-Silva (2003), por sua vez, aponta vários trabalhos acerca de fatores que interferem na decisão do paciente em aderir ou não a um tratamento proposto e conclui que a adesão a um tratamento pode ser conseguida através de aproximações pessoais e discursivas entre o profissional e o paciente. Alerta, porém, para a necessidade de uma adaptação natural das conversações entre ambos, através do respeito mútuo às contingências culturais, éticas, emocionais e religiosas.

No caso específico da assistência pediátrica, os fatores que influenciam o processo de adesão a um tratamento proposto parecem estar direcionados principalmente à família. Zacariotti (2003) afirma que a família, geralmente representada pela figura materna, é o principal auxiliar do médico, sendo a sua participação essencial para o êxito do tratamento. Para este autor quanto mais a mãe se sentir segura com o médico que assiste seu filho, maior a sua disposição para colaborar com informações confiáveis e para cumprir com as indicações prescritas.

Em se tratando da assistência fisioterapêutica com crianças, este fato também é verdadeiro, principalmente quando estamos diante de um tratamento ambulatorial prolongado como é o caso da assistência fisioterapêutica pós-queimadura. Também aqui o sucesso do tratamento fisioterapêutico ambulatorial

depende em grande parte do seguimento das orientações domiciliares transmitidas à família. E esta tem que se sentir segura com o fisioterapeuta que cuida do seu filho para poder seguir tais orientações, solicitar esclarecimentos quando não esteja compreendendo o que lhe foi orientado e relatar seus medos e crenças em relação ao momento vivenciado.

Entretanto, o fisioterapeuta que aplica a sua sensibilidade aos princípios éticos em sua prática assistencial diária, ao lidar com a criança queimada deve considerar que, independente da enfermidade, segundo Perosa e Gabarra (2004), indicadores clínicos e teóricos têm mostrado que o papel da criança na relação terapêutica é fundamental para a satisfação e adesão ao tratamento possibilitando um melhor prognóstico.

Para estas autoras, a interação que o profissional desenvolve com a criança é bem diferente da que estabelece com os pais. A estes oferece informações e orienta condutas, enquanto que com as crianças estabelece apenas relações afetivas em forma de agrados e brincadeiras, buscando sua colaboração. E enfatizam que:

“A interação afetiva e amistosa cria uma boa relação interpessoal, mas deixa de lado dois aspectos fundamentais da relação médico-paciente: a troca de informações e a tomada de decisões. Os pais oferecem informações importantes, mas não se pode assumir, a priori, que a perspectiva que eles têm da doença reflita com precisão os sentimentos e necessidades dos filhos, especialmente quando estes vão se tornando mais independentes” (PEROSA; GABARRA, 2004, p.136).

Tais pontuações devem ser levadas em conta pelo fisioterapeuta que assiste a criança queimada em uso da veste compressiva, especialmente porque, segundo Cheng et al (1996), a veste compressiva provoca um significativo impacto na ‘aparência física’ e ‘alegria de viver’ da criança queimada e seus familiares.

Esses autores realizaram um estudo em Hong Kong e, através da aplicação de questionários, investigaram o nível de satisfação de pacientes queimados em relação à terapia compressiva. Os pacientes tinham idades variando

de 1 a 86 anos, sendo que os menores de 6 anos tinham o questionário preenchido por sua mãe ou cuidador. Os resultados indicaram que havia pouca aceitação do uso da veste compressiva pelo tempo diário terapeuticamente recomendado. Além disso, os pacientes apontaram que o desconforto provocado pela veste é significativo, sendo mesmo inaceitável em 10% dos casos. Relataram ainda que ela atrapalha a mobilidade, além de afetar bastante a vida social e de lazer.

Recentemente, outro estudo realizado na África do Sul analisou os fatores que afetam a adesão ao tratamento compressivo, a partir da perspectiva de pacientes adultos queimados e de terapeutas ocupacionais. Após análise dos resultados, os pesquisadores concluíram que era necessário, dentre outras medidas, o estabelecimento de uma comunicação terapeuta-paciente horizontal em vez de vertical, como uma forma de minimizar o processo de não-adesão a este tratamento (STEWART et al, 2000).

A partir destas perspectivas e da compreensão das origens e do sentido do ser “terapeuta” proposto por Perestrello (1989), o fisioterapeuta pediátrico deve então repensar a sua prática comunicacional junto às crianças queimadas que assiste.

Perestrello (1989, p.96) explica que a palavra terapêutica – *therapeutike* – ou terapia – *therapie* – em sua raiz grega não tem apenas o significado de curar, mas o de cuidar, de servir. Logo, um terapeuta “precisará ao menos ter apreço pelo paciente”, para tanto não basta fazer-lhe perguntas, examiná-lo e receitar-lhe um tratamento. Torna-se necessário respeitar a sua individualidade e ouvir o que essa pessoa tem a dizer.

No contexto da Bioética, ouvir o que o paciente tem a dizer, especialmente quando este é uma criança ou um adolescente, significa um agir terapêutico pautado na ética do respeito ao outro.

No dizer de Sadala (1999), quando os princípios da Bioética – a Não-Maleficência, a Beneficência, a Justiça e o Respeito à Autonomia – estão fundamentados na alteridade, o profissional de saúde transforma sua prática

assistencial e passa a atribuir direitos e deveres ao paciente, além de incentivar sua participação ativa no processo terapêutico.

Nesta perspectiva, a criança queimada deve saber que pode ser ouvida pelo fisioterapeuta e que há espaço para suas dúvidas e questionamentos a respeito da lesão da qual foi vítima. É importante que a criança veja neste terapeuta um aliado, com quem possa conversar sobre o seu desconforto, os seus anseios e sobre a sua dificuldade em seguir as orientações terapêuticas.

Quando o fisioterapeuta não se dispõe a ouvir as queixas e preocupações da criança e de seus familiares, atentando para os seus significados, não se estabelece vínculo de confiança entre os mesmos.

Nesse caso, o terapeuta deixa de praticar no *latu senso*, os princípios da Beneficência e da Não-Maleficência em sua expressão máxima “*primum non nocere*” porque, em não ouvir a criança, deixa de satisfazer a necessidade que a mesma sente de ser ouvida e compreendida em seus medos e aflições diante de lesão tão assustadora.

Porém, não lesar – *primum non nocere* – esta criança significa, além de ouvi-la e compreendê-la, buscar respeitar, na medida do possível, as suas vontades, considerando que, segundo Leone (1998), Hipócrates priorizava o respeito pelo ser humano e, quando afirmava que o médico, antes mesmo de pensar em qualquer ato terapêutico benéfico deveria pensar no sentido de “*non nocere*” ao paciente, creditava importância em respeitar a sua autonomia.

Contudo, percebe-se com frequência que, na relação terapeuta-paciente, o princípio da beneficência e o princípio do respeito à autonomia do paciente, frequentemente entram em conflito quando o paciente decide não aderir a um tratamento e o terapeuta, por sua vez, acredita que o tratamento proposto é o mais eficaz e adequado às necessidades do mesmo.

Para minimizar esse conflito, durante o atendimento à criança queimada que apresenta dificuldade em aderir ao tratamento compressivo, o

fisioterapeuta deveria buscar, através do diálogo, estabelecer com a criança uma relação baseada na comunicação plena, onde terapeuta e paciente teriam espaço para argumentar e expor os seus pontos de vista de forma equilibrada buscando sempre o 'bem' do paciente.

Magalhães (2000, p.170) afirma que o uso de adjetivos, diminutivos, aumentativos e formas de tratamento especiais do tipo "baixinho", "meu rapaz", "minha princesa", "mocinha", etc, para se relacionar com a criança, é uma estratégia de aproximação discursiva, uma forma utilizada pelos profissionais que optam pela linguagem informal para reduzir a assimetria da relação entre eles e a criança, e assim buscar a simpatia e a confiança da mesma.

Outras linhas ou visões no contexto da Bioética podem ser aplicadas ao objeto deste estudo. Entretanto, em seu âmago procura-se dar ênfase ao processo comunicativo como marcador ótico das ações entre o fisioterapeuta, a criança queimada e sua família - no caso deste estudo representada pela mãe.

3 - JUSTIFICATIVA



3 – Justificativa

A partir de uma experiência de treze anos no Ambulatório de Fisioterapia de um hospital público em assistência às crianças queimadas e suas famílias, observa-se que algumas dessas crianças, principalmente na idade escolar (faixa etária de seis a doze anos), têm apresentado dificuldade em aderir aos procedimentos fisioterapêuticos ambulatoriais e às orientações domiciliares, em especial, ao uso das vestes de compressão elástica.

Na prática observa-se que muitas dessas crianças recusam-se a iniciar o tratamento com as vestes compressivas ou interrompem tal procedimento muito antes do tempo terapêuticamente recomendado. Tal fato tem resultado em retorno à unidade hospitalar após alguns anos, para correções cirúrgicas das seqüelas, como é o caso da cicatriz hipertrófica, do quelóide, da brida e da retração cicatricial as quais, ao limitarem consideravelmente as amplitudes de movimento das articulações comprometidas, interferem na qualidade de vida das crianças.

Diante da eficácia mundialmente reconhecida da veste de compressão elástica na prevenção e tratamento da cicatrização patológica, a adesão a este tratamento é de fundamental importância para a recuperação das funções motoras da criança queimada. Os estudos de Cheng et al (2001) alertam para a importância desse tratamento ao afirmarem que o uso das vestes compressivas acelera a maturação da cicatriz, minimiza a formação da hipertrofia cicatricial e melhora a amplitude do movimento articular. Esses autores afirmam também que as crianças são mais propensas às cicatrizes hipertróficas do que os adultos e indicam o uso das

vestes compressivas em crianças por um período de dezoito a vinte e quatro meses, para tratar com eficácia a hipertrofia.

Diante da prevalência de crianças queimadas, desde a mais tenra idade, em atendimento no Ambulatório de Fisioterapia de um hospital da rede pública as quais apresentam dificuldades em aderir a este tratamento, surgiram questionamentos éticos que motivaram o interesse em desenvolver esta pesquisa. Entre tantos, destaca-se o pressuposto da Ética Comunicativa como ferramenta à adesão e persistência ao tratamento com as malhas compressivas.

Eis os questionamentos que motivaram o presente estudo:

- Quais são as razões que determinam tal atitude da criança?
- O que leva a família a colaborar ou não com a equipe de saúde?
- A relação respeitosa entre o terapeuta, a criança e sua família, pautada na comunicação eficiente¹² pode agir como fator motivador fortalecendo a sua adesão ao tratamento ambulatorial ?

Através desta pesquisa buscou-se compreender de que forma a comunicação na relação terapeuta-paciente-família interfere no processo de adesão das crianças queimadas ao tratamento compressivo, identificando como as mães e as crianças compreendem as orientações terapêuticas, e verificando se tal compreensão interfere no processo de adesão a este tratamento.

¹² Nesse contexto a comunicação eficiente será considerada como sendo o diálogo que vai além da troca de informações, no dizer de Perosa e Gabarra (2003/2004; p.146) estabelecer “uma troca que pode ter diversos objetivos, dependendo do caso: esclarecer pontos obscuros, desmistificar fantasias, dar novas explicações ou mesmo respeitar concepções errôneas que podem funcionar como mecanismos adaptativos, em momentos de stress”.

4 - PRESSUPOSTO DO ESTUDO



4 – Pressuposto do estudo

O presente estudo partiu do pressuposto de que a comunicação entre o fisioterapeuta, a criança queimada e sua família, durante o tratamento ambulatorial no hospital da rede pública onde a pesquisa foi desenvolvida, esteja sendo insuficiente para fortalecer o vínculo de confiança da relação terapêutica e promover e manter a adesão das crianças ao tratamento com as vestes de compressão elástica.

5 - OBJETIVOS



5 – Objetivos

5.1 Objetivo geral

- Compreender de que forma a comunicação que se estabelece na relação terapêutica atua no processo de adesão ao tratamento com as vestes de compressão elástica, das crianças queimadas atendidas no ambulatório de fisioterapia de um hospital da rede pública do Estado de Pernambuco.

5.2 - Objetivos específicos

- Identificar como a criança queimada e sua mãe compreendem as orientações terapêuticas referentes ao tratamento com a veste de compressão elástica.
- Verificar se a não adesão ao tratamento compressivo está relacionado à compreensão das orientações terapêuticas recebidas.

6 - MÉTODO



6 – Método

6.1 Trajetória metodológica

Ao considerar a natureza do objeto desse estudo, a abordagem qualitativa é apresentada como a forma mais adequada para responder aos questionamentos da pesquisa e atender aos seus objetivos.

Os estudos conduzidos na abordagem qualitativa têm por finalidade “entender / interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa dá aos fenômenos em foco (...)” (TURATO, 2003, p.168). O pesquisador, nessa abordagem, busca “o significado e a intencionalidade dos atos, das relações sociais e das estruturas sociais” e usa a palavra “que expressa a fala cotidiana” como material básico da investigação (SANTOS, 1999, p.403).

Nesse sentido, optou-se pela escolha do método clínico-qualitativo proposto por Turato (2003, p.242) que assim o define:

“A partir das atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, pilares do método, que propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo, este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, e pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar

interpretações a sentidos e significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade” (TURATO, 2003, p.242).

Tal escolha justifica-se pelo fato de ser fundamental que o pesquisador adote uma atitude de escuta e busque, através da empatia, compreender o que é dito pelo outro, o pesquisado. Dessa forma, a pesquisa se desenvolve dentro de padrões éticos nos quais o respeito ao outro se expressa através do diálogo acolhedor que se estabelece entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa.

Dentro dessa perspectiva, e na tentativa de apreender o objeto do presente estudo, busca-se capturar os modos pelos quais a criança queimada e sua família atribuem sentido¹³ e significado¹⁴ às orientações referentes ao tratamento com a veste de compressão elástica e assim tentar compreender em profundidade os fenômenos que poderiam estar influenciando o comportamento dessas crianças diante do citado tratamento.

No dizer de Turato (2003, p.246-7) o termo fenômeno apropriadamente utilizado na pesquisa qualitativa pode ser definido como o que “aparece à consciência, o que é percebido, tanto na ordem física como psíquica”. Nessa pesquisa o fenômeno em estudo foi o tratamento com as vestes compressivas.

Na busca de compreender tais fenômenos, parte-se do pressuposto de que a comunicação existente entre o fisioterapeuta, a criança queimada e sua família, durante o tratamento ambulatorial no hospital da rede pública onde a pesquisa foi realizada, esteja sendo insuficiente para fortalecer o vínculo de confiança da relação terapêutica e assim promover e manter a adesão das crianças ao tratamento compressivo.

¹³ Turato (2003) diz que o “sentido” tem por objeto a própria coisa e representa o que é percebido pelo doente.

¹⁴ O termo “significado” tem por objeto o sinal da coisa, o que representa, o querer-dizer (TURATO, 2003). Vale salientar que estas definições de Turato não são da Lingüística que possui uma área específica para tratar destes problemas: a Semântica.

Para tanto, busca-se ao longo do trabalho de campo, ouvir e observar os voluntários da pesquisa, ou seja, as crianças e suas mães.

Embora a relação terapêutica seja composta pela tríade terapeuta-paciente-família, nesse estudo o tema é abordado a partir das perspectivas do paciente, no caso a criança queimada e sua família, aqui representada pela figura materna. A opção de excluir dessa pesquisa a perspectiva do terapeuta está motivada pelo fato de que no Ambulatório de Fisioterapia do hospital onde foi realizada a pesquisa, apenas duas fisioterapeutas prestam assistência a essas crianças, sendo a pesquisadora uma dessas profissionais, o que poderia gerar um viés que comprometeria os resultados do estudo.

O fato de a pesquisadora ser membro efetivo dessa equipe de saúde também aguçou a necessidade de aprofundar o estudo do comportamento da não-adesão a este tratamento, ouvindo e buscando compreender os motivos elencados pelo paciente e sua família, uma vez que a maioria dos trabalhos encontrados na literatura pouco aborda tal comportamento sob a perspectiva do paciente.

Outro fator que justifica o estudo sob a ótica do paciente, é a busca de elaborar estratégias eficazes para modificar tal comportamento de não-adesão a um tratamento que é, desde a década de 70, amplamente utilizado a nível mundial com bons resultados estéticos e funcionais, e que trará o bem¹⁵ ao paciente.

6.2 Local do estudo

As pesquisas na abordagem qualitativa têm por característica considerar que o ambiente ou *setting* natural dos sujeitos investigados é o local ideal para a coleta dos dados. Entretanto, Turato (2003, p.250), ao elaborar as bases metodológicas da pesquisa clínico-qualitativa, considera que o “espaço físico-estrutural, cotidiano, da prestação de serviços clínicos” constitui o *setting* da saúde e

¹⁵ A palavra 'bem' é aqui utilizada no sentido filosófico de bondade, de qualidade boa ou de bondade moral. No dizer de Mora (2000, p.282-283) a bondade moral se explica em termos de outras formas de bondade, assim, um ato é moralmente bom quando tem um caráter benéfico ou proveitoso.

configura-se no “ambiente natural das pessoas, enquanto ali envolvidas em seus processos clínicos, preventivos e/ou terapêuticos”.

Desta forma, opta-se por coletar os dados da pesquisa no *setting* clínico da população em estudo. Assim, o Ambulatório de Fisioterapia de um hospital que assiste crianças queimadas e suas famílias foi o local escolhido para a realização da pesquisa de campo.

Trata-se de um hospital da rede pública do Estado de Pernambuco inaugurado no ano de 1969, caracterizado como um hospital geral de grande porte, sendo considerado o maior de todo o Nordeste no atendimento do trauma. Referência no atendimento emergencial de traumas é também hospital de referência nas especialidades de neurologia, neurocirurgia, politraumatismo, intoxicação e queimaduras.

Localizado em Recife, este hospital, é o único da rede pública do Estado de Pernambuco que dispõe de um centro especializado para assistência ao paciente queimado, prestando serviços também às cidades circunvizinhas. O Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) deste hospital funciona como unidade de terapia intensiva e cuidados especializados ao paciente queimado e atualmente dispõe de 25 (vinte e cinco) leitos para atendimento de pacientes adultos, divididos em duas enfermarias: uma para pacientes do sexo feminino e outra para os do sexo masculino, e 15 (quinze) leitos para atendimento de crianças, além de banheiro para os pacientes internos, banheiro para os funcionários, sala de cirurgia, sala de balneoterapia (sala de curativos sob anestesia), sala de curativos externos, sala de recreação, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, sala de Psicologia, sala de Enfermagem, sala de expurgo, quarto de repouso dos funcionários e sala da gerência médica do setor, que também funciona como sala de reunião.

A equipe de saúde deste CTQ é formada por médicos (cirurgiões plásticos, anestesistas, clínicos e pediatras), enfermeiras e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas (motora e respiratória), terapeutas ocupacionais, fonoaudióloga (que atende apenas crianças à nível ambulatorial), assistentes sociais, nutricionistas, psicólogo e auxiliares de serviços gerais.

Ao lado direito da rampa da emergência de adulto deste hospital funciona, desde 1974, o ambulatório que presta assistência a toda população da região metropolitana do Recife e do interior do Estado de Pernambuco, nas áreas de pediatria, neuropediatria, neurologia, neurocirurgia, traumato-ortopedia, clínica médica, clínica vascular, oftalmologia, endocrinologia, reumatologia, psiquiatria, queimados, microcirurgia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia, além de realizar exames de radiografia e eletroencefalograma.

O Ambulatório de Fisioterapia, além de prestar assistência aos pacientes provenientes das clínicas pediátrica, neurológica, traumato-ortopédica e vascular, é o único da rede pública do Estado de Pernambuco que presta assistência especializada ao paciente queimado.

Neste espaço são assistidos pacientes que foram hospitalizados no CTQ ou que foram submetidos a tratamento ambulatorial na sala de curativos de queimados, desde que apresentem limitações funcionais ou riscos de vir a desenvolvê-las por conta da injúria térmica. Também são assistidos neste ambulatório pacientes queimados de outros Estados da Região Nordeste, tais como Alagoas e Paraíba. Não se tem registro de outro hospital da rede pública ou privada, na região metropolitana do Recife, que tenha Ambulatório de Fisioterapia prestando assistência ao paciente queimado. Sendo assim a demanda deste Ambulatório é de em média 70 atendimentos/semana, perfazendo um total de 280 atendimento/mês (dados obtidos no Ambulatório de Fisioterapia deste hospital em março/2005).

6.3 Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital da Restauração - CEP-HR (Anexo 2). A partir de então, os voluntários da pesquisa foram contactados pela pesquisadora e receberam explicações acerca dos objetivos do estudo, das vantagens e desvantagens, dos riscos e benefícios e dos procedimentos técnicos que seriam utilizados. Os que aceitaram participar assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, sendo que as mães assinaram por seus filhos menores. Mesmo após o consentimento das mães, as crianças que estavam na faixa etária de 6 a 9 anos foram também consultadas se gostariam de participar do estudo. Todos concordaram em permitir que as entrevistas fossem gravadas em fita cassete e tiveram da pesquisadora garantia de sigilo quanto à sua identidade quando da apresentação e publicação dos resultados do estudo.

A fim de evitar uma possível quebra do sigilo quanto à identidade das crianças e suas mães, principalmente por parte dos outros profissionais que compõem a equipe de saúde que os assistem, os recortes de entrevistas apresentados ao longo do texto serão identificados como “criança nº1” e “mãe da criança nº1” de acordo com a ordem em que foram entrevistadas as crianças.

6.4 Sujeitos em estudo / tamanho da amostra

Em pesquisas nessa abordagem, o objetivo não é de quantificar o fenômeno estudado e sim de conhecê-lo em profundidade, uma vez que o pesquisador nessa abordagem preocupa-se menos “com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão” dos fenômenos que estão acontecendo em determinado grupo social (MINAYO, 1999, p.102). Assim, as amostras são relativamente pequenas e intencionalmente selecionadas (SANTOS, 1999, p.403).

O pesquisador então escolhe deliberadamente os sujeitos que participarão do estudo, segundo seus pressupostos de trabalho, e considerando alguns critérios gerais de inclusão, tais como, ter o diagnóstico clínico confirmado, ser vinculado ao serviço clínico assistencial onde será desenvolvido o estudo, ter concordado em participar da pesquisa, ter disponibilidade para submeter-se à entrevista, ter desejo de relatar a alguém as experiências vividas, ter condições físicas e emocionais de expressar-se e responder as questões levantadas durante a entrevista (TURATO, 2003).

Seguindo tais preceitos foram escolhidos e convidados a participar do estudo sete crianças queimadas e suas mães. Naturalmente que tal amostra não pode representar o universo de crianças queimadas e suas mães. Entretanto, como relatado anteriormente, é suficiente para aprofundar a compreensão do fenômeno em foco.

Das sete crianças estudadas, quatro são do sexo feminino e três do sexo masculino, em idade escolar variando entre 6 e 9 anos. Duas dessas crianças aderiram ao tratamento compressivo, ou seja, usam as vestes compressivas pelo tempo diário terapeuticamente recomendado de cerca de vinte horas; três aderiram parcialmente, isto é, usam as vestes por algumas horas do dia apenas; e duas não aderiram ao tratamento, recusando-se a colocar as vestes.

O grupo de “crianças que aderiram ao tratamento” foi composto por duas crianças:

- Um menino (CRIANÇA Nº5 – C5) com idade de 8 anos, que estuda embora ainda não saiba ler, residente em Araripina, uma cidade do Interior de Pernambuco. Queimou-se em abril/2002 em casa, enquanto brincava com uma vela acesa que incendiou suas vestes. Atualmente comparece ao ambulatório de Fisioterapia apenas 1 (uma) vez por mês para avaliar o processo de cicatrização das lesões. A renda mensal da família é de um salário mínimo (R\$ 240,00) mais a bolsa-família (R\$ 95,00) perfazendo um total de R\$ 335,00 por mês para sustentar uma família de cinco pessoas (pai, mãe e três filhos menores). Sua mãe (MÃE DA CRIANÇA Nº5 – MÃE DE C5) sempre o acompanha ao atendimento e é quem cuida dele em casa, tem 38 anos, estudou até a 5ª série, sabe ler e escrever e trabalha como agricultora na roça.

- Uma menina (CRIANÇA Nº6 – C6) com idade de 6 anos, que estuda na alfabetização, sabe ler e escrever, residente em Arcoverde, cidade do Interior de Pernambuco. Queimou-se em dezembro/2002 em casa: acordou no meio da noite e foi ao banheiro, o candeeiro virou e tocou fogo em seu vestido. Atualmente comparece ao ambulatório de Fisioterapia apenas 1 (uma) vez por mês, para avaliar o processo de cicatrização das lesões e receber orientações

fisioterapêuticas domiciliares relacionadas aos cuidados com as cicatrizes. Quando comparece ao ambulatório a menor também participa do atendimento psicológico em grupo, onde as crianças queimadas recebem suporte emocional após a alta hospitalar. A renda mensal da família para sustentar sete pessoas (pai, mãe, três filhos e duas netas) é de R\$ 120,00 e a família conta com a ajuda financeira do avô materno quando o dinheiro acaba. Esta criança sempre vinha acompanhada da irmã mais velha, porque a mãe ficava em casa cuidando do filho mais novo. Ao ser contactada pela pesquisadora, a genitora desta criança (MÃE DA CRIANÇA Nº6 – MÃE DE C6), que cuida dela em casa e tem 43 anos de idade, aceitou ser voluntária do estudo e após a entrevista passou a acompanhar a filha ao tratamento ambulatorial.

O grupo de “crianças que não aderiram ao tratamento” contendo cinco, das sete crianças entrevistadas, foi dividido em dois subgrupos: o das “crianças que usam a malha uma parte do dia” e o das “crianças que não usam a malha”.

No subgrupo das “crianças que usam a malha uma parte do dia” foram agrupadas as crianças que a usam por menos de 12 horas diárias. Este foi composto por três crianças:

- Uma menina (CRIANÇA Nº1 – C1) com idade de 9 anos, que estuda na 2ª série primária, sabe ler e escrever e reside em Garanhuns, cidade do Interior de Pernambuco. Queimou-se em setembro/2002, enquanto brincava com uma colega na escola, com álcool em combustão. Atualmente comparece ao ambulatório apenas 1 (uma) vez por semana para acompanhamento fisioterapêutico e fonoaudiológico. Quando comparece ao ambulatório a menor também participa do atendimento psicológico em grupo, onde as crianças queimadas recebem suporte emocional após a alta hospitalar. A renda familiar mensal para manter quatro pessoas (pai, mãe e dois filhos) é de dois salários mínimos, sendo que um desses salários é proveniente da pensão do INSS que a menor recebe por ser queimada e o outro, do salário da mãe. O pai é alcoolista, está desempregado e o casal encontra-se em processo de separação. A mãe (MÃE DA CRIANÇA Nº1 – MÃE DE C1) tem 33 anos, começou a estudar há pouco tempo, não sabe escrever, mas está começando a ler. Trabalha como arrumadeira numa creche e começou a

acompanhar a menor ao tratamento, há poucos meses, ao descobrir que o esposo ingeria muita bebida alcoólica quando vinha com a menor para o ambulatório.

- Uma menina (CRIANÇA Nº2 – C2) com idade de 9 anos, que estuda na 2ª série primária, ainda não sabe ler e reside em Cupira, cidade do Interior de Pernambuco. Queimou-se em dezembro/2002, enquanto brincava em casa com uma garrafa de álcool que explodiu quando ela foi alimentar o fogo. Atualmente comparece ao ambulatório de Fisioterapia apenas 1 (uma) vez por mês para avaliar o processo de cicatrização das lesões e receber orientações fisioterapêuticas domiciliares relacionadas aos cuidados com as cicatrizes. Quando comparece ao ambulatório a menor também participa do atendimento psicológico em grupo, onde as crianças queimadas recebem suporte emocional após a alta hospitalar. A renda mensal familiar para manter cinco pessoas (pai, mãe e três filhos) foi informada como sendo muito pouca, raramente chegando a um salário mínimo. A mãe (MÃE DA CRIANÇA Nº2 – MÃE DE C2) tem entre 20 e 30 anos de idade (incompreensível na transcrição da entrevista), estudou até a 4ª série primária, sabe ler e escrever e trabalha na roça como agricultora, junto com o esposo.

- Uma menina (CRIANÇA Nº7 – C7) com idade de 9 anos, estuda na 4ª série primária, sabe ler e escrever, reside em um bairro pobre da cidade do Recife. Queimou-se em maio/2002 com álcool em combustão, enquanto brincava de “fazer foguinho” com a prima na casa da avó. Atualmente comparece ao ambulatório de Fisioterapia apenas 1 (uma) vez por mês para avaliar o processo de cicatrização das lesões e receber orientações fisioterapêuticas domiciliares relacionadas aos cuidados com as cicatrizes. A renda familiar para quatro pessoas (pai, mãe e dois filhos) é de um salário mínimo, proveniente do auxílio-desemprego (há dois meses o pai está desempregado). A mãe (MÃE DA CRIANÇA Nº7- MÃE DE C7) tem 30 anos de idade, estudou até a 6ª série, sabe ler e escrever, e é dona de casa.

No subgrupo das “crianças que não usam a malha” foram agrupadas as crianças que não usam a malha compressiva e que só a colocam por poucos minutos quando “obrigados” por um adulto. Este foi composto por duas crianças:

- Um menino (CRIANÇA Nº3 – C3) com idade de 7 anos, estuda mas não sabe ler, reside em Condado, cidade do Interior de Pernambuco. Queimou-se em julho/2002 com álcool em combustão, enquanto tentava acender uma fogueira com um dos irmãos e um vizinho, em casa. Atualmente comparece ao ambulatório 1 (uma) vez por semana para atendimento fisioterapêutico e fonoaudiológico e receber orientações fisioterapêuticas domiciliares relacionadas aos cuidados com as cicatrizes. Quando comparece ao ambulatório o menor também participa do atendimento psicológico em grupo, onde as crianças queimadas recebem suporte emocional após a alta hospitalar. A renda familiar para cinco pessoas (pai, mãe e três filhos) é de um salário mínimo, proveniente do benefício que a criança recebe por ser queimado e estar em tratamento ambulatorial, mais R\$ 80,00 que a mãe recebe do esposo. A mãe (MÃE DA CRIANÇA Nº3 – MÃE DE C3) tem 27 anos de idade, estudou até a 7ª série, sabe ler e escrever, e é dona de casa.

- Um menino (CRIANÇA Nº4 – C4) com idade de 9 anos, estuda na 1ª série primária, mas não sabe ler nem escrever, reside em um bairro pobre da cidade do Recife. Queimou-se em abril/2001 com álcool em combustão, enquanto brincava de fazer fogueira com um dos irmãos em casa. Atualmente comparece ao ambulatório 1 (uma) vez por semana para atendimento fisioterapêutico e fonoaudiológico e receber orientações fisioterapêuticas domiciliares relacionadas aos cuidados com as cicatrizes. Quando comparece ao ambulatório o menor também participa do atendimento psicológico em grupo, para receber suporte emocional após a alta hospitalar. A renda familiar para oito pessoas (mãe e sete filhos) é de menos de um salário mínimo que a mãe recebe fazendo faxina ou lavando roupa; o pai não mora em casa e a contribuição financeiramente para o sustento dos filhos é irregular. A mãe (MÃE DA CRIANÇA Nº4 – MÃE DE C4) tem 35 anos de idade, nunca estudou, não sabe ler nem escrever, e trabalha como faxineira e lavadeira.

As mães foram escolhidas como voluntárias da pesquisa, em detrimento dos pais, porque, nestes casos específicos, são elas que acompanham as crianças ao Ambulatório de Fisioterapia e dão prosseguimento às orientações terapêuticas em casa. Esse critério de escolha é justificado, uma vez que se

pretende investigar de que forma a comunicação do terapeuta com as mães sobre os procedimentos terapêuticos a serem adotados interfere no processo de adesão ao tratamento com as vestes compressivas. Embora o aspecto de constituição do diálogo pudesse ser um caminho metodológico, as características das interações estabelecidas entre terapeuta, mãe e criança, nesta situação específica, permitiam chegar à eficiência do discurso através da compreensão que tanto a mãe quanto a criança revelavam a partir das justificativas oferecidas tanto para o uso, quanto o não uso das vestes compressivas.

6.5 A coleta das informações

6.5.1 O instrumento de coleta

São as angústias e ansiedades do pesquisador que “o movem para querer entender as leis das manifestações humanas” (TURATO, 2003, p.252).

Durante a coleta de dados no *setting* da saúde, o pesquisador, na abordagem metodológica proposta por Turato (2003, p.252), deve acolher o indivíduo que está sendo alvo da pesquisa adotando uma atitude clínica e valorizando suas angústias e ansiedades.

A atitude clínica, neste contexto, “significa que olhos e ouvidos qualificados se aproximam para compreender existencialmente os sofrimentos que acometem o outro” (TURATO, 2003, p.239).

Dentro desta perspectiva, e buscando satisfazer os objetivos do estudo nessa abordagem metodológica, optou-se pelo uso da entrevista como sendo o meio mais adequado à coleta dos dados, uma vez que, segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2001, p.168), ela explora profundamente temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários.

A entrevista, por possibilitar interação entre entrevistador-entrevistado, é considerada “um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador” (TURATO, 2003, p. 308).

Embora a técnica de entrevista tenha sido pouco utilizada em pesquisas envolvendo crianças, optou-se por esse instrumento de coleta de dados, acreditando-se que as crianças, na faixa etária de 6 a 9 anos, já teriam capacidade de falar e expor, de forma compreensível, suas crenças, percepções, medos e anseios frente à situação vivenciada.

A esse respeito, estudos na área de Antropologia médica sugerem que “as crianças de fato têm entendimento que lhes são próprios sobre as enfermidades e as causas e o modo como devem ser tratadas” (HELMAN, 2003, p.133). Além disso, a compreensão das percepções das crianças acerca do adoecer e seu tratamento, considerando sua idade e seu desenvolvimento cognitivo, tem possibilitado, nos últimos anos, a elaboração de “estratégias e material didático para informá-las adequadamente sobre o processo de adoecer, o tratamento e a prevenção” (PEROSA; GABARRA, 2004, p.145).

Vale salientar também, que a qualidade das informações coletadas através da técnica de entrevista, seja com adultos seja com crianças, “depende, entre outros fatores, da qualidade da relação entre o entrevistador e o entrevistado” (CARVALHO; BERALDO; PEDROSA; COELHO, 2004, p.299). Essas autoras sugerem ainda que principalmente a criança sente-se mais disponível e motivada à entrevista quando o entrevistador oferece “condições favoráveis de interação”, ou seja, quando o entrevistador apresenta habilidade em “construir um *rapport*¹⁶ com as crianças e adequar sua linguagem e atitudes às características do entrevistado”.

Dentre os vários tipos de entrevista utilizadas nas pesquisas qualitativas, foi escolhida a entrevista semi-estruturada a qual, no dizer de Triviños

(1987, p.145), “parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa”.

A entrevista semi-estruturada permite uma maior flexibilidade na condução da entrevista e permite propor uma interação mais subjetiva com os sujeitos entrevistados.

6.5.2 O roteiro da entrevista

Durante a elaboração do roteiro de entrevista, foi cogitado que, metodologicamente, a pesquisa clínico-qualitativa propõe que o entrevistador inicie suas indagações ao entrevistado utilizando mais comumente o pronome “como” e menos o “por quê”.

Para Turato (2003, p.263), quando o pesquisador dá preferência a utilizar o “como”, em detrimento do “por quê”, durante as entrevistas, é para conduzir naturalmente seu interlocutor a pensar no fenômeno que está sendo investigado. Desta forma o pesquisador busca descobrir o fenômeno, ou seja, “como” ele está acontecendo em suas relações internas, quais os eventos de sua vida que mantêm alguma relação com ele e assim procura “raciocínios sobre uma rede de múltiplas e recíprocas causalidades”. Por sua vez, o uso do “por quê”, nas indagações iniciais da entrevista, poderia levar o entrevistado a sentir que a pergunta tem um caráter persecutório, o que poderia fazê-lo pensar no fenômeno de forma mais linear e, conseqüentemente, a raciocinar a partir de uma relação de causa e efeito.

Por conseguinte, foram elaborados dois roteiros de entrevista, um para as crianças e outro para as mães (Anexos 3 e 4), neles constando perguntas iniciais, a título de ‘aquecimento’, e de identificação dos entrevistados, porque coletam dados objetivos tais como nome, idade, local de moradia, escolaridade, situação sócio-econômica familiar e tempo de lesão; e perguntas mais subjetivas relacionadas às opiniões, valores e atitudes do entrevistado face ao fenômeno estudado.

¹⁶ O termo *rapport* é definido aqui como um “quebrar de gelo” ou “o momento em que o pesquisador e o entrevistado, após estudarem-se (involuntariamente) por alguns minutos firmam um canal aberto e amigável em que transcorrerá uma

6.5.3 A entrada no campo

Após os voluntários terem aceitado participar da pesquisa, assinaram o TCLE. As entrevistas agendadas foram realizadas no período de fevereiro a maio de 2004.

Buscou-se agendar esses encontros de acordo com a conveniência de horário da criança e de sua mãe.

O local onde foram realizadas as entrevistas, uma das salas de atendimento individual do Ambulatório de Fisioterapia do hospital, tinha temperatura agradável, iluminação adequada e proporcionava a privacidade necessária ao momento da entrevista.

Para criar um clima de confiança e simpatia entre os interlocutores, o primeiro momento da entrevista constou de perguntas as quais, segundo Triviños (1987), oferecem ao informante a possibilidade de iniciar a entrevista, respondendo sobre aspectos de sua vida que ele conheça e se sinta seguro em responder, tais como, nome, idade, local de moradia, nível de escolaridade, situação sócio-econômica familiar e profissão/ocupação.

O segundo momento seguiu um roteiro de perguntas previamente elaborado pela pesquisadora (Anexos 3 e 4) e buscou investigar com mais profundidade como as crianças e suas mães compreendem as orientações terapêuticas recebidas e verificar se a não adesão ao tratamento compressivo está relacionado a esta compreensão.

As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas em fita cassete e transcritas integralmente pela própria pesquisadora.

6.6 Análise dos dados

Com a finalidade de “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte” (GOMES, 1994, p.69), optou-se por analisar as entrevistas deste estudo com base em alguns pressupostos teórico-metodológicos preconizados pela Análise Crítica do Discurso (FAIRCLOUGH, 2001).

Fairclough (2001, p. 183) considera que tanto a medicina como outras profissões têm sofrido “dramáticas mudanças na sociedade contemporânea” e propõe que é através da Análise de Discurso que o pesquisador pode investigar “o peso dessas mudanças, na prática, na maneira como médicos e pacientes realmente interagem”.

Baseado na proposta de Fairclough (2001, p.283), optou-se por trabalhar com a categoria analítica “Prática Discursiva” que focaliza a interdiscursividade e a intertextualidade das amostras dos discursos. Para o autor, o objetivo da interdiscursividade é especificar os tipos de discurso que estão delineados na amostra, ou seja, é distinguir os tipos de ato de fala ou a ‘força’ dos enunciados – ameaça, promessa, pedido, etc – presentes nos discursos.

Já o objetivo da intertextualidade é “especificar o que outros textos estão delineando na constituição do texto que está sendo analisado, e como isso ocorre” (FAIRCLOUGH, 2001, p.285), ou seja, é observar as influências que outros discursos exercem no discurso dos entrevistados. Nesse estudo, buscou-se analisar especificamente as influências que os discursos da mãe e do terapeuta exercem no “saber” que as crianças expressam em suas falas quando se referem ao tratamento compressivo.

As entrevistas foram longas, compondo o resultado de um processo interacional entre a pesquisadora e os voluntários do estudo. Tal processo de interação põe em cotejo diferentes subjetividades em contextos que exigem papéis específicos que vão se delineando ao longo do caminho.

Entretanto, dessas longas entrevistas, apenas serão utilizados recortes discursivos que servirão para ilustrar os resultados do estudo e enriquecê-los, dando veracidade aos mesmos e aumentando assim a sua validade interna.

Após transcrição literal das entrevistas, prosseguiu-se à leitura exaustiva das mesmas e iniciou-se um processo de “peneiragem”: a pesquisadora ia separando as falas das crianças entrevistadas e as de suas mães, agrupando-as em categorias: “crianças que aderiram ao tratamento” e “crianças que não aderiram ao tratamento”. As mães foram associadas ao grupo ao qual pertencia a sua criança. Em cada uma dessas categorias, foram analisadas e comparadas as respostas obtidas para as questões elencadas no roteiro de entrevista. Foi considerado que as respostas obtidas para as questões relacionadas à comunicação entre terapeuta-criança, terapeuta-mãe e mãe-criança, tornou possível caracterizar o tipo de discurso que permeia o processo interacional entre terapeuta-mãe-criança, e sua possível interferência no processo de adesão ao tratamento compressivo.

Já as respostas às questões “o que você acha do tratamento com a malha?” e “você consegue usar a malha? por que?” estariam representando a compreensão que o entrevistado tem acerca do tratamento compressivo. Ao analisar estas respostas pôde-se observar também as influências que os discursos da mãe e do terapeuta exercem no “saber” das crianças.

Realizou-se uma análise interpretativa relacionando os aspectos lingüísticos e textuais com o repertório de representações mentais do paciente. Assim analisou-se o tipo de discurso apresentado pelos voluntários do estudo, a relação de poder existente e a influência que o discurso da mãe e do terapeuta exercem na construção do ‘saber’ da criança. Para analisar os aspectos lingüísticos utilizou-se uma categoria de análise de superfície lingüística que foi a dos processos de qualificação do uso da malha compressiva. A qualificação positiva ou negativa foi identificada através das ‘pistas’ lingüísticas ou adjetivações positivas/negativas presentes nos discursos.

7 - RESULTADOS E DISCUSSÃO



7 – Resultados e Discussão

Os estudos na área de Bioética, relacionados às questões éticas da relação profissional de saúde-paciente-família, apontam que o respeito às crenças e valores do paciente são fundamentais para que a relação terapêutica se estabeleça de forma ética e humanitária. Enquanto que as pesquisas em Antropologia Médica têm enfatizado que as expectativas e representações simbólicas, desenvolvidas pelo paciente e seus familiares sobre o “adoecer”, interferem diretamente na compreensão e aceitação de uma conduta terapêutica proposta.

Tais estudos demonstram que um profissional de saúde, ciente e atento a tais perspectivas, tem mais chance de interagir com o paciente durante o processo terapêutico, de forma a desenvolver uma relação baseada no respeito e na confiança.

Desta forma, a comunicação que se estabelece entre o profissional de saúde, a criança e a família reveste-se de capital importância, se for considerada como uma prática discursiva na qual os atores sociais fazem uso da linguagem não apenas para troca de informações, mas como uma prática social. No dizer de Fairclough (2001, p.90-91), significa apontar que é através do discurso ou da fala que os indivíduos agem sobre o mundo e em especial sobre as pessoas com quem interagem, sendo também uma forma de construção de suas idéias e crenças.

Nesse estudo, procurou-se identificar como as crianças queimadas e suas mães compreendiam as orientações terapêuticas referentes ao tratamento compressivo e verificar se essa compreensão estava ou não relacionada com o

processo de adesão ao tratamento, identificando os efeitos de um processo interlocutivo, dialógico, interativo, comunicativo, vivenciado pela tríade terapeuta-paciente-família(mãe). Utilizou-se o sistema de transcrição de falas proposto por Magalhães (2000) e Fairclough (2001), onde as palavras em letras maiúsculas indicam que foram pronunciadas em tom forte, com ênfase; os três pontos entre parênteses mostram que uma parte da fala foi omitida; dois pontos marcam o prolongamento de uma sílaba; as barras inclinadas indicam interrupções no fluxo de fala; e as seqüências de pontos registram os silêncios.

Durante as entrevistas perguntou-se às crianças e, posteriormente, às suas mães, se as “tias” ou “doutoras” que as atendiam no ambulatório conversavam com elas sobre a queimadura e se explicavam para que servia o tratamento com a malha compressiva. Os termos “tias” ou “doutoras” foram utilizados durante as entrevistas, em substituição ao termo “profissionais de saúde” inicialmente cogitado no roteiro de entrevista, porque a pesquisadora percebeu que era assim que o grupo em estudo denominava os profissionais de saúde que os assistiam.

Todas as crianças entrevistadas alegaram que havia ‘conversa’ entre elas e o terapeuta (*‘Falam. Falando...’, ‘Perguntam...’, ‘Ela disse...’, ‘Explicou...’, ‘Conversam...’*). De modo geral, independente de estarem aderindo ou não ao tratamento, elas apontam, em seus depoimentos, que as ‘conversas’ giram em torno da queimadura e dos cuidados com a cicatriz, incluindo o uso da malha. Observa-se aqui que comunicação existente é de orientação monológica, onde a informação, a orientação é transmitida de forma mais diretiva:

“Falam. Falando... falando. Ai eu não sei explicar”. “Que ela fala com a gente. Fala comigo. Das novidades. Sobre a queimadura”. “Perguntam como foi, aonde foi, com quê...”. “Falam. Hoje mesmo ela disse que tava muito seca”. Explicou que é bom, que abaixa a cicatriz”. (C1, menina, 9 anos – não adere ao tratamento compressivo)

“Conversa. Elas diz assim: você tá bem? Eu digo: tô. Elas diz: você tá melhor? Eu digo: tô. Elas diz assim: você tá melhor. Elas diz assim: tá usando a malha bem? Eu digo: tô. Elas diz assim: tem que usar, pra

se acostumar, pros bichinho parar”. (C2, menina, 9 anos – não adere ao tratamento compressivo)

“Conversa. Sobre a malha... Assim: Ói, você usá a malha, quando for cum dez dias você num vai usá mais não (sorrindo levemente ao final da frase)”. (C2, menina, 9 anos – não adere ao tratamento compressivo)

“Sobre a queimadura. “O que foi isso?” Aí eu digo: foi queimadura. Eu digo que foi o filho do vizinho”. “Elas diz que eu tenho que ficar usando a máia, aí eu num quero usar...” (C3, menino, 7 anos – não adere ao tratamento compressivo)

“Conversam (baixinho)”. (C4, menino, 9 anos – não adere ao tratamento compressivo)

“Sim. Pra afinar a queimadura”. (C5, menino, 8 anos – adere ao tratamento compressivo)

“Converso. Sobre as queimadura...” (C6, menina, 6 anos – adere ao tratamento compressivo)

“Conversa. Coisas sobre a minha pele. A passar óleo, a usar a malha”. (C7, menina, 9 anos – não adere ao tratamento compressivo)

Para Bakhtin, toda linguagem é dialógica, embora, em algumas situações, ela possa assumir uma orientação monológica. O desafio do profissional de saúde é transformar estas interações de orientação monológica, segundo as categorias bakhtinianas, em interações de orientação dialógica.

Quanto às mães destas crianças, uma delas afirmou que era a primeira vez que comparecia ao ambulatório e informou que as orientações do profissional eram transmitidas pela filha mais velha que acompanhava a menor ao tratamento. A idéia de transmissão está ligada à comunicação de caráter monológico:

Mãe de C6:

“(...) A primeira vez foi hoje que eu vim. Sempre quem vem é minha menina, minha filha mais velha. (...) Foi tudo Cidinha (a filha mais velha) que/ a médica (referindo-se à fisioterapeuta) dizia prá ela, explicava, e ela explicava prá mim”.

“Os médico sabe o que é que tão fazendo, né? Se faz a, a coisa é porque sabe o que tão fazendo”.

Duas das mães afirmaram que conseguiam entender o que o profissional falava. Em nenhum dos casos, a aceitação ao tratamento compressivo vem justificada por argumentos específicos sobre os efeitos do tratamento na cicatrização patológica. Suas falas demonstraram, na realidade, confiança cega no “saber científico” do profissional de saúde:

Mãe de C5:

“Entendo. Entendo. Entendo”.

“Eu acho assim... eu acho que é bom assim... porque assim, é prá saúde do, do meu filho, né. Aí eu faço. Toda o, orientação né, que ocês dão. Pá vê o resultado, né”.

Mãe de C4:

“Compreendo”.

“Me sinto. Eu.... eu acho muito bom a aconselhação de vocês, eu gosto muito. Porque eu num sab/ eu num sei, eu num sei... o que a senhora sabe, o que Ivania sabe, eu num sei. Eu num sei explicar prá vocês, então eu tô aprendendo com vocês”.

Analisando estas falas, parece haver uma evidente assimetria na relação entre o profissional de saúde e as mães, que ouvem o que foi proferido pelos “doutores” e, mesmo que as palavras proferidas não tenham um sentido dentro de sua realidade social, elas se esforçam para cumprir as orientações terapêuticas porque confiam na palavra do terapeuta, principalmente quando este as trata com atenção.

Uma das mães diz “*entender tudo*” o que os profissionais conversam com ela e demonstra satisfação em saber explicar, às pessoas do seu convívio, o que acontece com a sua filha, embora as explicações não sejam relacionadas ao tratamento compressivo:

Mãe de C7:

“Consigo. Consigo entender tudo. É o bastante. É suficiente. Até quando as pessoas pergunta, né, como tá? E, por que num faz...? Tem gente que fica perguntando, por que num faz logo uma plástica, se precisar fazer? Aí eu digo, não, o médico falou que num precisa agora, só quando ela completar os 14 anos, se precisar/ porque ela vai crescendo, aí a pele vai espichando. Aí eu tenho assim uma explicação prá dar a alguém quando perguntar”.

“(...) Mas até aqui tudo que/ você fala eu entendo tudo, também quando não entender, pergunto...”.

Outras mães dizem compreender o que é falado pelos terapeutas, porém suas falas sugerem que o que as motiva a tentarem seguir as orientações terapêuticas domiciliares é a confiança desenvolvida pelas ações cuidadoras do terapeuta em relação às crianças:

Mãe de C1:

“Não, fala de uma forma que dá prá mim entendê. Dá prá mim/ entendê bem”.

“Sim, consigo. Consigo compreender...”.

“(...) Eu vejo (incompreensível) que você quer uma coisa BEM prá minha fia. Uma coisa boa prá minha fia, eu tenho, eu faço o máximo possível que eu puder fazer de melhor, eu faço, prá ela”.

Mãe de C2:

“Eu compreendo. Eu compreendo, sim, é prá fazer massagem três vez por dia, eu faço, prá colocar a roupa direto, eu coloco. É isso”.

“(...) Achei muito, muito legal mesmo vocês. Adorei. Sabe o que é adorei? Foi vocês. Nunca sabia na minha vida. adorei porque atende

minha filha bem, conversa com ela, são umas paciente (querendo dizer que os profissionais têm paciência com a menor), muito legal, assim. Muitas tem que gostou muito dela demais. Tudo que manda, vocês manda fazer, eu faço”.

Tal confiança desenvolvida pelas mães está na assimetria dos papéis ou foi construída nas interações com o terapeuta? Eis um questionamento que não poderá ser respondido com os dados obtidos neste estudo, sendo necessário que este seja aprofundado posteriormente.

Duas das mães são concordantes em afirmar que se sentem ouvidas, o que é retratado através das expressões “que me escuta” e “porque eu desabafo”. Também afirmam que gostam do tratamento recebido durante os atendimentos quando dizem “me sinto muito bem”, “sou bem recebida” e “consigo sair aliviada”:

Mãe de C3:

“As únicas pessoas que me escuta, é tu e Ivana (a psicóloga infantil)”.

“Eu só consigo/ é: conversar com duas. É com a fisioterapeuta e/ a psicóloga. As duas únicas. Só. Todas as vezes que eu venho aqui pro hospital, já são direto prá essas duas pessoa. Daqui... eu vou embora”.

“Eu me sinto muito bem. Eu... no meu lado, eu num falo nem no meu lado, falo só no lado de C3, mai se eu falar no meu lado, eu sou bem recebida, eu, é: num olho o lado de ninguém, que num me importo eu, né? Tratando C3, tudo bem. Tratando C3 bem, é o suficiente prá mim”.

Mãe de C4:

“Consigo. Consigo sair aliviada porque eu desabafo”.

No dizer de Boltanski (1989, p.44), existe “uma barreira lingüística que separa o médico do doente das classes populares” porque aquele usa palavras próprias do discurso médico-científico que são muitas vezes desconhecidas e assumem, na perspectiva do paciente e de sua família, significados os mais

diversos. Tal fato ocorre porque existem “diferenças lexicológicas e sintáticas que separam a língua das classes cultas da língua das classes populares” (BOLTANSKI, 1989, p.44).

No presente estudo, 6 das 7 mães entrevistadas afirmam compreender o que é falado pelos profissionais que assistem seus filhos no Ambulatório de Fisioterapia. Aqui a “barreira lingüística” a qual Boltanski se refere parece não existir, exceto em um dos casos, no qual a mãe afirma ter dificuldades para entender o que é dito pelos profissionais:

Mãe de C3:

“Eu num/ eu vou ser sincera porque... eu num pergunto às vezes/ é: tira, entendesse, sai da cabeça, às veze eu pego algumas coisas (referindo-se às informações dadas), mai devido a muita coisa, esqueço. Prá mim é difícil muitas vezes de eu entender, e às vezes eu esqueço”.

Perguntou-se também às crianças e às mães o que elas achavam do tratamento com as malhas compressivas e se conseguiam usá-las. Foi considerado que as respostas a estas questões estariam representando a compreensão que os entrevistados tinham acerca do tratamento compressivo.

Assim observou-se que aos olhos das “crianças que aderiram ao tratamento”, a compreensão acerca do tratamento compressivo mostra-se presente em suas falas quando dizem achar o tratamento “bom”, quando justificam o uso da malha através de argumentos lógicos do tipo “*prá afinar*” e “*prá ficar lisinho*” e quando explicam o que acontece com a cicatriz quando usam a malha. Ao comparar suas falas com as falas das mães, percebe-se que ambas utilizam grupos nominais semelhantes para expressar a satisfação com o tratamento:

C6, menina, 6 anos:

“É, eu tô: é, eu tô ficando com a malha direto, mas/ quando ela tá suja aí é: eu num agüento não passar (incompreensível) quando ela tá bem suja. Aí eu visto a outa. Que quando enxuga aí eu boto”.
“Eu acho bom prá ficar baixo”.

“Gosto. Fica bem lisinha. Isso aqui ó, isso aqui (tocando a cicatriz da coxa) fica liso, liso quandi eu tiro...(referindo-se aos primeiros momentos quando tira a malha para o banho)”.

“É, quando tá alto, né, é: quandi fica coçando. Aí quandi eu boto a malha aí num coça”.

Mãe de C6:

“Prá mim tá sendo muito bom porque tá baixando mais a cicatriz dela. Ela tá sempre mais melhor”.

“É bom. É bom que abaixa a, a: a cicatriz abaixa muito. Quando usa, é”.

“Vejo sim, que tá bem, bem baixa. Ta ficando bem normal a pele dela que era bem alta, não era? Agora já tá bem: ficando bem baixa”.

“Agora a da perna onde tá usando a malha, ela num coça um tanto. Ela coça mais a da barriga que ela ainda num tá usando (aguardando compra pelo Serviço Social do hospital)”.

C5, menino, 8 anos:

“Bom, bom. Porque sim. Afina ela (referindo-se à cicatriz)”.

“Sim”.

“Porque sim. Prá afinar”.

Mãe de C5:

“Eu to achando mui/ muito legal. Ta/ recuperando bem. Porque é: é: acho que é: a, a, a: assim prá saúde dele né? Assim, eu acho que, que tá recuperando assim a, a, a pele dele, né, tá afinando a pele/ tá vendo resultado, né. É. A cicatriz ta afinando”.

“Sim, às vez as pessoas procura se, se aquela cicatriz volta ao normal. Eu disse, ‘não. Num acho que: prá ficar do jeito que era num fica não, né. Sempre vai ficar a cicatriz. Sempre vai ficar, né. A mancha. É”.

“A diferença é porque tá afinando, né. Muita diferença”.

Neste grupo as crianças também apontam os desconfortos que o uso da malha compressiva provoca, embora no discurso de suas mães essas sensações ruins não os impeçam de aderir ao tratamento. Percebe-se que as mães parecem não valorizar os desconfortos que a malha provoca nos filhos e tendem a valorizar

apenas os efeitos positivos do tratamento compressivo. Alguns termos utilizados tais como: “*é pra baixar a cicatriz*”, “*não tem condição de fazer uma plástica*”, “*tá ajudando a cicatrizar, a afinar*” demonstra que houve influência do discurso do terapeuta no discurso da mãe:

C6, menina, 6 anos:

“Mas num coça muito não. Quandi é de noite eu durmo aí num coça. É quandi tá suja”.

Mãe de C6:

“Agora a calcinha ela usa direto. Só tiro prá lavar quando ela toma banho e visto de novo. Ela não reclama”.

“De ruim eu num acho não. Eu acho de bom né, que seria bom que é prá baixar a cicatriz... É porque a gente não tem condição de fazer uma plástica, né? Eu acho que é melhor usar a malha, né?”.

C5, menino, 8 anos:

“A malha é apertada. É apertada. É apertada”.

Mãe de C5:

“Consegue, ele, ele só dá, assim, só deu trabáio só no início. Mai depois se acostumô”.

“Não, só acho que ela é, é boa porque tá ajudando a, a cicatrizar, a, a/ afinar. É. Só isso”.

Já as “crianças que usam a malha uma parte do dia” parecem estar divididas entre o lado bom do tratamento quando usam expressões positivas do tipo “*abaixa a cicatriz*”, e o lado ruim diante dos desconfortos que provoca usando expressões negativas do tipo “*faz calor*”, “*aperta*” e “*coça*”. Em duas situações, elas associam o uso da malha à “diminuição da coceira” e no relato em que a sensação de “coceira” aparece como desconforto, ela está associada ao “calor”. Neste grupo, quando se comparam as falas das crianças e de suas respectivas mães, percebe-se que a mãe também exerce certa influência na construção do “saber” que a criança adquire a respeito dos efeitos da malha na cicatriz:

C1, menina, 9 anos:

“A malha é boa porque abaixa a cicatriz, e num, num dá coceira”.

“É bom e é ruim. Por que é bom, porque abaixa a cicatriz. Por que é ruim, porque faz calor”.

“Acho que faz muito calor”.

“É que tem vez que dá coceira, por causa do calor, aí, aí eu pego, levanto a malha e coço”.

Mãe de C1:

“Faz tempo, faz tempo vi Cláudia, que parou de coçar... (...). Ah, eu acho que foi a malha visse, foi a malha que prestou e parou de coçar”.

C2, menina, 9 anos:

“Eu acho/ bom. Mas, mas, mas é muito QUENTE demais. Já tá quente tá vendo? E foi botada agora”.

“A minha cicatriz tá poquinho (incompreensível), ficava coçando que só, aí eu passava a coisa assim ó (demonstra com as mãos) abanando. Pa, passou”.

“Fica coçando. Coça”.

“Eu? Num, num, num gosto muito não porque fica esquentando. Aperta. Muito”.

“Ela/ quando eu corro de bicicleta que esquenta logo. Dá aquela agonia, aí eu tomo banho. Eu/ fica aquela AGUNIA que faz eu tirar”.

Mãe de C2:

“Uma melhora muito grande. A melhora porque quando ela coloca a roupa abaixa a cicatriz, abaixa muito. Tem vez que quando eu tiro prá lavar, que sempre tem que lavar, ela fica coçando, e quando coloca ela pára a, a coceira (...)”.

C7, menina, 9 anos:

“Porque ela abaixa a minha pele”.

“É ruim. Porque incomoda. É muito quente”.

“É muito quente. Muito. Esquenta muito”.

Mãe de C7:

“Que é bom, é um tratamento que a pessoa vê que tá melhorando, né. Assim porque: tava bem alta a queimadura, né, tá baixando... baixa de um jeito que tá quase como a pele normal”.

Neste grupo todas as mães enfatizam a melhora do quadro cicatricial após a criança ter iniciado o uso da veste compressiva usando palavras que expressam apreciação tais como “*legal*”, “*ótimo*” e “*bem*”. Duas das mães usam o termo “*maravilha*” para expressar a satisfação com o tratamento:

Mãe de C1:

“Foi ótimo porque ela num mexia o braço nera, o braço dela num mexia. O braço dela já tá normal. O pescoço também já tá normal. Óia foi ótimo essa roupa, foi... maravilhoso... a roupa”.

“Prá mim é assim, se ela não tivesse usando a malha, aquilo ali ia ficar grosso, aquilo ali. Porque eu vi uma criança no hospital (referindo-se ao CTQ) que ele num tava usando e vi como era que tava a, a, o corpo dele quando tava internado; e ela não, já tá ficando mais lisinho, mais fininho o corpo dela, o rosto, o braço. Tão tudo mais lisinho, num tá aquela coisa grossa que nem a do menino, quando eu vi a do menino. Tá bem, bem melhor com a malha. Sim, a cicatriz tá bem melhor”.

Mãe de C2:

“Esse tratamento minha fia com a roupa é uma maravilha. Eu achei legal, desde que ela começou a usar a roupa tô sentindo uma miora muito grande dela, tô sentindo aliviada mesmo (...)”.

“A cicatriz dela/ aumentava né. Quandí a primeira vez que ela pegou a roupa ficava muito apertada demais, mas... tá baixando, tá uma maravilha mesmo”.

Mãe de C7:

“Assim, que logo quando começou foi a massagem, né, foi bom também a massagem porque foi aliviando, que ela sentia muita coceira também... aí até as coceira diminuíram, aí passou a malha, aí isso fez um bem prá ela”.

Percebe-se que duas dessas crianças e suas respectivas mães alegam que os motivos para a adesão parcial ao tratamento compressivo são os desconfortos que a malha provoca, aqui caracterizados pelas expressões “coçando muito”, “fede muito” e “muito quente”. Parece que o uso do advérbio de intensidade “muito” simboliza um desconforto extremo para a criança:

C1, menina, 9 anos:

“Consigo (referindo-se à blusa). (...) Aí/ é: quando faz muito calor eu uso. Eu, eu fico: é: minha mãe me: me: abanando e: e eu uso a malha. Quando eu tô dormindo, aí fica coçando MUITO. Aí eu tiro/ quando é de manhã aí eu boto (demonstra com gestos que está referindo-se à blusa)”.

“O colar... eu não USO. Porque fede muito, parece um urubu MORTO”.

Mãe de C1:

“Usa, a roupa ela usa, só assim, só incomoda mais o colar, e quando ela vai dormir ela tira a mentoneira, às vez fica aqui (tocando no pescoço), às vez ela tira e amanhece na cama, quando é de manhã ela bota de novo. Só o que incomoda mais nela é o colar”.

“Só o colar que ela num gosta. Só por causa daquele cheiro do colar é que ela num: se agradou muito não, mas a malha e a mentoneira ela usa”.

C7, menina, 9 anos:

“Só quando vou dormir. Só à noite”.

“Muito quente”

Mãe de C7:

“Tá não. O dia todo não. Usa mais à noite. Porque ela diz que assim por cima do peito né, esquenta muito, incomoda / aí num quer usar”.

“Assim, ela fala que esquenta. Assim a quintura, né, porque esquenta muito. Quando tá chovendo é bom de ela usar, mas quando tá no sol quente/ a dificuldade é grande prá usar”.

A outra criança deste grupo também só usa a malha um período do dia, porém nota-se que ela não apresenta argumentos que justifiquem sua adesão

parcial ao tratamento, antes uma atitude passiva diante da vontade da mãe. A mãe, por sua vez, entende que “usar a malha o dia todo” significa “usar a malha de manhã e de tarde”, percebe-se também que a mãe parece achar que a malha “muito apertada” seja prejudicial para a criança:

C2, menina, 9 anos:

“Só tiro de noite”.

“Porque, porque a mãe que se cuida de, de botar a malha no filho.

Mãe? Mãe se importa. Tiro de noite e bem cedo eu coloco”.

“Porque mãe di assim: bote a malha! Aí eu pego, coloco, ataco tudinho, até que coloco tudo”.

Mãe de C2:

“O dia todo não. Não, de noite ela, só que eu num deixo ela com a roupa porque fica muito apertada”.

“Assim uma base de sete hora. Direto, inté onze hora. Onze hora do dia, eu pego, tiro, dou banho nela, faço massagem nela, coloco, prá poder ela ir prá escola. Até umas cinco hora/ tem vez que até seis hora quando eu vou dá banho nela. É assim”.

No grupo de “crianças que não usam a malha” observou-se situações muito adversas das encontradas nos outros dois grupos. Uma das crianças (**C4, menino, 9 anos**) respondeu com o silêncio, mantendo a cabeça e os olhos voltados para o chão, quando perguntou-se o que ele achava do tratamento com a malha. Quando foi questionado se ele sabia explicar para que servia a malha compressiva a resposta foi inicialmente o silêncio seguida de um “*não*” emitido em tom de voz muito baixo. Porém esta criança demonstra que consegue perceber os efeitos da malha compressiva quando questionou-se o que aconteceu com a cicatriz quando ela usou a malha durante uma semana após a terceira cirurgia plástica reconstrutiva:

C4, menino, 9 anos:

“Ficou baixinha (falando em tom de voz muito baixo)”.

A outra criança deste grupo acredita que vai morrer se não usar a malha. Observa-se que essa é uma crença da mãe inculcada na criança,

demonstrando mais uma vez a influência do “saber” da mãe na construção do “saber” da criança:

C3, menino, 7 anos:

“Pá eu ficar bom. Da queimadura”.

“Vai sumir. Isso daqui (tocando as cicatrizes do pescoço)”.

“Puquê isso daqui vai baixar (tocando no queixo). Puquê se eu num usá a máia, o colete (tocando o pescoço), eu morro. Puquê eu não podo ingulir água mai, aí eu morro. É”.

Mãe de C3:

“Porque:/ num vai baixando o pescoço? A cada vez mais/ ele já num tem a área do pescoço, e, cada vez mais baixando, baixando, vai tapar o fôlego dele e le vai ficar sem respirar. Vai ficar sem engolir água e uma pessoa que não consegue/ respirar e engolir água morre”.

As mães das crianças deste grupo, diferente dos filhos, qualificam o tratamento com as malhas compressivas usando os adjetivos “bom”, “ótimo” e “importante”. Uma delas não apresenta argumentos para tal qualificação, apenas expressa suas crenças a respeito das conseqüências da não-adesão ao tratamento:

Mãe de C3:

“Eu acho... ótimo, num é, eu acho assim, que se C3 usasse ela com freqüência, como é que ele é prá usar, ele/ eu tinha esperança de um dia ele ficar bom. Mas do jeito que ele tá, sem usar ela, eu tenho esperança de que? De um dia perder ele. Só o que, que vem na minha cabeça, porque sem ele usar a malha, eu digo isso a ele todo dia. C3 use a malha, porque você usando a malha, você tem descendência de um dia melhorar. E se você não usar a malha, você tem descendência de piorar, de chegar até um período de morrer. Porque/ num vai baixando o pescoço? A cada vez mais... ele já num tem a área do pescoço, e cada vez mais baixando, baixando, vai tapar o fôlego dele e ele vai ficar sem respirar. Vai ficar sem engolir água e uma pessoa que não consegue/ respirar e engolir água morre”.

Enquanto a outra consegue justificar por que acha o tratamento “*bom*” e “*importante*”. Em sua fala, expressa já ter observado que a malha deixa a cicatriz “*baixinha*”, mas também deixa claro que sua crença na eficácia do tratamento se dá a partir da avaliação leiga que faz do profissional ao usar a expressão “*os médico são legal*”:

Mãe de C4:

“A malha... ela TEM de bom sim. Porque ela abaixa muito a cicatriz dele. Fica baixinha/ aquilo ali vai ser uma melhora prá ele. Se ele continuasse a usar aquela malha ele num tava mais nesse tratamento, ela já tinha terminado”.

“O que eu acho, é: porque/ esse tratamento/ meu filho, eu tenho/ assim né, que eu fazeno esse tratamento, direitinho do jeito que vocês manda eu fazer, meu filho vai ficar bom. Meu filho vai ter uma melhora, vai ter saúde, num vai voltar aquelas coisa feia que ele/ que tem em cima dele. Aquilo ali vai acabar. O que eu acho é isso. Essas cicatrizes grossa que ele tem. É. E meu filho vai ficá bom, volta ao normal. É o que eu acho”.

“Eu acho muito importante esse tratamento... eu mermo acho muito importante, porque os médico são legal, azem o tratamento muito bem... agora só/ que ele num ajuda. C4”.

Observou-se também que as duas crianças deste grupo não mencionam em suas falas os efeitos benéficos do tratamento compressivo, e dão muita ênfase aos desconfortos que o tratamento provoca, sendo as expressões “*porque dói*”, “*porque queima*”, “*porque fica apertado*” as justificativas para o não uso da malha:

C4, menino, 9 anos:

“Fica doendo (baixinho). É ... passa quando tira a malha (baixinho)”.

“Não (quando perguntou-se se ele estava conseguindo usar a malha). Porque dói. Dói. Porque fica apertado”.

C3, menino, 7 anos:

“Que ela dói. É . coçando. Coça, dói, queima. Puque ela queima”.

“(...) aí eu não quero usar. Puque ela queima”.

“Só quando pai manda eu usar eu boto. Puque... ele dá em mim”.

As mães dessas crianças confirmam as respostas dos filhos, mas parecem não compreender porque os desconfortos que a malha provoca interferem na atitude dos filhos:

Mãe de C3:

“Consegue não. Ela nunca aceitou, nunca ele foi favorável de dizer assim, ‘Mainha eu hoje vou usar a malha’. Muita vez quando ele tá usando, é porque ele tá a pulso, ou então é porque eu obriguei, ou alguém obrigou. Mas por conta dele mesmo, ele nunca coloca”.

Mãe de C4:

“É: ele num quer usar, ele num consegue usar não. Ele di: que queima, ele di: que fica furano, coçando, dueno/ ele num, num qué usá. Eu coloco, quando é cum cinco minuto que eu coloco a malha nele, ele/ tira. Ele num fica com a malha, num quer aceitá de jeito nenhum. Derne que começou”.

“Eu num sei nem lhe dizer né, porque... eu pergunto a ele, ele só faz dizer que tá dueno, coçando, furano. Fica quintura, ele diz que fica aquilo esquentano e ele não consegue, ele diz que sente muito calor”.

“Ele fica dizendo, é rim, é rim mainha, eu num vou usar não que é rim. Fica dueno em mim, fica queimano, fica, dá muita quintura em mim. Aí ele num consegue ficar”.

Vários são os fatores citados na literatura científica que estão associados com a adesão a tratamentos medicamentosos em pediatria, dentre eles a compreensão dos pais quanto à importância do tratamento ou a percepção quanto à gravidade da patologia, mesmo em tratamentos de longo prazo (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

No caso específico de adesão de pacientes queimados ao tratamento com as vestes de compressão elástica, a literatura aponta que além da compreensão sobre a importância do tratamento, o nível de satisfação dos pacientes e seus familiares em relação à eficácia ou controle da cicatriz e em relação aos

desconfortos que provoca são também fatores que estão associados com a adesão dos pacientes ao tratamento (CHENG et al, 1996; BROWN, 2001).

Tal fato também foi observado nesse estudo uma vez que no grupo de “crianças que aderiram ao tratamento”, tanto as crianças quanto as mães demonstraram ter compreendido os efeitos benéficos do tratamento compressivo, aparentaram satisfação com os resultados do mesmo e, apesar de relatarem alguns desconfortos, estes aparentemente são bem suportados pelas crianças, não interferindo portanto no processo de adesão ao tratamento com as vestes compressivas.

Foi observado também, a partir dos discursos analisados, que algumas das “crianças que não aderiram ao tratamento” parecem desconhecer os benefícios que o tratamento com as vestes de compressão elástica podem trazer para a cicatrização patológica. Tal desconhecimento pode ser decorrente da falta de informação por parte dos profissionais de saúde que as assistem ou por inadequação dos termos utilizados por esses profissionais durante os encontros terapêuticos, considerando os aspectos cognitivos da criança. Entretanto, tais conjecturas só poderão ser confirmadas em estudos posteriores nos quais estejam incluídas entrevistas com os profissionais de saúde e a gravação de atendimentos onde os terapeutas estejam transmitindo orientações referentes ao tratamento.

Brown (2001), ao realizar pesquisa sobre satisfação e aceitação de pacientes queimados adultos, adolescentes e crianças ao tratamento compressivo em dois hospitais da Arábia Saudita, identificou várias razões para a descontinuidade do tratamento, dentre elas: ‘muito quente’, ‘dor’, ‘criança chorosa/assustada’, ‘coceira’, ‘muito apertado’ e ‘mau cheiro’.

Pesquisa semelhante foi realizada por Stewart et al (2000), em 6 hospitais da costa leste da África do Sul, onde os pesquisadores tinham por objetivo investigar os fatores que afetavam o comportamento de adesão à veste compressiva de pacientes adultos vítimas de injúria térmica nas perspectivas dos pacientes e dos profissionais de Terapia Ocupacional. Foi observado que na perspectiva dos

pacientes, a coceira e o calor dentre outros, foram os fatores mais aprontados como razões para descontinuidade do tratamento compressivo.

Tais resultados se assemelham aos encontrados neste estudo quando se percebe que as falas das “crianças que não aderiram ao tratamento” apresentam também as mesmas sensações desconfortáveis como motivos para a não-adesão ao uso das vestes compressivas.

Quanto à coceira intensa referida pelos pacientes, a literatura aponta que, em cicatrizes pós-queimadura, é fato corriqueiro e está associada com pele seca por causa da destruição de glândulas sebáceas em lesões de espessura parcial e total. Esta sensação desconfortável pode até piorar durante o tratamento com a veste compressiva e em locais de clima quente e úmido, o que pode gerar no paciente distúrbios do sono e de humor, depressão e pobre aceitação ao tratamento de reabilitação (HO et al, 2001). Neste estudo a coceira foi referida por várias crianças e esteve sempre associada ao calor. No entanto, as mães dessas crianças referem que a cicatriz parou de coçar após o uso da malha compressiva e uma das crianças também refere a mesma percepção. Talvez essa diminuição da coceira esteja mais associada à boa lubrificação das cicatrizes e não propriamente ao uso das vestes compressivas.

Neste estudo fica claro que as “crianças que aderiram ao tratamento” parecem sentir menos incômodos com o tratamento compressivo do que as “crianças que não aderiram ao tratamento”, especialmente as que pertencem ao grupo de “crianças que não usam a malha”.

Percebe-se, também, que no geral as falas das crianças estão permeadas por palavras do vocabulário materno, o que pode ser constatado quando se compara os depoimentos das mães com os depoimentos das crianças.

Segundo Lier-de Vitto (1995, p.51), “o que se presentifica na voz da criança são ‘pedaços/restos’ de ‘já ditos’ que se articulam de modo peculiar, compondo um tecido esgarçado e sem fecho. O que a criança diz guarda sua relação com um ‘já dito’ e dito ‘de um certo modo’”. Este fato atesta a relação do

“dizer” da criança com o “dizer” da mãe ou de outras pessoas que façam parte do seu dia-a-dia, incluindo os profissionais de saúde que as assistem.

Um fato observado nesse estudo é que as mães de todos os grupos tenderam a qualificar o tratamento como “*bom*” e aparentemente não valorizar os desconfortos que a criança diz sentir, quando usa a malha.

Talvez essa seja uma resposta que a mãe tenha emitido nas entrevistas porque inconscientemente sabe que o seu papel como mãe é querer o melhor para o seu filho e isso na prática social médica implica em aprovar tudo o que o “doutor” prescreve para ele uma vez que, segundo Magalhães (2000, p. 138), “os médicos têm uma representação do lugar da mãe e da criança, considerando que compete à mãe adotar uma conduta benéfica à saúde da criança”.

Entretanto essa conduta benéfica nem sempre é possível, considerando que a mãe nem sempre consegue seguir as orientações terapêuticas porque fica dividida entre atender à “ordem” do profissional de saúde em quem confia e cuidar do filho minimizando ao máximo seu desconforto.

Numa tentativa de aprofundar ainda mais a compreensão sobre o fenômeno da não-adesão ao tratamento compressivo, e objetivando identificar como as mães procediam, em casa, para conseguir a adesão das crianças ao mesmo, no decorrer das entrevistas, perguntou-se às crianças se seus pais conversavam com elas sobre a queimadura e se explicavam para que servia o tratamento com as malhas. Posteriormente, perguntou-se às mães se elas conversavam com as crianças sobre a queimadura e se explicavam para elas para que servia o tratamento compressivo.

Então, no grupo de “crianças que aderiram ao tratamento”, ao comparar as falas das crianças e de suas mães, observou-se que crianças e mães expressaram conteúdos diversos e às vezes antagônicos no que se refere às conversas sobre a queimadura e o uso da veste de compressão elástica. Parece não existir diálogo entre mães e filhos quando o tema é “a queimadura e o tratamento das cicatrizes”. Em um dos casos a criança parece “ensinar à mãe” os efeitos da

malha na cicatriz, e no outro a mãe afirma que não conversa com a criança sobre os efeitos da malha:

C6, menina, 6 anos:

“Não. Num gosto assim de falar prá ele, prá pai... porque pai é muito nervoso... quandi ele vê eu, ele fica/ é: fica saindo lágrima dos óio dele. É”.

“Converso. É.... eu falo prá ela como (incompreensível) porque ela num sabe direito não”.

“Fala. Ela (referindo-se à mãe) diz que é prá eu usar, prá baixar, prá num ficar alto...(referindo-se ao uso da malha e seus efeitos na cicatriz)”.

Mãe de C6:

“A gente conversa, mas ela não gosta que a gente relembre mais, ela fica nervosa se falar com ela. Assim ela diz, eu não quero mais saber não. Ela não quer mais que fale. Às vezes ela fica assim pensando aí diz, eu não queria me queimar. Eu digo, mais ninguém quer né? Foi que aconteceu. Mas ela num gosta não que eu fique falando não. Quando as pessoas pergunta ela tem vergonha, ela num quer mostrar... ela fica cum vergonha, prá pessoas num vê. É. Ela tem vergonha”.

“Ela (referindo-se à criança) diz. Que é prá ficar, prá baixar a cicatriz, prá ficar normal a pele. Ficar igual que nem era (referindo-se ao uso da malha e seus efeitos)”.

“(...) Ela (a criança) mesmo me ensina a mim como é que bota (referindo-se à malha). Ela ensina”.

C5, menino, 8 anos:

“Conversa (incompreensível) a queimadura coça, mãe pergunta”.

“A malha é apertada (referindo-se a um comentário da mãe)”.

Mãe de C5:

“Converso. Assim, converso assim prá ele não, não pegar mais em fogo, né, prá não acontecer mais isso”.

“Não, isso assim não falo não (quando perguntou-se se falava com a criança sobre os efeitos da malha na cicatriz)”

As mães desse grupo demonstram através de suas falas o uso da autoridade materna para convencer os filhos a usar a veste compressiva. E, embora não usem ameaças, não fazem uso de seu entendimento acerca do tratamento para argumentar com a criança sobre os efeitos positivos do mesmo:

Mãe de C6:

“Eu converso, e ela já sabe. Aí a irmã dela Cidinha que vem com ela, acompanha ela diz, você já sabe né? Que é prá usar a malha? Aí ela diz, eu já sei (...).”

“(...) Porque a minha quando não quer eu digo, você tem que usar, tem que colocar a malha. Aí ela termina colocando, ela fica nervosa logo, aí depôis ela diz, depois bota vai. Pronto, aí bota (...).”

Mãe de C5:

“Assim, não, é: é: assim, eu alei assim que, que prá nós é: é: / vai usar a malha prá nós evitar de, de, de, de vim nessas viagem que é muito longe”.

Na perspectiva das “crianças que usam a malha uma parte do dia”, pode-se perceber em suas falas a insistência das mães quanto ao uso da malha. Duas dessas crianças referiram que as mães justificavam o pedido alegando alguns dos efeitos positivos do tratamento compressivo:

C1, menina, 9 anos:

“Mãe diz, mãe diz direto, de manhã até de noite (incompreensível), usa a malha, usa a malha, usa a malha. Fica no meu pé. Direto. Usa a malha, usa a malha, usar a malha é bom. Sabe, ela... é, ela diz que... porque a malha é boa”.

“Não. Ela que conversa comigo. Ela diz assim, a gente faz um longo tratamento (tentando imitar a voz da mãe)”.

“Sempre a mesma coisa, é bom. Usa a malha”.

“Explica. Que abaixa a cicatriz”.

C7, menina, 9 anos:

“Sobre a malha. Prá eu usar a malha o dia todo. Prá abaixar e prá não fazer cirurgia”.

A outra criança deste grupo alega que a mãe “conversa” com ela sobre o tratamento, embora não pareça haver diálogo, antes algo imposto:

C2, menina, 9 anos:

“Conversa. Ela diz assim, C2 usa a malha, prá ficar boa”.

Nas falas das mães deste grupo, percebe-se que elas não dialogam com as crianças fornecendo argumentos lógicos que lhes dessem um sentido ao ato de seguir as orientações terapêuticas domiciliares. Ao contrário, adotam discurso autoritário, de orientação monológica, baseado em ameaças, chantagem emocional e, às vezes, extrapolando para gritos e castigos físicos:

Mãe de C1:

“Mái ói vamo usar a malha que você sabe que é um tratamento bom, que você, é: num tivesse usando essa malha seria (incompreensível), o menino que tava fazendo terapia aqui, um menino que tava lá com aqueles catombo (referindo-se à cicatriz hipertrófica), aquelas coisa meio molenga assim, aqueles caroço no corpo dele. Aí tá vendo, você viu o menino que ele já se veio fazer cirurgia, vinha, foi, vinha fazer cirurgia, é porque ele não usou a malha, aí/ ela usa”.

Mãe de C2:

“Tá. Tá usando. Olha ela usa, (...) tem vez que ela não quer usar, mas eu faço, faço força prá ela usar, tem vez que ela chora”.

“Tem vez que eu dou umas tapas nela, que eu num vou mentir. Aí pronto, ela coloca, passa o dia todinho, brinca, pronto”.

Mãe de C7:

“Converso, explico tudo prá ela direitinho, agora tem dia que eu num tô cum paciência. Eu me estresso muito, começo a gritar logo prá ela usar a malha...”.

“Converso. Eu digo, o que é que a doutora diz? Ela diz que tem que usar direitinho, que é prá ficar boa logo, tudinho... Às vez ela

entende, às vez tem dia que ela num entende, aí num quer usar... começa a chorar logo...".

No grupo das “crianças que não usam a malha”, a análise de suas falas sugere a existência de forte assimetria da relação mãe-filho caracterizada pela total ausência de argumentação. Observa-se em um dos casos “ameaça” e no outro “desvalorização” em relação ao desconforto que a malha provoca:

C3, menino, 7 anos:

“Cunversa, cunversa. Tu tem que usar a malha, senão tu vai morrer. Painho e mainha”.

C4, menino, 9 anos:

“Ela diz que dói... mas eu tenho que... ficar doendo”.

As falas das mães destas crianças confirmam o autoritarismo e a forte assimetria da relação. Também adotam discurso autoritário, de orientação monológica, baseado em ameaças, chantagem emocional e, às vezes, extrapolando para castigos físicos, numa tentativa de “convencê-las” a aderir ao tratamento:

Mãe de C3:

“Converso. Converso muito. Dou muito conselho mesmo. Falo coisa que, até que... Muitas vez até que num, num tá incluído na cunversa. Eu incluo por fora. Eu digo a ele que... Muitas vezes mãe vai morrer, mãe chora/ Que ele é/ Mãe é uma das pessoa que ele mais ama, fora eu e o pai, né. É: Eu digo que: Ele nunca mais vai ver a gente... Se ele num usá a malha. Que ele vai prá um lugar que ele nunca mais vai sair de lá... Eu invento entendesse, as cunversa incluída, na malha. C3 tá nem aí (com voz desanimada).”

“Explico. Da, da maneira que eu sei, né. Eu explico assim, que se ele não usá a malha, ele vai morrer; se ele usá a malha vai levantar a área do pescoço, vai amolecer a pele. A, a, ele mermo entende. Quando ele usa a, o, a cantoneira (querendo dizer a mentoneira), só a cantoneira, que ele passa uns dois segundo ou três... A mentoneira, sim. Ele di: Ó mainha como tá lisinha! Ele mermo percebe que fica lisinha. Sedosazinha, né, a pele. Mai ele num, num

escuta. Eu digo, eu digo assim, olha/ É: Usa a malha, que/ Assim tu vai ficar sem engoli água, sem respirá... Eu digo assim, Ó C3, tu num sabe, né C3, que se tu num usá a malha, tu vai morrer, tu vai chegar a morrer um dia? Ele diche, É.. Vai acontecer o que com tu C3? Eu vou ficar sem respirar, sem enguli água... E a pessoa sem respirar e engolir água, acontece o que com ela? Morre. Ele mermo diz logo. (incompreensível) assim, né, que eu vejo, que eu sei também, né”.

“E eu digo direto, C3 óia, é: usa a malha. Que esse ano eu quero fazer a formatura dele do ABC. Sabe, Mainha vai fazer a sua formatura, mai eu quero que você teja já sem isso. É. Sem isso, o pescoço abertinho. Mermo na formatura ele com a malha, que pelo menos ele aceitasse, entendesse Claudinha”.

“Ele num se chega, ele num me escuta, ele num me obedece, entendesse? É muito difícil. Prá C3 me obedecer ele tem que tá sentindo a maior dor do mundo. Ele tem que tá... muito doente, pá pudê ele me escutar. C3 num me escuta. Muitas vez eu tenho dizido em casa que, que eu vou embora, entendesse, que eu vou embora, vou pegar o cartão dele (do benefício), dar a alguém prá o pessoal receber o dinheiro dele. Ele fica olhando prá minha cara. Eu vou embora porque ele num me obedece. Ô C3 eu vou embora porque tu num me obedece, pelo meno a outa pessoa tu obedece. Ele tá nem aí”.

“Às vez quando ele tira, sai do sério, às vez eu dou uma lapadinha (...).”

“E ele sabe, eu digo, Óia C3 tu visse Marq/ eu falo muito com ele sobre Marquinho. Ói, se você não usar a malha, você vai ficar igual a Marquinho, que cada vez vai fazeno cirurgia e vai ficano pior ainda. Ele disse, Ó, mainha, eu vi mainha, Marquinho. Acho que foi terça-feira essa que ele viu”.

Mãe de C4:

“Converso. Eu digo a ele que esse tratamento é muito importante prá ele. Essa malha que ele tá usando é muito importante prá ele ficá

bom, prá num ficá com aquele feio no rosto que é a cicatrize grossa. (...).

“Converso. Mermo assim eu falo. É mermo assim. Prá num fazer mai cirurgia. Não precisar. Eu pergunto a ele, Marquinho você tem medo de, de ir prá lá prá cima fazer cirurgia? Ele diz que tem, Mainha eu tenho medo da anestesia, porque na hora eu num vejo mai a senhora, naquela hora que eu levo aquela furada, eu num vejo mai a senhora e quando eu venho ver a senhora, eu, eu fico olhando, vejo a senhora rodano quando eu vou abrino os óios. Eu digo, meu fio tem medo é? E ele diz que é. Eu disse a ele, eu sempre falo prá ele, ói Marquinho pois você tem que usar essa malha aqui, prá não acontecer isso mais. Se você é, usar essa malha isso aqui não vai acontecer mais não meu filho. Você vai ficar bonzinho sem precisá de tá levando essa anestesia, essa furada que você di: que tem medo. Ele fica, aí ele bota, aí pôi coloca mãe, ele manda. Eu boto. Dou a massage e boto. Daqui a pouco ele chega, Mainha, tira mainha, tira mainha que eu num agüento mai não, num agüento mai não, tira essa malha de mim mainha, tira mainha.(...)”.

Tais depoimentos deixam claro que as mães entrevistadas buscam cumprir com as orientações terapêuticas sugeridas pelos profissionais de saúde, quer porque estejam compreendendo os efeitos positivos do tratamento compressivo, quer porque simplesmente desejam o melhor para seus filhos.

No discurso médico pediátrico, os profissionais de saúde consideram as mães “pessoas indispensáveis para o tratamento e a cura da criança, talvez pelo papel normalmente atribuído à mulher no contexto da família” (MAGALHÃES, 2000, p.34). O papel social da mãe é cuidar dos filhos e, quando estes estão doentes a elas é cobrado, lidar com as prescrições terapêuticas, sendo então de sua responsabilidade a adesão da criança a um tratamento proposto.

Não seriam estes os motivos que levaram as mães do nosso estudo a recorrer ao discurso autoritário numa tentativa de conseguir a todo custo a adesão de seus filhos ao tratamento compressivo?

Não seria esse um comportamento derivado do autoritarismo e tirania dos profissionais de saúde que conferem à mãe uma posição de cuidadora e responsável por tudo de ruim que possa acontecer com a criança?

Segundo Magalhães (2000, p.34), os profissionais de saúde tendem a supervalorizar o papel das mães, esquecendo que elas são “seres humanos sobrecarregados de responsabilidades, pessoas sofridas que precisam de atenção e merecem respeito e admiração”, estando sempre divididas entre a vontade de ver curado seu filho e a necessidade de provê-los de conforto afastando tudo que possa trazer-lhes infelicidade.

Diante de tal atitude da mãe, cabe ao profissional de saúde, antes de criticar, desenvolver uma atitude de compaixão para com esta mãe, o que segundo Beauchamp e Childress (2002, p.500), pressupõe os sentimentos de simpatia, piedade e solidariedade expressos na ação benéfica de aliviar seu sofrimento.

Dessa forma, este profissional, provido da virtude da compaixão tenta acalmar, apoiar, ouvir e orientar essas mães para que elas possam desenvolver tranquilidade e segurança na ação cuidadora que exercem junto a seus filhos.

A virtude da compaixão assemelha-se ao sentimento moral do cuidar e compreende envolvimento emocional e comunicação entre profissional de saúde, paciente e família. Estes, por sua vez, frente a um profissional de saúde imbuído de tal virtude sentem-se tranquilos e cuidados (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002) e, muito provavelmente, sentem-se também respeitados e passam a admirar e confiar nesse profissional que os assiste resultando numa relação terapêutica respeitosa e harmoniosa.

Algumas das mães pertencentes ao grupo de “crianças que não aderiram ao tratamento” ao associar o não uso da malha aos incômodos que a mesma provoca na criança, ofereceram sugestões para solucionar o problema, aparentemente pouco valorizado em outros momentos da entrevista. Dentre as sugestões oferecidas pelas mães encontramos:

Usar algum produto mais frio:

“Acho que se fosse assim, alguma coisa mais fria, alguma malha, alguma coisa mais fria, que num esquentasse tanto... eu acho que era melhor”. (Mãe nº7, mãe da Criança nº7).

“Deveria ter assim... porque o meu mermo, no caso do meu, ele di que sente muita quintura, né, quandi coloca ela. Deveria ver um, um, um produtozinho assim frio, pra butar por baixo dessa malha, pra ver se ele conseguia ficar com ela. É... só é isso que eu sei, porque... o que eu posso lhe dizer só é isso mermo, porque isso aí ele di que esquentá, então se tivesse algum produto, assim um remédio, uma... pra eu butar pro baixo da malha e a malha por cima, pra ficar geladinho o dia... inteiro, pra ele ficar com aquela malha sem... precisar de tirar. Porque isso aí é muito importante pra ele”. (Mãe nº4, mãe da Criança nº4).

Conversar com a criança:

“Assim, porque às vezes quando eu venho pra cá e a senhora diz: ‘você tem que usar a malha’, Aí quando ela chega em casa, vai logo tomando banho e diz:: ‘mainha, vai usar agora a malha?’ Ela já tá entendendo”. (Mãe nº7, mãe da Criança nº7).

“Dá. Dá. Conversando com ele, a senhora, Ivania, eu que sou a mãe dele, a gente conversando, dá pra gente conseguir. Dá pra gente... segurar essa malha nele”. (Mãe nº4, mãe da Criança nº4).

“No caso mermo, é... sei lá... da malha, né, no caso de C3 usar a malha... pronto, C3 tá usando a malha, um pouquinho agora, depois de tu. Depois que tu brinca com ele, conversa com ele, dialoga com ele. Eu sei lá, eu tenho... esperança ainda um pouquinho dele voltar, ainda esse ano, de ele usar a malha, com tu. Através da conversa dele cum... aliás do diálogo, né entre tu e ele”. (Mãe nº5, mãe da Criança nº3).

Tratar bem a criança durante o atendimento:

“Sei lá, eu acho assim que... não vocês pode fazer o que já fazem, né, a fisioterapia, aconselhar... porque no caso mermo, da tua parte, eu gostei muito, muito mermo porque... tu não é ignorante com C3, tu é uma pessoa que parece que conhece a gente mil ano, num liga do

jeito que C3 é, num se importa, enquanto... é... outras médicas ignora, né. Isso às vezes me... machuca, pra vista que eu sou mãe, e tô aqui me sacrificando, né, num é fácil a gente tá aqui (...). **(Mãe nº5, mãe da Criança nº3).**

As sugestões apresentadas devem ser consideradas e apontam para a necessidade de diálogo entre terapeutas, crianças e mães para que se possa conciliar a conduta terapêutica mais adequada com nível de satisfação e conforto dos pacientes, como previsto nas pesquisas de Stewart et al (2000) e Brown (2001).

Os comentários das mães sugerem que elas detêm o conhecimento leigo do que seja melhor para seus filhos e corrobora com os pressupostos iniciais deste trabalho de que a comunicação entre terapeuta – criança queimada – mãe possa estar sendo insuficiente para estimular o comportamento de adesão ao tratamento com a malha, uma vez que as mães apontam como sugestões “*conversar com as crianças*” e “*tratar as crianças bem durante o atendimento*”, referindo que quando tais situações se concretizam durante o atendimento as crianças parecem reagir melhor ao fato de precisarem usar a veste compressiva.

Propor à criança queimada o tratamento com a veste de compressão elástica é um ato benéfico, uma vez que este tipo de tratamento é, na atualidade, o método conservador de maior eficácia no tratamento da cicatrização patológica pós-queimadura. Entretanto, desconsiderar os desconfortos que a veste compressiva provoca, e que já têm sido relatados em algumas pesquisas relativas ao tema, seria ir de encontro ao respeito pela dor e desconforto do outro. Isso sugere que apenas indicar um tratamento eficaz não seja suficiente para satisfazer plenamente o princípio da beneficência.

Como citado anteriormente, o Princípio da Beneficência refere-se “à obrigação moral de agir em benefício dos outros”, o que *a priori* englobaria “atos de compaixão, bondade e caridade” além de “altruísmo, amor e humanidade” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.282).

Dentro dessa perspectiva mais ampla do que seja um ato beneficente, o terapeuta antes de propor o tratamento compressivo deve abrir espaço para o diálogo, ouvindo a criança e sua família numa tentativa de conhecer o significado que a lesão e a iminente seqüela estão tendo em suas vidas. Assim, pode-se explicar de forma compreensível a evolução natural do processo de cicatrização e só então propor o tratamento, enfatizando os benefícios e apontando os desconfortos que possam vir a provocar.

Cabe ao fisioterapeuta ouvir as dúvidas do paciente e esclarecê-las na medida do possível antes de iniciar o tratamento e manter, ao longo dos 2 anos do tratamento ambulatorial, o mesmo nível de interação buscando minimizar os desconfortos que o mesmo provoca.

Tal filosofia de atendimento prioriza o respeito pela dor e pelo sentimento do outro, pondo em evidência o princípio de alteridade que, nas palavras de Salomão e Silva (2002, p.89-90), funciona como fio condutor para a reflexão bioética porque, dentre vários fatores, “significa a solidariedade comum e a responsabilidade recíproca” se mostrando como “um critério de transformação nos relacionamentos”, o que faz do “outro” o ponto de referência para “discernirmos se agimos bem ou mal bioeticamente”.

Assim, enquanto Manrique (2005) considera que um dos preditores mais importantes da satisfação do paciente com a assistência recebida é a quantidade de informação científica que recebe e o quanto essa informação é compreensível para ele e sua família, Albuquerque (2002, p.51) enfatiza que “conversar, olhar, escutar, sorrir, dividir o sofrimento com o outro, são ações terapêuticas com tanto valor, ou mais, do que as extensas e frias prescrições médicas”.

Tais considerações são pertinentes e remetem à capacidade do profissional de, verdadeiramente, interagir com o paciente durante o encontro terapêutico, caracterizando a humanização dos cuidados em saúde.

Para Pessini e Bertachini (2004, p. 4), “humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo, mente e espírito”.

O atendimento humanizado visa facilitar para o paciente, ser humano em situação de vulnerabilidade, o enfrentamento dos desafios (PESSINI; BERTACHINI, 2004) representados pelo adoecimento e pelo processo de reabilitação.

Diante de tais prerrogativas surge o questionamento: Será que ignorar as alegações das crianças sobre as sensações desagradáveis provocadas pela malha compressiva, em detrimento de querer a todo custo tratar as cicatrizes hipertróficas, não seria uma transgressão ao direito que a criança tem de ser tratada com respeito e dignidade?

Vale refletir que, no dizer de Sadala (1999, p.356), “a inclusão da alteridade como critério ético confirma os valores humanos como referência para os comportamentos profissionais”, uma vez que tal princípio atribui ao paciente o direito à autonomia e faz o profissional de saúde refletir e rever a qualidade da relação que mantém com seus clientes e até com outros profissionais da equipe de saúde.

Diante de tais reflexões se faz necessário buscar compreender o significado que a queimadura e as cicatrizes têm na vida dessas crianças. O profissional de saúde que adota uma conduta terapêutica pautada na ética e no respeito ao outro deve refletir sobre tais aspectos quando lida com crianças que sofreram injúrias térmicas.

A este respeito, Rezende (1998, p.342), considerando a necessidade de respeito e valorização do ser humano-criança, propõe que a criança, ao ser assistida por profissionais de saúde, seja concebida como “um ser completo em qualquer de suas fases de desenvolvimento”, que sejam minimizados ou eliminados quaisquer processos que possam agredi-la e que ela seja apoiada “sempre que enfrente alguma situação potencialmente estressante”.

Quando, na assistência pediátrica, o fisioterapeuta ou outro profissional de saúde passa a ver a criança e sua família como foco central do cuidado, ele deve buscar conhecer a criança em toda a sua essência. Tal conhecimento torna-se possível através da comunicação que se estabelece durante o processo terapêutico.

Entretanto, vale lembrar que, para que haja verdadeira troca interacional entre os interlocutores do discurso, na prática médico-assistencial ou em qualquer outra prática social, Habermas propõe uma relação de simetria onde todos os participantes da relação tenham o mesmo direito de falar e expor seus pontos de vista, e que as decisões sejam argumentadas e não impostas.

Para Schramm (2001, p.26-27), a comunicação não se restringe à mera troca de informações. É antes de tudo, “um projeto que se realiza num processo durante o qual pelo menos dois atores sociais concordam sobre determinadas regras e sobre determinados objetivos”. Para o autor, não havendo um consenso entre regras e objetivos, não há comunicação, pois a mesma deve ser considerada “como uma situação de encontro entre seres considerados em si mesmos, mas também em inter-relação”.

Compreende-se que o profissional de saúde tenha um agir baseado nos princípios da beneficência e da não-maleficência e queira indicar o tratamento que promova a máxima recuperação de seu paciente. Tais princípios se complementam uma vez que, segundo Kipper e Clotet (1998, p. 47), na visão principialista de Beauchamp e Childress, o princípio da beneficência corresponde à “obrigação de prevenir danos, retirar danos e promover o bem” do paciente, enquanto que o da não-maleficência caracteriza a “obrigação de não causar danos” ao mesmo.

Porém vale refletir que, na concepção principialista da bioética, o respeito à autonomia do paciente tem um papel humanizador nas relações entre o profissional, o paciente e sua família; e a comunicação, concebida como proposto por Schramm, daria condições ao paciente pediátrico e sua família de tomarem decisões mais autônomas ante a proposta de uma conduta terapêutica.

Mesmo que as crianças e os adolescentes menores de 16 anos estejam juridicamente limitados ao exercício da autonomia, necessitando *a priori* da autorização dos pais ou de um representante legal, o profissional de saúde imbuído do princípio de alteridade, após conseguir o consentimento informado do responsável legal pelo menor, deve dialogar com este e buscar o seu assentimento antes de impor qualquer tipo de tratamento.

Kipper e Clotet (1998, p.48) corroboram com tal pensamento ao afirmarem que “o profissional de saúde não deveria exercer o princípio da beneficência de modo absoluto, pois esse tipo de conduta aniquilaria a manifestação da vontade, dos desejos e dos sentimentos do paciente”.

Para Muñoz e Fortes (1998), os princípios da beneficência e da não-maleficência, antes prevalentes nas ações de saúde, recentemente vêm perdendo espaço para a conquista do respeito à autonomia do paciente. Para estes autores “a pessoa autônoma tem o direito de consentir ou recusar propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que afetem ou venham a afetar sua integridade físico-psíquica ou social” (MUÑOZ; FORTES, 1998, p.63).

Entretanto Garduño et al (2001, p.108) questionam se a criança está capacitada a tomar e compreender as conseqüências de seus atos e decisões, uma vez que a autonomia está relacionada “com a capacidade de governar-se a si mesmo, e a capacidade que tem os seres humanos para pensar, sentir e emitir juízos sobre o que consideram bom”.

Apesar de tal questionamento, esses autores afirmam que os adultos devem se acostumar a tratar as crianças e os adolescentes como indivíduos que têm direitos e que devem receber informações sobre o que representa o tratamento, de acordo com sua capacidade cognitiva.

Na consulta médica, geralmente, a comunicação centraliza-se para as questões relativas ao binômio saúde-doença e, segundo Magalhães (2000, p.18), entre médicos, pacientes e acompanhantes se estabelece um contrato social que

“pressupõe um acordo tácito sobre as representações da linguagem na prática social médica”:

“Como parte desse consenso, naturaliza-se a idéia de que compete aos médicos examinar, medicar, explicar, solicitar exames, prescrever; e aos pacientes, aceitar serem examinados e medicados, ouvir as explicações, realizar os exames solicitados e seguir a prescrição médica. Existe, portanto, uma relação de poder entre médicos e pacientes/acompanhantes” (MAGALHÃES, 2000, p.19).

Na prática fisioterapêutica também parece haver tal acordo entre o profissional, o paciente e a família. Então o fisioterapeuta assume o papel de supremacia, do profissional que tem o poder de prevenir uma limitação ou incapacidade funcional e reabilitar aquele indivíduo, fazendo-o recuperar funções motoras comprometidas, contribuindo assim para sua reintegração social. O paciente e a família, por sua vez, normalmente assumem o papel de aceitação diante de exames e propostas terapêuticas visando sua máxima recuperação funcional possível.

A Fisioterapia tem por princípios básicos promover a autonomia funcional do paciente e assim dar condições para sua reintegração social. Resgatar a funcionalidade máxima de um paciente requer que a sessão terapêutica seja também um momento onde o terapeuta, no uso de suas atribuições, interage com o paciente e sua família, buscando conhecer as suas dificuldades e potencialidades, perceber suas crenças e valores, e assim compreender o significado que a limitação funcional possa ter na sua vida. É através de uma prática comunicativa voltada para o entendimento mútuo que este profissional deve interagir com o paciente e sua família para que as orientações terapêuticas possam ser seguidas espontaneamente resultando em êxito para o programa de tratamento.

Nesse contexto vale salientar que a qualidade da comunicação estabelecida entre os atores sociais dessa relação é crucial para que os propósitos terapêuticos sejam alcançados.

Considerando que a prática discursiva além de contribuir para a reprodução de aspectos da sociedade, tais como: identidades sociais, relações sociais, sistemas de conhecimentos e crenças, também contribui para transformá-los (FAIRCLOUGH, 2001, p.92), o profissional de saúde deveria utilizar dessa prática, no modelo proposto por Habermas, e construir uma prática comunicativa pautada em princípios éticos universais, onde a simetria entre os interlocutores do discurso é a tônica da relação.

Parafraseando Leone (1998, p.54), o terapeuta deveria relacionar-se com a criança através de “um processo de interação franco, sincero, isento e realmente participativo que de fato respeite a autonomia, qualquer que seja o nível de competência que a criança ou o adolescente estejam apresentando para tal”.

Só através dessa relação dialógica, o fisioterapeuta, utilizando suas competências profissionais, terá condições de, desde os primeiros anos de vida da criança, estimular o desenvolvimento de sua capacidade de agir autonomamente, desde que essas ações não ponham em risco a sua recuperação funcional.

Este profissional deve considerar que a criança queimada, embora se encontre temporariamente impossibilitada de exercer sua autonomia, é um ser humano que sente, pensa e tem vontade própria, merecendo assim o respeito de seus familiares e de toda a equipe de saúde que o assiste.

Nesse sentido, o terapeuta deve saber dosar, durante os encontros terapêuticos, as orientações de caráter monológico com as de caráter dialógico, uma vez que o tratamento compressivo quando não iniciado precocemente, ou seja, nos primeiros 6 meses pós-cicatrização das feridas, tem um resultado menos satisfatório em relação ao controle da cicatrização patológica.

A partir desses olhares, parece lógico afirmar que esses profissionais precisam desenvolver perspicácia e sensibilidade para perceber as reais condições intelectuais, culturais e emocionais deste paciente durante as interações dialógicas, especialmente quando se pretende discutir as orientações domiciliares.

Neste âmbito, pode-se dizer que a função do fisioterapeuta, junto à criança queimada e sua família, passa a ser semelhante a de um educador, no sentido de que faz parte de suas atribuições cuidadoras ensinar estes a cuidar em casa de suas cicatrizes, visando uma maior eficácia do tratamento compressivo.

Todavia, como o profissional pode atingir essa meta se não desenvolver a capacidade de "agir orientado para o entendimento mútuo" voltando-se a uma prática comunicativa simétrica pautada na ética e no respeito ao outro?

Vale salientar que, nos dias atuais, onde a ética nas relações sociais tem caminhado no sentido de priorizar o respeito ao outro e de tratar a todos de forma igualitária, cabe aos profissionais de saúde refletir se a forma autoritária do agir terapêutico deve ser preservada ou se o profissional de saúde deve empreender esforços no sentido de tentar "construir conjuntamente as condições para que o projeto comunicativo surja e se realize da melhor maneira possível" (SCHRAMM, 2001, p.26).

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS



8 – Considerações finais

Nesse estudo ficou evidenciado que a compreensão das orientações terapêuticas e dos benefícios trazidos pelo tratamento compressivo parecem não ter sido suficientes para induzir o paciente à adesão ao mesmo, uma vez que as razões apontadas para a não adesão estão todas relacionadas aos desconfortos que a veste compressiva provoca.

A partir destes resultados percebe-se que a comunicação existente entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, pode ser considerada um fator importante quando estamos analisando as razões que podem levar um paciente pediátrico a aderir a um tratamento que, apesar de trazer muitos benefícios, é também percebido como desconfortável e, às vezes, até mesmo insuportável.

Assim, o diálogo com a criança queimada e sua mãe conscientiza o terapeuta sobre o nível de satisfação daqueles com o tratamento compressivo, evidencia os desconfortos que provoca e possibilita ao terapeuta traçar os caminhos para a resolução ou minimização dos problemas que estejam dificultando ou impedindo a adesão da criança ao tratamento.

Ouvir atentamente a criança queimada falar sobre os incômodos que a malha provoca e buscar solucionar tais desconfortos; ou ouvi-la falar sobre as fantasias e crenças relacionadas ao tratamento compressivo e esclarecê-las fornecendo informações lógicas e pertinentes com vocabulário apropriado ao seu nível cognitivo também caracteriza uma atitude de respeito pela criança; um ser em

desenvolvimento que merece toda a atenção e carinho, especialmente no momento em que se encontra doente e, portanto, em situação de dupla vulnerabilidade: a de não ter condições de reagir ante a atitude ameaçadora e opressiva do adulto e a de estar vivenciando uma situação extremamente agressiva provocada pela injúria térmica.

As mães desse estudo retrataram a necessidade de “*desabafar*” com a equipe e referiram satisfação quando sentiam-se “*ouvidas*” e saíam “*relaxadas*” do atendimento. Normalmente é atribuído ao psicólogo e ao psiquiatra a função de “ouvir” os pacientes, entretanto, o fisioterapeuta e os demais membros da equipe de saúde devem considerar que “ouvir” o paciente também faz parte de suas atribuições como profissionais de saúde voltados a uma prática assistencial humanizada.

Os resultados desse estudo, embora não possam ser generalizados para outros centros que prestam assistência fisioterapêutica ambulatorial à criança queimada, foram de grande utilidade porque tornou possível “desvendar” algumas das razões pelas quais as crianças queimadas atendidas naquele Ambulatório de Fisioterapia recusaram-se a aderir ao tratamento compressivo. Forneceu também as bases para a melhoria da qualidade do atendimento ambulatorial visando uma maior interação terapeuta-paciente-família (mãe).

Sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas buscando aprofundar ainda mais as questões elencadas neste estudo, especialmente relacionadas à tríade fisioterapeuta-criança queimada-família. Sugere-se também que sejam realizadas pesquisas referentes aos sentidos e significados que a criança queimada e sua família dão à queimadura, às cicatrizes hipertróficas e ao tratamento com as vestes de compressão elástica, uma vez que, durante as entrevistas ficou clara a necessidade que os entrevistados tinham de expor as suas vivências frente a esta lesão e ao tratamento proposto.

Sendo a pesquisadora uma das duas fisioterapeutas que prestam assistência ambulatorial a estas crianças, no local onde a pesquisa foi realizada, os resultados também serviram para alertar esta profissional da necessidade de rever

sua prática assistencial adequando-as às necessidades básicas dessa clientela especial e buscar, durante o encontro terapêutico, antes “ouvir” e “compreender” as perspectivas e necessidades do outro e depois intervir adequando os recursos terapêuticos disponíveis às necessidades do paciente, sem, contudo, desrespeitar o seu direito de não querer aderir a um tratamento que provoque extremo desconforto.

A ética comunicativa proposta por Habermas deve ser considerada como a ponte que diminui a relação assimétrica entre o profissional de saúde e o paciente. Desta forma, o profissional desenvolve o “cuidar” respeitando o Princípio da Alteridade e atinge o objetivo central da ética que é promover o “bem” do paciente.

Dentro dessa ótica a Bioética traz vasto referencial teórico para que o profissional de saúde possa refletir sua ação cuidadora junto à criança queimada e sua família e assim aprimorar a qualidade da relação terapêutica.

9 - REFERÊNCIAS



9 – Referências

1. ALBUQUERQUE, M.C. **Enfoque bioético da comunicação na relação médico-paciente nas unidades de terapia intensiva pediátrica.** 2002, Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília / UNB, Brasília.
2. ALVES, J.C.R. Aspectos da patologia da cicatrização. In: MÉLEGA, J.M. et al. **Cirurgia plástica reparadora e estética.** 2.ed. São Paulo: Medsi, 1992. p.15-20.
3. ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F.. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa.** 2.ed. São Paulo: Pioneira, 2001.
4. BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem.** São Paulo: HUCITEC, 1979.
5. BARRETO, M. Estudo epidemiológico de 4.907 casos de queimaduras internados no CTQ do Hospital da Restauração – Recife-PE – campanha de prevenção. **Revista Brasileira de Queimaduras.** vol.3, n.1, p.26-31, jan/abr –2003.
6. BEAUCHAMP, T.L; CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica.** 1.ed. brasileira. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
7. BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
8. BRAIT, B. (Org.) Bakhtin e a natureza constitutivamente dialógica da linguagem. In: --; **Bakhtin, dialogismo e construção do sentido.** Campinas, São Paulo: Editora da UNICAMP, 1997, p.91-104.

9. BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: lei n. 8.069/90 / apresentado por Siro Darlan. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p.18-19.
10. BRASIL. **Código Civil** / obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. 18.ed. São Paulo: Saraiva, 2003.
11. BROWN, C. A. A comparison of the outcomes of two clinical audits of burn pressure garment satisfaction and compliance in Saudi Arabia. **Burns**, 27: 342-348. 2001.
12. CARVALHO, A. M. A; BERALDO, K. E. A; PEDROSA, M.I; COELHO, M.T. O uso de entrevistas em estudos com crianças. **Psicologia em Estudo**. Maringá, vol.9, n.2, p.291-300, maio/ agosto/ 2004.
13. CHEM, R.C. et al. Quelóide e cicatriz hipertrófica: fisiopatologia e conduta terapêutica. **Revista Médica da Santa Casa**. Porto Alegre, vol.11, n.18, p.1971-1975, 2000.
14. CHENG, B.W. et al. Ultrasound assessment of scald scars in Asian children receiving pressure garment therapy. **Journal of Pediatric Surgery**. Hong Kong – China, vol.36, n.3, p.466-469, Mar -2001.
15. CHENG, S. et al. Outcome studies for burn patients in Hong Kong: patients' satisfaction. **Burns**. vol.22, n.8, p. 623-626, 1996.
16. CLÉMENT, E. et al. **Dicionário prático de filosofia**. 1.ed. portuguesa, Brasil: Terramar, 1997, p.65.
17. COSTA, A.M.A. et al. A mechanical forces induce scar remodeling: study in non-pressure-treated versus pressure-treated hypertrophic scars. **American Journal of Pathology**. vol.155, n.5, p. 1671 - 1679 , Nov.-1999.
18. COSTA, D.S.S. A escuta da criança queimada, da equipe de cuidados e dos pais. In: SERRA, M.C.; GOMES, D.R; **A criança queimada**. Rio de Janeiro: Eventos, 1999. p. 225 –230.
19. COSTA, S.F.I.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. Apresentando a bioética. In: ---; **Iniciação à bioética**. 1.ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.15-18.
20. DIAZ-BORDENAVE, J.E. **O que é comunicação**. 29ª reimp. da 1.ed. de 1982. São Paulo: Brasiliense, 2004. (Coleção primeiros passos, 67).

21. FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília (UNB), 2001.
22. FERRAZ, F.C. A questão da autonomia e a bioética. **Bioética**. Brasília, vol.9, n.1, p.73-81, 2001.
23. FERREIRA, A.B.H. **Miniaurêlio século XXI: o minidicionário da língua portuguesa**. 4.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. p.170.
24. FREITAS, C.B.D.; HOSSNE, W.S. Pesquisa com seres humanos. In: COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (coordenadores); **Iniciação à bioética**. 1.ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.193-204.
25. GARDUÑO, E.A. et al. Consentimiento informado en pediatría. **Revista Mexicana de Pediatría**. 68 (3): 108-111, 2001.
26. GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R.U; MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa Social, Teoria, Método e Criatividade**. 1994, Petrópolis, RJ: Vozes, p. 67-80.
27. GRINBERG, M. “Falo ou não falo?” e os aspectos bioéticos da comunicação médico-paciente/família, 6p. 2003. Disponível em: http://www.bioetica.org.br/opiniao/integra_opiniao.php?codigo=5 Acesso em 24/09/2003.
28. HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. 1.ed. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1989.
29. HELMAN, C.G. Interações médico-paciente. In: ---; **Cultura, saúde e doença**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.109-145.
30. HO, W. S.; CHAN, H.H.; YING, S.Y.; CHENG, H.S.; WONG, C.S. Skin care in burn patients: a team approach. **Burns**. 27: 489-491, 2001.
31. JOBIM E SOUZA, S. Bakhtin: a dimensão ideológica e dialógica da linguagem. In: ---; **Infância e linguagem: Bakhtin, Vygotsky e Benjamim**. Campinas, São Paulo: Papirus, 1994. p. 97-121. (Coleção Magistério: formação e trabalho pedagógico).
32. KIPPER, D.J. et al. (Ed.). Uma introdução à bioética. **Temas de Pediatria**. n.73. p.12-19, 2002.

33. KIPPER, D.J.; CLOTET, J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (coordenadores); **Iniciação à bioética**. 1.ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.37-50.
34. KOCH, I.G.V. **Desvendando os segredos do texto**. São Paulo: Cortez, 2002.
35. LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde coletiva**, 8 (3): 775-782, 2003.
36. LEONE, C. A criança, o adolescente e a autonomia. **Bioética**. Brasília, vol.1, n.6, p.51-54, 1998.
37. LEOPOLDO E SILVA, F. Da ética filosófica à ética em saúde. In: COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (coordenadores); **Iniciação à bioética**. 1.ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.19-36.
38. LIER-DE VITTO, M. F. A. Língua e discurso: à luz dos monólogos da criança. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, vol.30, n.4, p. 45-56, dezembro/1995.
39. LINDE, L.G. Reabilitação de crianças com queimaduras. In: TECKLIN, J.S.; **Fisioterapia pediátrica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.384-422.
40. MAGALHÃES, I. **Eu e tu**: a constituição do sujeito no discurso médico. Brasília: Thesaurus, 2000.
41. MANRIQUE, M.M.H. Problemas éticos em el trabajo com niños y adolescentes. XII Jornadas de Pediatría em Atención Primaria. Disponível em: <<http://www.svn.es/Documen/Etica.pdf>> Acesso em 01/03/2005.
42. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1999.
43. MORA, J.F. **Dicionário de filosofia**. Tomo I (A-D). São Paulo: Edições Loyola, 2000.
44. MUÑOZ, D.R.; FORTES, P.A.C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (coordenadores); **Iniciação à bioética**. 1.ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.53-69.
45. PERESTRELLO, D. Médico e paciente – a relação transpessoal. In:---; **A medicina da pessoa**. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 1989. p.91-163.

46. PEROSA, G.B.; GABARRA, L.M. Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Vol.8, n.14, p.135-147, set.-2003 / fev.-2004.
47. PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. **Problemas atuais de bioética**. 6.ed. São Paulo: Loyola, 2002.
48. PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.) Introdução. In: --; **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p.1-7.
49. RASCO, J.F.A. De la acción comunicativa a la sociedad democrática. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Vol.2, n.3, p.73-85, ago.-1998.
50. REICH, W.T. (Ed.). **Encyclopedia of bioethics**. 2.ed. New York: MacMillan, 1995. vol.1. p.xxi.
51. REZENDE, M. A. A valorização do ser humano – criança como referencial na prevenção de iatrogenias. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 22, vol.22, n.6, p. 341-343. Novembro/ dezembro/ 1998.
52. ROSSI, L.A. et al. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, vol.4, n.6, dez.- 1998.
53. SADALA, M.L.A. A alteridade: o outro como critério. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V.33, n.4, p.355-357, dez - 1999.
54. SANTOS, S.R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), 1999; 75 (6): 401-406.
55. SALOMÃO, L.C.; SILVA, P.F. Bioética – valores e atitudes do século XXI. In: DE LIBERAL, M.M.C.(Org); **Ética e cidadania**. São Paulo: Mackenzie, 2002, p.81-93 (Coleção Reflexão Acadêmica).
56. SCHRAMM, F.R. Bioética e comunicação em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2001, 47 (1): 25-32.
57. SERRA, M.C.V.F. Prevenção da queimadura na criança. In: GOMES, D.R.; SERRA, M.C.; PELLON, M.A.; **Tratamento de queimaduras: um guia prático**. 1.ed. Rio de Janeiro: RevinteR, 1997. p.92-95.
58. SILVA, M.J.P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**. Brasília, vol.10, n.2, p.73-88, 2002.

-
59. STEWART, R. et al. Pressure garment adherence in adult patients with burn injuries: an analysis of patient and clinician perceptions. **American Journal of Occupational Therapy**. vol.54, n. 6, p. 598-606, 2000.
60. TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
61. TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
62. VASCONCELLOS-SILVA, P.R. **Razão instrumental e comunicação em saúde**. 2003, Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
63. VELASCO, M. **Ética do discurso: Apel ou Habermas?** 1.ed. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2001.
64. ZACARIOTTI, E.T.P. A relação médico-paciente na pediatria. In: GONZALES, R.F.; BRANCO, R. **A relação com o paciente**. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.181-190.

10 - ANEXOS



10 – Anexos

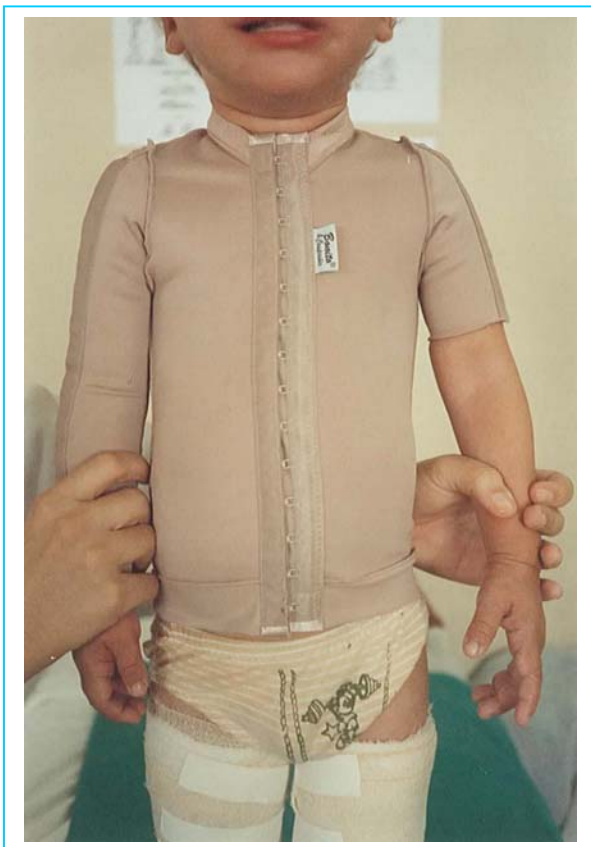
ANEXO 1 – Fotografias

**ANEXO 2 – Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos do Hospital da Restauração**

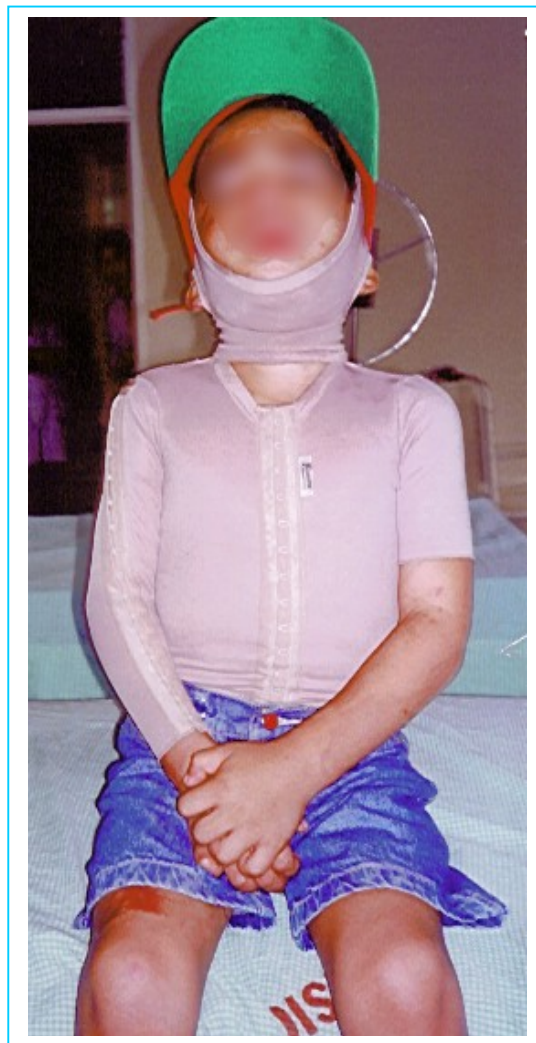
ANEXO 3 – Roteiro da entrevista semi-estruturada para as crianças

ANEXO 4 – Roteiro da entrevista semi-estruturada para os pais

ANEXO 1 – Fotografias



Veste de compressão elástica - colete



**Veste de compressão elástica –
colete e mentoniana**



Quelóides



Cicatrizes hipertróficas



Quelóides e retrações cicatriciais



Deformidade osteoarticular

ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital da Restauração



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PARECER

Após avaliação do projeto: **A comunicação como instrumento ético na assistência fisioterapeuta à criança queimada: reflexão à luz da Bioética**, o Comitê de Ética em Pesquisa de Hospital da Restauração em reunião realizada em 29/12/03 emite parecer favorável, datado em 19/12/03, protocolo nº 0068/03.

Recife, 13 de Janeiro de 2004.


Dr. JOSIMÁRIO JOÃO DA SILVA
Coordenador do CEP-HR

ANEXO – 3 - Roteiro da entrevista semi-estruturada para as crianças

Perguntas iniciais:

1. Qual o seu nome?
2. Quantos anos você tem?
3. Você estuda? Já sabe ler e escrever?

Roteiro da entrevista semi-estruturada:

1. Os profissionais de saúde que te atendem, neste ambulatório, conversam com você sobre a queimadura e o tratamento com as roupas elásticas?
2. O que você pensa sobre o tratamento com essas roupas elásticas?
3. Seus pais conversam com você sobre esse tratamento?
4. O que você acha que pode ajudar as crianças a quererem usar essas roupas?

ANEXO 4 - Roteiro da entrevista semi-estruturada para os pais

Perguntas iniciais para caracterização da amostra:

1. Qual o seu nome e sua idade?
2. Você sabe ler e escrever?
3. Estudou até que série?
4. Qual a renda da família, em salários mínimos?
5. Como se chama seu filho?
6. Quantos anos ele tem?
7. Há quanto tempo aconteceu a queimadura?
8. Seu filho consegue usar a roupa compressiva durante mais de 20 horas/dia?

Roteiro da entrevista semi-estruturada:

1. Os profissionais de saúde que atendem seu filho, neste ambulatório, conversam com você sobre a queimadura e o tratamento com as roupas elásticas?
2. Você se sente ouvido e compreendido por eles?
3. O que você acha do tratamento com as roupas elásticas?
4. Você conversa com seu filho sobre a queimadura e o tratamento com essas roupas?
5. O que você acha que pode ajudar as crianças a quererem usar essas roupas?