

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

**INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E**

**ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA**

**PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER**

**A prática fisioterapêutica: reflexões sobre as ações cotidianas  
relacionadas à saúde da criança em um ambiente hospitalar**

Míriam Ribeiro Calheiros de Sá

Rio de Janeiro

Março de 2013



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E

ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA

PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER

**A prática fisioterapêutica: reflexões sobre as ações cotidianas relacionadas à saúde da criança em um ambiente hospitalar**

Míriam Ribeiro Calheiros de Sá

Tese apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: prof. Dr. Romeu Gomes

Rio de Janeiro

Março de 2013

## **DEDICATÓRIA**

“O Louvor, e a glória e a sabedoria, e as ações de graça, e a honra, e o poder, e a força sejam ao nosso Deus”.

Apocalipse 7:12.

## AGRADECIMENTOS

Às Prof<sup>as</sup> Dr<sup>as</sup> Martha Moreira e Rosa Mitre, que, além de maravilhosas companheiras e parceiras de trabalho, me incentivaram a realizar a pós-graduação, sendo responsáveis pelo meu encontro com a Saúde Coletiva e com este Doutorado.

Ao Prof. Dr. Romeu Gomes, presente ao longo dessa trajetória, desde o início me recebendo como toda disposição e alegria. Por sua atuação docente, pelas preciosas contribuições no ensino, por partilhar comigo sua expertise e conhecimento gratuitamente e sem restrições. Por sua orientação e condução, oferecendo-me apoio incondicional, com suas palavras precisas, especialmente nos momentos de aflição; por abrir-me o universo da pesquisa qualitativa: pleno de novas possibilidades e construção de novos caminhos para a fisioterapia. Este é um processo que apenas iniciou-se.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Lobato, pelo conhecimento e pela capacidade de entusiasmar-me com os pressupostos da Promoção da Saúde.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa de tese, pela valiosa contribuição e enriquecimento deste estudo.

Aos docentes do Departamento de Ensino do Programa de Pós-Graduação do IFF, por me ensinarem a ver para além das questões do adoecimento.

Obrigada pelo incentivo e palavras de estímulo.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica do IFF pela paciência, sorrisos e atitudes solícitas ao longo desse tempo de convivência.

Aos meus colegas de trabalho no setor de fisioterapia motora, pelas palavras de incentivo, escuta disponível e recorrência durante esta jornada.

Aos meus colegas fisioterapeutas membros do corpo de fisioterapia do IFF, que gentilmente aceitaram participar deste estudo como sujeitos da pesquisa. Sem a colaboração de vocês esse estudo não seria possível. A vocês minha eterna gratidão!

À Suzana Silva, indubitavelmente a melhor copidesque que eu poderia encontrar! Sempre amiga, disponível, abrindo mão de seu tempo de lazer para auxiliar-me na difícil tarefa de produzir um texto palatável e agradável ao leitor.

Aos meus pais, José e Dercília, que sempre me incentivaram em direção ao crescimento, mostrando ser o conhecimento nosso maior tesouro. Obrigada pelo seu amor incondicional.

Aos meu irmão José, que soube estar sempre ao meu lado, especialmente colaborando com sua excepcional ajuda nas dificuldades com material, informática, e outros suportes.

A Antonio Augusto, meu marido, que tendo me acompanhado durante todos estes trinta anos, muitas vezes silenciosamente, esteve sempre pronto a apoiar e auxiliar no que fosse necessário, inclusive prescindindo da minha atenção por estar envolvida nos estudos. Amo você!

**LISTA DE ABREVIATURAS**

ABBR – Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação

CIPE – Unidade de Cirurgia Neonatal e Pediátrica

CNE – Conselho Nacional de Educação

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

DIPE – Unidade de Doenças Infecciosas Pediátricas

ERRJ – Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FUNAR – Fundação Arapiara pelo Progresso da Reabilitação

IFF – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira

INAR – Instituto Nacional de Reabilitação

NAPEC – Núcleo de Apoio a Projetos Educacionais e Culturais

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PADI – Programa de Atendimento Domiciliar Interdisciplinar

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UPG – Unidade de Pacientes Graves

UI – Unidade Intermediária

Sá, MRC. A prática fisioterapêutica: reflexões sobre as ações cotidianas relacionadas à saúde da criança em um ambiente hospitalar. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF). 2013.

## **RESUMO**

Este estudo procurou analisar a díade teoria-prática no desenvolvimento das ações fisioterapêuticas voltadas para a promoção da saúde da criança em um ambiente hospitalar. Espera-se com isto contribuir para a reflexão sobre a efetivação das práticas de promoção da saúde no ambiente hospitalar. Buscando a melhor compreensão do objeto de nossa pesquisa, realizou-se um estudo de foco qualitativo, cuja trajetória metodológica escolhida — tanto para a construção do material como para a análise e interpretação dos dados — foi a perspectiva hermenêutica-dialética. Utilizou-se as técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada. Para a interpretação, o produto final foi confrontado com os dois marcos teóricos adotados por esta pesquisa: habitus e campo, de Pierre Bourdieu. A análise ocorreu a partir de princípios do método de interpretação de sentidos. O estudo foi realizado com a equipe de fisioterapeutas do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, sob o registro 0084/11. Este estudo aumentou a compreensão sobre o tema abordado, destacando lacunas e limites para a intervenção fisioterapêutica em crianças, apontando algumas possibilidades para essas ações. Sabe-se, no entanto, que por tratar-se de um olhar pontual, este estudo possui limitações. Pode-se perceber claramente que, no ambiente hospitalar estudado, os pressupostos da promoção da saúde ainda não fazem parte da globalidade das intervenções fisioterapêuticas, cujo foco de atendimento são crianças e adolescentes cronicamente adoecidos.

Palavras-chave: Fisioterapia; Promoção da Saúde; Criança.

Sá, MRC. The physical therapy practice: reflections on dayling actions related to child health in the hospital environment. [thesis]. Rio de Janeiro (RJ): National Institute of Woman, Child and Adolescent's Health Fernandes Figueira- IFF. 2013.

## **ABSTRACT**

This study sought to analyze the dyad theory-practice physical therapy in the development of actions aimed at promoting children's health in a hospital environment. It is hoped that this study contribute to the reflection on the effectiveness of health promotion practices in the hospital environment. Seeking a better understanding of the object of our research, we carried out a qualitative study, whose methodological trajectory chosen for both the construction material, such as for the analysis and interpretation of data was the dialectical hermeneutics prospect. We used the techniques of participant observation and semi-structured interview. For interpretation, the final product was confronted with the two theoretical frameworks adopted by this research: habitus and field, Pierre Bourdieu. The analysis was based on principles of the method of interpretation of meanings. The study was conducted with a team of physical therapists from the National Institute of Woman, Child and Adolescent's Health Fernandes Figueira. The study was approved by the committee of Ethics in Research of the National Institute of Woman, Child and Adolescent's health Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz, under registration 0084 / 11. This study has increased the understanding of the topic discussed, highlighting gaps and limits on physical therapy intervention in children, pointing out some possibilities for these actions. It is known, however, that since this is a look-off, this study has limitations. One can clearly see that the assumptions of health promotion are not yet part of the overall physical therapy interventions in the hospital studied, focused care are chronically diseased children and adolescents.

Key words: Physiotherapy; Health promotion; Child.



**SUMÁRIO**

Apresentação	10
Capítulo 1 – Introdução, Marco teórico, Metodologia	12
1.1 - Introdução	13
1.2 - Objetivos	35
1.3 - Justificativa	35
1.4 - Marco Teórico - Conceitual	37
1.5 - Detalhamento Metodológico	44
1.6 - Referências	50
Capítulo 2 – Artigos	57
2.1 – Artigo 1	58
2.2 – Artigo 2	85
2.3 – Artigo 3	122
Capítulo 3 – Considerações Finais	142
Apêndices -	147
Anexos -	154

## APRESENTAÇÃO

Esta Tese se encontra estruturada em formato de coletânea de artigos, modalidade aceita pelo Regimento Geral dos Programas de Pós-Graduação da Fundação Oswaldo Cruz. Três capítulos integram o seu texto: Introdução, Artigos e Considerações Finais.

O Capítulo I (Introdução) apresenta — de uma forma sintética — o objeto, os objetivos, o referencial teórico e o detalhamento metodológico da pesquisa.

No Capítulo II, encontram-se três artigos. O primeiro — sob o título *A promoção da saúde da criança: a participação da Fisioterapia* — apresenta uma análise do estado da arte das ações fisioterapêuticas voltadas para a criança, tendo como foco a promoção da saúde a partir de uma revisão bibliográfica de cunho qualitativo, focalizando artigos disponíveis em bibliotecas virtuais e bases de dados nacionais e internacionais\*. O segundo artigo — intitulado *A promoção da saúde de crianças em espaço fisioterapêutico hospitalar* — focaliza a promoção da saúde em ambiente hospitalar, e objetiva analisar a inserção da promoção de saúde na prática do profissional da fisioterapia em ações voltadas para a atenção à saúde integral da criança internada\*\*. Por último, o terceiro artigo — sob o título *Modelo de atenção fisioterapêutica voltado para a saúde da criança: limites e possibilidades*, que aborda as bases para a atuação da fisioterapia no campo da saúde da criança — busca trazer elementos que permitam contribuir para a construção dessa atuação\*\*\*.

O Capítulo III consiste nas Considerações Finais. Nessa parte, procura-se articular as conclusões dos três estudos, focalizadas nos artigos, buscando mapear homologias e diferenças entre elas.

---

\*Trata-se de uma revisão sistemática da literatura como foco qualitativo, realizada em razão da carência de produção científica sobre os modelos teóricos que embasam a atuação fisioterapêutica em pediatria. Este artigo encontra-se aprovado, no prelo e disponível no site da Revista Ciência e Saúde Coletiva, disponível em: [www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_a-54k](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_a-54k).

\*\* O artigo será encaminhado à revista Interface – comunicação, saúde, educação, encontrando-se já o original de acordo com as normas de submissão do referido periódico.

\*\*\* Pretende-se encaminhar este artigo para uma revista que possua maior interlocução e alcance aos profissionais fisioterapeutas que trabalhem com crianças.

## CAPÍTULO 1

## 1.1 – INTRODUÇÃO

O presente estudo aponta para a dimensão da promoção da saúde em um ambiente hospitalar, compreendido como local de excelência para o exercício da promoção da saúde, pois, como uma das instituições de atenção à saúde, o hospital é potencialmente capaz de converter-se em agente de serviço para a sociedade. Esse espaço, em geral, volta-se para ações do tipo curativas ou terapêuticas, como um dos muitos (e para os diferentes) espaços de intervenção nos quais os profissionais fisioterapeutas desempenham suas atividades.

Tendo em vista uma resposta funcional por parte dos sujeitos das ações fisioterapêuticas (indivíduos envolvidos no processo) e mesmo quando as condições clínicas não são as ideais, os profissionais fisioterapeutas desempenham suas atividades buscando respeitar o estado crítico dos pacientes, porém envolvendo cuidados que — em última instância — visam a favorecer a melhora da qualidade funcional diante das diferentes demandas das atividades diárias, mesmo quando as condições clínicas não são as ideais.

Junto ao modelo tradicional da dimensão cinético-funcional da Fisioterapia — nosso campo de estudo —, a dimensão da promoção da saúde em um ambiente hospitalar pode ser uma estratégia que permita incorporar o cuidado ampliado às ações fisioterapêuticas ao âmbito das enfermarias e das unidades fechadas hospitalares, com base na hipótese de que a prática fisioterapêutica baseia-se no cotidiano das suas ações, e que esses profissionais estão plenamente capacitados ao exercício de atividades referentes à promoção da saúde da criança.

Os fisioterapeutas atuam desde o pós-operatório imediato, mediato e tardio até aquelas condições clínicas em que o paciente demanda o uso de tecnologia dura e semi-dura<sup>1,2</sup> em unidades fechadas de terapia intensiva ou semi-intensiva e enfermarias, além de realizar todo o acompanhamento, follow up e promover atendimentos regulares semanais a pacientes externos nos ambulatórios.

### **A promoção da saúde**

Neste trabalho, entendemos promoção à saúde como “[...] um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado [...]”<sup>3</sup>, considerando que o trabalho do Fisioterapeuta se insere na agenda de saúde pública, seja em ações individualizadas, sejam coletivas, como nos aponta Gallo, 2005<sup>4</sup>, ao relatar diversas experiências da inserção desse profissional no cuidado integral à saúde em diferentes níveis de atenção.

O moderno conceito de promoção da saúde surgiu e se desenvolveu nos últimos trinta anos a partir das políticas dos países desenvolvidos, tendo sido inicialmente utilizado para caracterizar um nível de atenção. No entanto, diversos significados e conceitos foram apresentados ao longo do tempo por diferentes autores, em diferentes conjunturas e formatos<sup>5</sup>.

Para Gutierrez, apud Buss <sup>6</sup>,

[...] a promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, individual e coletivo [...]. (p.167)

As bases conceituais e políticas da promoção da saúde foram estabelecidas pelas conferências internacionais promovidas pela Organização Mundial de Saúde – OMS. A ideia foi globalmente organizada a partir da I Conferência Internacional de Promoção à Saúde em 1986, na qual foi redigida a Carta de Ottawa, documento que identifica condições e recursos fundamentais para a saúde, além de ações estratégicas para promovê-la. Na Carta, a OMS afirma: “A promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”<sup>7</sup>.

No entanto, sabe-se que o conceito de promoção da saúde não é hegemônico. Originado na medicina preventiva como um dos elementos do nível primário da intervenção em saúde, o conceito foi retomado na década de 1970, particularmente no Canadá, nos Estados Unidos e em alguns países da Europa, tornando-se uma proposta governamental para o enfrentamento dos problemas de saúde pública, especialmente no que diz respeito às doenças crônicas, após mudança do perfil epidemiológico da população<sup>5</sup>.

Segundo as orientações desse que se tornou o documento de referência em todo o mundo sobre o assunto, a promoção vai além dos cuidados de saúde. De fato, ela é muito mais do que uma filosofia ou uma ideologia, pois oferece estratégias específicas e concretas para se criar e construir saúde em um nível individual, organizacional e comunitário. A Carta também esclarece que promoção da saúde não é uma extensão ou um “repaginar” de prevenção em saúde, saúde pública ou saúde de populações, podendo ser esse conceito aplicado em todos os domínios da saúde, inclusive prevenção primária e

secundária, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Trata-se de uma estratégia social, política e cultural, que implica o envolvimento de ações combinadas do poder público, a modificação do estilo de vida e a intervenção ambiental.

A Carta trouxe inovações ao campo da saúde ao inaugurar a moderna promoção da saúde; ela passa a ser considerada um dos documentos fundadores do movimento atual da promoção ao trazê-la para a vida cotidiana, reorientando assim os serviços de saúde com uma nova saúde pública que busca atuar tendo um importante papel para diminuir as iniquidades, facilitando o acesso e a qualidade da atenção em saúde<sup>8</sup>.

O paradigma da promoção da saúde apresentado pela Carta de Ottawa é o de que a saúde deve ser entendida em seu conceito amplo, e nesse sentido pautar a discussão sobre qualidade de vida, trabalhando com o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades. A promoção da saúde relaciona-se fortemente com os múltiplos aspectos dos modos de vida, propondo que se busquem formas de permitir aos cidadãos vidas produtivas, no aspecto social e econômico<sup>9</sup>.

As estratégias de promoção da saúde pressupõem uma participação da população, de organizações sociais e do poder público, com diversos atores envolvidos<sup>5</sup>.

No âmbito da América Latina, a Declaração de Bogotá se constitui o termo de referência para a promoção da saúde, ao apontar o desafio de os países envolvidos criarem condições para o desenvolvimento de novas ações



que superem as desigualdades e permitam o desenvolvimento dos seres humanos e das sociedades<sup>10</sup>.

### **A promoção da saúde no Brasil**

O Sistema Único de Saúde – SUS brasileiro apresenta peculiaridades diante do panorama mundial dos sistemas nacionais de saúde. Uma delas é que ele resultou de uma história de lutas político-ideológicas mais intensas no momento social brasileiro de redemocratização da década de 1980. Trata-se de uma história única de participação da sociedade e de contribuições que se deram em nível ascendente a partir das bases da população e resultaram em um complexo arcabouço legal, que compreende inclusive a Constituição Federal.

É importante lembrar que, antes da implementação do SUS, o foco das ações de saúde no Brasil recaía em atividades de prevenção de doenças, realizadas em caráter universal (caso das vacinas), e à assistência médico-hospitalar vinculada à situação empregatícia e aquela dispensada aos indigentes.

A reforma sanitária iniciada nos anos de 1970 — que culminou com o que se denominou de movimento sanitarista contemporâneo — traz em seu bojo características inovadoras ao incorporar a proposição de uma nova ordem social com uma agenda articulada em torno da saúde, baseada nos princípios da universalidade e equidade nesse âmbito, norteadas por um ideal de democracia.

Em 1988, o texto da nova Constituição incluiu pela primeira vez em nossa história um capítulo específico sobre a saúde como parte integrante da Seguridade Social. Após sua promulgação, a regulamentação do setor saúde ocorreu a partir da Lei 8.080 — Lei Orgânica da Saúde —, que dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços, dentre outras disposições, e a Lei 8.142, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre seu financiamento, ambas de 1990, sendo estes os principais marcos legais e normativos para a conformação do SUS, assim como diversas tentativas de normatização do Sistema por meio de Normas Operacionais<sup>11</sup>.

Mas o maior evento da reforma do sistema de saúde brasileiro foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com o lema “Saúde, direito de todos e dever do Estado”, cujo relatório orientou os constituintes dedicados à elaboração da Carta Magna de 1988 e os militantes do movimento sanitário, tendo sido suas propostas contempladas nas leis orgânicas da saúde<sup>12</sup>.

Porém, a despeito dos avanços alcançados ao longo dos últimos anos, fundamentados nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, o sistema de saúde brasileiro enfrenta desde os anos de 1990 o projeto neoliberal, que compreende a saúde como um bem a ser comercializado.

Influenciando o mundo inteiro a partir da Europa e da América do Norte após a Segunda Guerra Mundial, o neoliberalismo — e sua defesa quanto à absoluta liberdade de mercado e a diminuição da participação do Estado na economia — passou a se tornar hegemônico no mundo ocidental a partir de

1990, quando do consenso de Washington<sup>13</sup>. A partir de então, o Estado brasileiro passa a transferir a responsabilidade da promoção da saúde para a iniciativa privada, ampliando a fragmentação das ações em saúde e dificultando a instituição de uma rede de atenção e cuidado, o que gerou um grande conflito com o modelo social determinado pela Constituição e dificultou a implementação e operacionalização do SUS, pois a forma como os serviços estão organizados aponta para uma disputa entre modelos assistenciais diversos<sup>14</sup>.

Hoje, o enfoque da promoção da saúde é tanto social — considerando-se a promoção da saúde enquanto uma política — como um enfoque que aponta para um conceito ampliado de saúde, com o desenvolvimento de competências, propiciando uma cultura de saúde mediante a redução do risco, o fortalecimento da intersetorialidade e o reforço do poder do cidadão<sup>5</sup>.

A nova concepção de saúde é uma visão afirmativa, sendo o conceito de promoção da saúde amplo e que comporta em sua definição ideias como bem estar, qualidade de vida, cidadania, capacitação e formação humana. Refere-se ainda a participação, integralidade e autonomia, dentre outras ideias. De fato, definir promoção da saúde exige pensar sobre a complexidade que envolve seus determinantes, o que implica mudanças profundas no campo da saúde. A saúde deixa de ser um estado estático para ser compreendido como um estado dinâmico, produzido socialmente<sup>5,8</sup>.

Se a saúde é um dos fatores essenciais ao desenvolvimento humano, um dos campos de ação de sua promoção é a criação de ambientes

favoráveis. Poland, Green, Rotman (1980) destacam que uma das formas de abordagem da promoção da saúde é aquela por ambiente, considerando-se que as atividades de promoção da saúde ocorrem nos espaços sociais reais onde vivem as pessoas<sup>15,16</sup>.

Em vista disso, a promoção à saúde envolve diferentes *settings* de ação, todos focados nos indivíduos e nos seus ambientes, locais esses que permitem o aumento do controle dos fatores que favorecem a saúde e o bem-estar.

O conceito de *setting* é fundamental para a teoria da promoção à saúde, pois define os sujeitos da intervenção (individual e coletivamente), o local da promoção à saúde, assim como o planejamento, a implementação e como avaliar a intervenção<sup>16</sup>.

### **A integralidade**

Para garantir a integralidade do cuidado no Brasil, a partir do conceito ampliado de saúde e como uma estratégia transversal de cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde, em 2006 é publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS — Portaria nº 687 de 30/09/2006 —, que busca diretrizes e aponta estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde. Com a PNPS buscou-se trazer avanços na implementação de ações de promoção da saúde que pudessem contrabalançar as ações exclusivamente curativas e individuais, avanços esse que devem ser compreendidos não só no entendimento do que seja a saúde, como também na forma de organização dos serviços de saúde,

para trabalhar essa dimensão de promoção e não a do adoecimento da população<sup>17</sup>.

É importante destacar a diferenciação entre os níveis de atenção e os modelos de atenção à saúde. No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção — a atenção básica, a de média e a de alta complexidade. Neste estudo, tomou-se o conceito de modelos de atenção à saúde “definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não materiais) sociais de saúde”<sup>18</sup> (p. 4).

Esses modelos em geral são utilizados nas intervenções sobre problemas e necessidades por serem considerados como configurações/tipos que os sistemas de saúde adquirem — em determinado tempo e em determinado lugar — em função da prevalência de doenças, da situação demográfica e epidemiológica, dos fatores econômicos e culturais vigentes. A finalidade é articular as intervenções de saúde em diferentes momentos, organizadas por um contínuo de atenção à saúde em uma rede, orientadas para doenças crônicas e agudas, e voltadas para um atenção integral<sup>19</sup>.

Dessa maneira, compreende-se que as ações de cuidado em saúde devem ocorrer transversalmente, por meio dos diferentes níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), envolvendo um trabalho em rede de atenção e cuidado. A Organização PanAmericana de Saúde – OPAS apud Mendes<sup>20</sup> recomenda que os sistemas integrados de saúde devem estabelecer serviços nos níveis primário, secundário e terciário. Para isso deve ser

desenvolvido um plano de serviços e ações preventivas, curativas e de reabilitação, com base em *guidelines* baseados em evidências científicas.

### **O cuidado integral**

Tomando-se por premissa os artigos 1º e 7º da Lei 8.080/9019 — ao destacar que as ações de saúde devem se voltar para a promoção de modos de viver favoráveis à saúde de maneira abrangente e integrada —, e se levarmos em conta que após a segunda metade da década de 1990 a promoção da saúde vem sendo referida baseando-se nos conceitos propostos pela lei 8.080<sup>17</sup>, inferimos ter havido uma mudança nos modelos de cuidado e no assistencial, tendo sido o eixo patologia-controle de doenças deslocado para o de saúde/promoção em saúde. Segundo ainda a PNPS, a promoção da saúde surge como uma estratégia potencialmente capaz de tornar-se o eixo norteador de todas as ações e práticas em saúde nos diferentes contextos, como seus desdobramentos na práxis profissional<sup>14</sup>.

Nessa nova realidade, o fisioterapeuta é chamado a redimensionar o seu papel e a sua função na sociedade; ele agora deve repensar suas práticas, tornando-as transformadoras e condizentes com os pressupostos do SUS, e assim participar de um novo modelo de atenção à saúde, não mais fragmentado, mas capaz de operar em um *continuum*.

Dos princípios mais caros do SUS, a integralidade é “aquele que mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde”<sup>18</sup> (p. 13). Uma de suas dimensões se expressa na capacidade

de os profissionais de saúde responderem ao sofrimento manifesto, buscando compreender o contexto específico de cada paciente.

Ayres<sup>21</sup> chama nossa atenção para a questão do distanciamento entre a assistência e o cuidado, ao apontar que

[...] o modo como os arranjos tecnológicos se configuram no cotidiano dos serviços acaba, muitas vezes, favorecendo certo descolamento entre o momento do ato assistencial e o envolvimento com suas consequências e com os desdobramentos da situação dos pacientes e comunidades. (p. 18)

Assim, torna-se claro que o cuidado integral em saúde depende de um profundo encontro entre a assistência e a compreensão do sofrimento, preocupação ou fragilização trazida pelo usuário, podendo ser a integralidade o princípio a partir do qual se articulem as ações de promoção, prevenção e as assistenciais, que passam a se fazer significantes.

Entretanto, aqui surge uma questão que precisa ser discutida e em cuja importância entraremos em detalhes mais à frente neste trabalho: o quanto a promoção da saúde — como modelo de atenção — engloba, aborda e considera as especificidades e singularidades da criança, que necessita de ações de cuidado diferenciado, complexo, exige respostas adequadas e grande sensibilidade dos profissionais de saúde que as atendem .

### **A formação do fisioterapeuta**

Camargo Jr<sup>22</sup> chama nossa atenção para o desenvolvimento da medicina ocidental contemporânea a partir do século XVIII, a que denomina de biomedicina. A racionalidade biomédica que se organizou a partir da anátomo-

clínica gerou uma mudança de perspectiva na qual “[...] a nova concepção de doença passa a ser o foco central [...] estando desde então as racionalidades biomédicas sempre referidas às doenças” (p. 49). Segundo o autor, essa lógica levou ao desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde que reduziu seu foco para a doença e para a intervenção.

No contexto brasileiro, e adentrando no campo foco desta pesquisa, a formação do fisioterapeuta seguiu o modelo biomédico, no qual o tecnicismo possui grande influência em razão da adoção do modelo flexneriano\*.

Como a demanda inicial para a criação dos cursos de fisioterapia no Brasil surgiu a partir da necessidade de atendimentos de reabilitação aos pacientes com sequelas de síndromes neurológicas, na década de 1950 os modelos curriculares implantados foram importados dos Estados Unidos e do Canadá. O corpo docente formador das primeiras turmas foi basicamente composto por profissionais fisioterapeutas provenientes desses países e por médicos brasileiros, em razão de naquele momento ainda não existir no Brasil uma massa crítica de profissionais aptos/capacitados a formar aqui os primeiros profissionais de reabilitação <sup>23,24</sup>.

---

\* O denominado Modelo flexneriano, em homenagem Abraham Flexner, cujo relatório em 1911 orientou a reforma das faculdades de medicina dos Estados Unidos e Canadá, é um modelo de medicina voltado para a assistência à doença, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo da tecnologia. Levou a mudanças consideráveis no ensino da medicina e na conseqüente fragmentação dos conhecimentos adquiridos.



Segundo palavras da Dra. Winter, fisioterapeuta canadense — uma das primeiras fisioterapeutas em nosso país —, professora do curso de reabilitação da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro – ERRJ, criada junto à Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR,

[...] a experiência na ABBR foi um desafio e ao mesmo tempo um prazer, pois quando chegamos ao Rio não falávamos português e necessitávamos de tradutores para ministrar [...] nosso trabalho era ensinar aos alunos técnicas avançadas de fisioterapia e auxiliar os supervisores e os departamentos a desenvolver perfis e estabelecer as habilidades necessárias à implantação do curso [...].<sup>25</sup>

O quadro citado pela Dra. Winter foi agravado pela ênfase dada por muitos anos à atenção apenas no que se refere aos aspectos reabilitadores do atendimento fisioterapêutico. Essa tradição resultou do fato de, inicialmente, se estabelecer uma associação entre a criação dos cursos de Fisioterapia e o modelo de reabilitação. E porque as faculdades de fisioterapia brasileiras nasceram sob a influência dos grandes centros/serviços de reabilitação — tais como o Instituto Nacional de Reabilitação, em São Paulo – INAR; a ABBR no Rio de Janeiro e a Fundação Arapjara – Funar, em Minas Gerais — e num momento de grandes epidemias, dentre essas a de poliomielite, na década de 1950, por muitos anos a atuação fisioterapêutica enfocou sua prática principalmente nos aspectos reabilitadores do atendimento <sup>26</sup>.

A partir da década de 1980, com o advento de tecnologias que demandavam a intervenção de uma equipe multidisciplinar em pacientes críticos, o fisioterapeuta começou a integrar ativamente as equipes de terapia intensiva de pacientes adultos. Segundo Vila e Rossi <sup>27</sup>,

“As UTIs surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado”. (p. 138)

Com essa experiência, o profissional fisioterapeuta ganhou espaço nas equipes de saúde, participando mais efetivamente das ações curativas e preventivas realizadas, integrando-se às equipes das unidades fechadas, mas ainda sob a égide das ações de reabilitação. Nesse momento, a histórica dicotomia entre ações de promoção/prevenção e assistência (terapia e reabilitação) repercute na constituição dos modelos assistenciais.

Importante ressaltar ainda a mudança no perfil epidemiológico (transição epidemiológica) das doenças pediátricas e neonatais. Dados epidemiológicos da última década apontam para: o aumento da prematuridade; os avanços tecnológicos que têm permitido a sobrevivência de crianças prematuras e de muito baixo peso; o aumento do número de crianças com restrição do crescimento uterino; a melhoria no diagnóstico de doenças congênitas e os defeitos congênitos de etiologia genética, com o aumento da sobrevida, além da maior complexidade das doenças crônicas, com avanços tecnológicos que permitem maior sobrevida e, portanto, o aumento das comorbidades associadas<sup>28,29</sup>.

Com relação à prática fisioterapêutica em pediatria — usualmente associada a uma subespecialidade da fisioterapia neurofuncional, traumato-ortopédica funcional ou pneumofuncional<sup>30</sup> —, dificilmente encontramos cursos com formação específica para essa área, de modo que, na grande maioria dos

casos, os fisioterapeutas utilizam na pediatria modelos teóricos explicativos adaptados de outras especialidades. Com isso, muitas vezes o profissional fisioterapeuta depara com situações de saúde ou de adoecimento em que questiona suas próprias ações e mesmo a qualidade de sua intervenção, por estar diante de um paciente/sujeito com características próprias, particulares, para o qual tanto o planejamento como as próprias ações de saúde não estão completamente atendidas nos programas de saúde. Nessa realidade, evidencia-se que no campo há modelos em luta: de um lado, os modelos conceituais clássicos, que suportam as ações fisioterapêuticas pautados na lógica da reabilitação; e, de outro, os modelos conceituais da dimensão da integralidade para a promoção da saúde. Essa disputa de modelos nos remete a Bourdieu quando ele destaca que no campo existem sempre disputas, e que todo campo é um campo de forças e um campo de lutas, para conservar ou transformar<sup>31</sup>.

Tal realidade pede ações de saúde (cada vez mais) interdependentes, que apontem no sentido de o profissional fisioterapeuta ser envolvido em programas de atenção à saúde. Nesses programas, é necessário que o fisioterapeuta defina melhor a intensidade do cuidado e que desenvolva uma nova visão para a tomada de decisões estratégicas frente à sua atuação profissional.

Entre os desafios que se apresentam no momento, em primeiro lugar está o crescimento incontestável das demandas preventivas e educativas em todos os níveis e em todas as áreas de conhecimento e atuação. Nesse contexto, desenham-se claramente as características do profissional capaz de

atender às novas necessidades da atenção à saúde<sup>32</sup>. No entanto, o que se nota é a carência de documentos acerca dessa atuação, sejam oriundos das associações de classe, sejam daquelas que congregam os fisioterapeutas especialistas, ou das autarquias responsáveis pela elaboração de normas e resoluções que regulamentem a atuação da fisioterapia na saúde coletiva<sup>4</sup>.

Assumindo um papel cada vez maior nas equipes de saúde — especialmente nas últimas décadas —, o profissional fisioterapeuta tem-se inserido em diferentes programas. Isso ocorre não só na área de reabilitação, mas também nas áreas terapêutica e preventiva. Nesse contexto, é insuficiente e inadequado definir o exercício da Fisioterapia pela execução de técnicas de terapia para problemas já instalados, visto que, na atualidade, o profissional da área de saúde deve necessariamente possuir uma visão global, integral do indivíduo<sup>33</sup>. Nessa direção, Ceccim 2008<sup>34</sup> chama nossa atenção para o fato de que após a implementação do SUS o amadurecimento do processo de reforma da saúde brasileiro aponta para a questão da formação dos profissionais de saúde. Apesar das diretrizes curriculares do CNE estabelecerem desde 2002<sup>33</sup> uma intersecção entre as áreas de educação e ensino da saúde coletiva que permita ao fisioterapeuta um domínio tanto das ciências biológicas quanto sociais e humanas na saúde, para o autor falta ainda uma verdadeira incorporação, por parte dos profissionais de saúde, do conceito ampliado de saúde.

A discussão provocada pela necessidade de embasar as práticas fisioterapêuticas em evidências científicas tem levado os fisioterapeutas a buscarem utilizar a Prática Baseada em Evidências – PBE<sup>35</sup> como ferramenta

indispensável, para que, apoiados por um modelo teórico conceitual, esses profissionais estejam aptos a apreciar melhor um escopo de fatores intervenientes na situação de saúde do paciente<sup>36</sup>. Na PBE, o profissional deve levar em consideração os dados que encontrou quando avaliou o paciente, tendo a habilidade de realizar associações baseando-se nas respostas cognitivas, comportamentais e emocionais encontradas, e com isso ampliar sua própria visão das condições de saúde. A busca das melhores evidências disponíveis, integrada à experiência clínica, tem sido sugerida como a estratégia ideal e mais segura para a tomada de decisão em saúde.

Ainda que o cenário da atuação do fisioterapeuta venha, cada vez mais, sendo ampliado, nem sempre a sua prática consegue ganhar uma amplitude à altura das complexas demandas que surgem no cotidiano. Isso ocorre especialmente porque, em geral, a realidade da prática terapêutica diária é dinâmica e se modifica muito rapidamente. Distinguir os aspectos que levam a isso pode contribuir para que o saber e o fazer fisioterapêuticos não sejam reduzidos.

A complexidade do processo de cuidar do paciente pediátrico em um ambiente hospitalar demanda uma nova abordagem por parte dos profissionais de saúde, sendo a perspectiva da promoção da saúde uma das possibilidades apontadas para tal. Notamos que ainda existem lacunas no conhecimento, tanto no que diz respeito aos aspectos conceituais quanto aos modelos práticos, como, por exemplo, o fato já destacado de que tanto na PNPS quanto nos modelos conceituais de cuidado integral, quando focados para a saúde da

criança, estas não serem reconhecidas e valorizadas como sujeitos das ações em saúde<sup>32,37</sup>.

A partir dessas considerações, o presente estudo delimita como objeto a prática fisioterapêutica relacionada à promoção da saúde da criança em um ambiente hospitalar, entendendo tal prática não só como a aplicação de um saber e de uma técnica, mas também como um espaço de reflexão e mudança.

Como uma primeira abordagem do tema, procurou-se — através da problematização da prática fisioterapêutica — explorar questões sobre o fazer fisioterapêutico voltado para a saúde da criança. Essas questões foram levantadas a partir da escolha do objeto de estudo e com vistas a nortear a busca inicial na literatura sobre o tema.

Nessa direção, explicitando melhor o nosso objeto de estudo, formulamos os seguintes questionamentos epistemológicos:

1. O que os fisioterapeutas pensam acerca de sua ação vinculada à saúde da criança no contexto hospitalar?
2. Como pensar sobre o desenvolvimento da criança de forma ampliada nesse contexto?
3. Como a atuação do fisioterapeuta pode, além de tratar as consequências do adoecimento, contemplar a promoção da saúde da criança e a prevenção secundária de doenças infantis?

4. Quais as ações a serem adotadas para a elaboração de princípios para a atuação do cuidado terapêutico numa perspectiva de atenção à saúde integral da criança?

Cabe levantar algumas questões importantes quanto à prática fisioterapêutica voltada a ações de promoção da saúde em um ambiente hospitalar: a despeito de as novas diretrizes curriculares estabelecidas em parecer pelo Conselho Nacional de Educação – CNE, em 2002<sup>33</sup> já enfatizarem a necessidade de delimitar as competências para a formação desse profissional, observa-se uma inadequação em sua formação no que diz respeito à atuação na atenção integral à saúde, como preconiza o SUS. Além disso, temos as questões que se apresentam, a saber: Como realizar ações de promoção à saúde em um ambiente que prioriza a doença? Como implementá-las em um ambiente que envolve tecnologia dura e semi-dura<sup>2</sup>? Qual o cenário da fisioterapia em um ambiente de alta complexidade? Como desenvolver uma atitude para a promoção à saúde no ambiente hospitalar?

A dimensão da integralidade, uma das diretrizes básicas do SUS — apoiada em um modelo de cuidado ampliado em saúde — demanda um modelo de atuação fisioterapêutica que permita o desenvolvimento de atitudes, atributos e competências voltadas para a promoção da saúde<sup>38</sup>.

Optou-se pela definição de ações fisioterapêuticas (cinético-funcionais) oriundas dos documentos oficiais do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, a saber, a Resolução COFFITO 80, que aponta para o fato de que “[...] é competência do fisioterapeuta elaborar o

diagnóstico fisioterapêutico [...]” ; “prescrever as técnicas próprias da fisioterapia [...]” ; “dar ordenação ao processo terapêutico [...]” ; “acompanhar a evolução do quadro funcional [...]” ; “promover condições para alta do serviço [...]”. O texto da Resolução permite-nos, ainda, inferir que a atenção fisioterapêutica deve propiciar o desenvolvimento de ações nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade<sup>39</sup>.

### **Settings**

A Organização Mundial de Saúde – OMS define *settings* para a saúde como um ambiente de contexto social onde pessoas estão diariamente engajadas em atividades, sendo que, nesse local, fatores pessoais, organizacionais e ambientais estão constantemente interagindo e afetando a saúde e o bem-estar. Tais interações são ricamente complexas, com relações multivariadas, dinâmicas e sinérgicas, demonstrando quão complexo é o processo de promoção de saúde<sup>16</sup>.

A IV Conferência Internacional sobre Promoção para Saúde (OMS), que ocorreu em Jakarta, Indonésia, em 1997, fortemente endossa o conceito de *settings*, e o valoriza para a implementação de estratégias compreensivas para a promoção da saúde, além de recomendar que a OMS invista esforços e apoie o uso dessa abordagem em todos os países<sup>15,16</sup>.

A aplicação do conceito de *settings* tem-se tornado uma importante ferramenta para a saúde pública. O encorajamento do desenvolvimento sustentado e responsável para a promoção da saúde permite uma abordagem aplicável em diferentes esforços para alcançar os objetivos destacados pela



Carta de Ottawa. As ações para a promoção da saúde em diferentes settings podem assumir várias formas, e estas envolvem ações em diferentes níveis de organização, incluindo mudanças nos ambientes físicos, na organização estrutural e administrativa local<sup>16</sup>.

Nos *settings* da saúde, em particular, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar tarefas tais como: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão dos pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e a medidas implementadas coletivamente; entender melhor certos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como os de seus familiares e mesmo os da equipe profissional de saúde envolvida<sup>40</sup>.

O *setting* também pode ser usado para a promoção da saúde ao trabalhar-se sinergicamente, buscando a interação da comunidade. Cada vez mais os profissionais de saúde realizam suas atividades ocupacionais em settings específicos, o que lhes permite entender e os torna capazes de reconhecer o seu local de trabalho como lócus da prática da promoção à saúde — ou seja: literalmente como o lugar onde a promoção tem seu lugar. Diferentes ambientes de cuidado e atenção à saúde podem propiciar ações de promoção da saúde, tais como: hospitais, clínicas privadas, residências, escolas, centros comunitários, locais de trabalho<sup>15,16</sup>.

No entanto, se observarmos o desenvolvimento da história dos centros hospitalares ao longo dos dois últimos séculos, veremos que, na maioria das

vezes, as instituições hospitalares estão voltadas para o adoecimento e exercendo atividades curativas, em geral por indivíduos/profissionais habilitados a realizá-las. O avanço tecnológico das últimas décadas aumentou o hiato entre as habilidades especiais necessárias ao exercício da atividade curativa e as demandas de saúde da população em geral. A excessiva especialização e a fragmentação, que caracterizam o modelo biomédico, centrado na patologia e não no indivíduo, levam a uma lógica de estruturação da assistência hospitalar cuja ênfase está voltada a procedimentos e à utilização crescente de tecnologias, o que contribui para sustentar uma visão biologicista dos profissionais de saúde<sup>22</sup>. Entretanto, corroborando o pensamento da atenção integral à saúde, Merhy<sup>2</sup> ressalta que em todos os níveis de atenção, a complexidade do cuidado pertinente à especificidade de cada um desses níveis já destacados demanda a utilização de diferentes formas de tecnologias (dura, semidura e leve), sendo cada uma delas, dentro das especificidades de sua atuação, parte integrante das tecnologias, também usadas habitualmente no ambiente hospitalar.

Desse modo, diversos autores argumentam que o ambiente hospitalar é o lugar ideal (ao menos potencialmente) para atividades de promoção da saúde. Nesse *setting* específico, as ações de promoção da saúde envolvem educação para a saúde, programas de prevenção de comorbidades, planejamento de ações, dentre outros<sup>15,40</sup>. Pela situação de convivência e compartilhamento de espaços, por vezes prolongados devido ao tempo de internação, o ambiente hospitalar torna-se propício a introdução de atividades de promoção da saúde.

## **1.2 – OBJETIVOS**

### **1.2.1 - Geral:**

- Analisar a díade teoria-prática no desenvolvimento das ações fisioterapêuticas voltadas à promoção da saúde da criança em um ambiente hospitalar.

### **1.2.2 -Específicos:**

- Caracterizar as ações fisioterapêuticas voltadas à promoção da saúde da criança em um cenário hospitalar.
- Analisar os significados atribuídos pelos fisioterapeutas às suas próprias ações, estas relacionadas à promoção da saúde da criança em um ambiente hospitalar.

## **1.3 – JUSTIFICATIVA**

A motivação para o presente estudo surgiu da experiência como coordenadora do curso de pós-graduação lato sensu em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal, um importante instrumento para a capacitação profissional em serviço do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, assim como da longa experiência na área de formação de fisioterapeutas em cursos de graduação e pós-graduação. Na docência, atividade em que estou imersa por mais de trinta anos, atuo em cursos de pós-graduação em diferentes instituições de ensino; há seis anos no IFF/Fiocruz, como membro da coordenação do curso, e há três como coordenadora de área do Programa de Residência Multiprofissional da

Criança e do Adolescente Cronicamente Adoecidos, lido com fisioterapeutas egressos de diferentes instituições de ensino superior.

Há anos exercendo atividades estreitamente ligadas à fisioterapia, tenho percebido que — a despeito da origem ou do local de formação dos alunos — a transição entre aquisição teórica e apropriação da práxis terapêutica merece uma reflexão especial. Atualmente, os cursos de pós-graduação lato sensu em fisioterapia recebem alunos que demonstram total inabilidade para a prática terapêutica em algumas áreas de atuação fisioterapêutica, muitas vezes saindo da graduação sem que tenham passado por todas as áreas do conhecimento em seu estágio curricular. Algumas hipóteses poderiam justificar essa realidade, dentre elas a que aponta para a deficiência na matriz curricular dos cursos de graduação em fisioterapia, pois as diretrizes curriculares do CNE preocupam-se em estabelecer uma formação com um perfil generalista<sup>33</sup>.

Com o presente estudo — que vem ao encontro de expectativas surgidas ao longo da minha atuação profissional —, pretendo contribuir para minimizar lacunas no campo da produção do conhecimento sobre o assunto. Nesse campo, observei o pouco investimento de artigos científicos sobre a interface entre a prática fisioterapêutica em pediatria e as ações voltadas para a assistência à saúde da criança. Em uma busca realizada em abril de 2011 — em base de dados da Pubmed e Bireme, bem como na biblioteca Scielo — com as palavras-chave *health promotion, physical therapy, intervention, public health, child health and functioning* foram encontrados 590 artigos. A grande maioria relaciona-se a condutas fisioterapêuticas específicas em uma determinada patologia ou inserções do fisioterapeuta em programas de

atenção básica à saúde. Nenhum dos documentos consultados apresenta uma discussão sobre os modelos conceituais em fisioterapia pediátrica.

Por meio deste estudo também pretendo contribuir para uma reflexão quanto à inserção do profissional da fisioterapia em ações voltadas para a atenção à saúde integral da criança, trazendo subsídios para a elaboração de princípios de atuação fisioterapêutica ancorada nessa perspectiva.

#### 1.4 – MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

O estudo do objeto de nossa pesquisa terá como marco referencial dois conceitos: os de campo e habitus. Ambos são referências teóricas de Pierre Bourdieu<sup>31,41</sup>. Acreditamos que a articulação desses conceitos poderá servir de referência analítica para a melhor compreensão da prática fisioterapêutica frente à promoção da saúde da criança em ambiente hospitalar. Nessa perspectiva, poderemos entender melhor tanto as relações que se estabelecem entre a teoria e a prática no âmbito das ações dessa prática profissional, como também as permanências culturais e mudanças da Fisioterapia ao abordar o ser criança.

##### – Teoria do habitus

Habitus é uma noção filosófica antiga, originária do pensamento de Aristóteles e da escolástica medieval, recuperada e retrabalhada após os anos de 1960 pelo sociólogo Pierre Bourdieu.

As raízes do termo encontram-se na noção aristotélica de hexis, descrita na doutrina do filósofo sobre a virtude. Habitus significa um estado adquirido e

firmemente estabelecido do caráter moral que orienta os nossos sentimentos e desejos numa determinada situação, assim como a nossa conduta<sup>42</sup>. No século XIII, o termo *hexis* foi traduzido para o latim como *habitus* por Tomás de Aquino na sua *Summa Theologiae*, na qual adquiriu o sentido ampliado de capacidade para crescer através da atividade, ou disposição durável suspensa a meio caminho entre potência e ação propositada<sup>42</sup>.

O *habitus* é um dos conceitos centrais na teoria de Bourdieu. No que diz respeito à prática, o autor propõe a construção de uma ciência experimental da interiorização da exterioridade e da exteriorização da interioridade<sup>31,41</sup>. Ele estrutura a compreensão da sociedade e fornece a articulação entre o individual e o coletivo.

*Habitus* é uma noção mediadora que ajuda a romper a dualidade entre indivíduo e sociedade. O conceito — ao captar o modo como a sociedade se torna depositada nas pessoas sob a forma de disposições duráveis, ou capacidades treinadas e propensões estruturadas para pensar, sentir e agir de modos determinados — nos permite perceber que os indivíduos passam a guiar suas respostas criativas aos constrangimentos e solicitações do seu meio social existente pelo *habitus*<sup>41</sup>.

Assim, as estruturas constitutivas de um tipo particular de meio, que podem ser apreendidas sob a forma de regularidade associada a um meio socialmente estruturado produzem um *habitus*.

## Segundo Bourdieu,

[...] um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas (estruturas estruturadas) que funcionam como sistemas geradores e organizadores de práticas (estruturas estruturantes) que, integrando todas as experiências passadas, funcionando como uma matriz de percepção de apreciações e de ações, tornando possível a realização de tarefas diferenciadas, graças às transferências de esquemas<sup>31</sup>. (p. 60)

Gomes<sup>43</sup> nos diz que o habitus “se refere a um conhecimento adquirido [...] que corresponde a matrizes, social e historicamente construídas e cujo exercício será determinado pela posição social do indivíduo [...]” (p. 02).

O conceito de habitus foi desenvolvido como mediador entre as práticas individuais e as condições sociais de existência; ou seja, para identificar a mediação entre sujeito e sociedade, conciliando a oposição aparente entre a realidade exterior e as realidades individuais. Os habitus individuais, produtos da socialização, são constituídos em condições sociais específicas, por diferentes sistemas de disposições produzidos em espaços distintos, ligados a uma trajetória social, como uma sedimentação das influências das instâncias tradicionais da socialização<sup>44</sup>.

Nessa linha, podemos dizer que, em razão da existência/presença de um sistema de disposições/esquemas individuais socialmente constituído de disposições estruturadas (social) e estruturantes (mentes) — adquiridos pelas experiências práticas e constantemente orientados para o agir da vida cotidiana —, seríamos levados a colocar em prática um conjunto de esquemas de percepção, apropriação e ação a partir de estímulos dados em uma determinada situação. Neste conceito, as primeiras experiências seriam

fundantes, ao produzir as estruturas do habitus, que estão no princípio da percepção das experiências posteriores<sup>45</sup>.

Podemos compreender habitus como um produto da história, cuja presença ativa do passado — por meio das percepções, pensamentos e ações — garante a constância das práticas ao longo do tempo. Sendo essas práticas estruturadas nas experiências passadas — pois, de acordo com esse conceito, o indivíduo tende a reproduzir as regularidades das condições nas quais o habitus foi produzido —, compreendemos que cada sistema de disposição individual é uma variante estrutural dos outros membros do mesmo grupo ou classe<sup>31</sup>.

Para Bourdieu, habitus é um sistema constituído e construído continuamente e constantemente sujeito a novas experiências. Dessa forma, o habitus funciona como um mecanismo de manutenção da ordem social e também como mecanismo de mudança, pois “[...] está incessantemente afetado pelas experiências novas [...]” (p. 108)<sup>41</sup>.

É interessante compreender a diferença entre a palavra hábito e o conceito habitus. Segundo o Dicionário Online de Português ,2010, hábito se caracteriza por um “comportamento que determinada pessoa aprende e repete frequentemente, sem pensar como deve executá-lo. Uso, costume; maneira de viver; modo constante de comportar-se, de agir: muitas ações da vida cotidiana constituem hábitos.” Já o conceito habitus envolve uma característica criadora, ativa e inventiva. De acordo com esse raciocínio, o sujeito recebe e reinventa a “herança” para a formação do habitus. Gomes, 2002, nos chama atenção para



o fato de que “os sujeitos, através do habitus, não só reproduzem como também produzem ações” (p. 02)<sup>43</sup>.

À luz do conceito de habitus, podemos inferir que no cenário da ação fisioterapêutica encontramos pessoas que baseiam suas práticas em modelos de intervenção, e nesses modelos algumas estruturas permanecem, são conservadas, a despeito dos avanços preconizados nos documentos oficiais da categoria profissional e do conceito de promoção da saúde. É a dialética da não superação que afirma essa permanência. Com isso, torna-se um desafio verificar por que os modelos se comunicam e não se superam, o que nos leva a inferir que não há uma incoerência entre teoria e prática, mas, sim, que a teoria e a prática estão entrelaçadas no campo fisioterapêutico.

– Teoria de campo social

Bourdieu<sup>41</sup> nos chama atenção para o fato de que a Sociologia deve afirmar-se como disciplina científica, e, para tal, buscar romper com as condições existentes no discurso comum. Nesse sentido, a noção de campo social é um elemento essencial do procedimento teórico. Os campos são “[...] espaços estruturados de posições, cujas propriedades dependem de sua posição nestes espaços [...]” (p. 38). O autor considera campo como “[...] um universo onde estão inseridos os agentes e as instituições [...] sendo este universo um mundo social que obedece a leis sociais”<sup>41</sup> (p. 20). Afirma, ainda, que todo campo é um campo de forças e um campo de lutas, para conservar ou transformar.

Bourdieu denomina de leis gerais do campo a uma série de atributos que apontam ser o campo um espaço de forças opostas. Mas a despeito das propriedades gerais, cada campo tem uma história própria, e com isso uma relativa autonomia em relação aos outros campos. Assim, campos não são espaços com fronteiras estritamente delimitadas, mas articulados entre si<sup>46</sup> (p. 62). Entretanto, nos diferentes campos, as lógicas de funcionamento são idênticas, ou seja: independentemente de sua especificidade, eles possuem leis gerais e propriedades particulares.

Um dos elementos que estruturam um campo é a distribuição do capital entre os diferentes agentes que nele atuam. Dentre estes, podemos citar o capital científico, uma espécie particular de capital simbólico, que consiste no reconhecimento atribuído pelos pares-concorrentes dentro do campo. A estrutura do campo está na origem das estratégias destinadas a transformá-la.

Porém, nessa relação de forças, os agentes que monopolizam o capital tendem a utilizar estratégias para manutenção da ordem estabelecida, enquanto os que possuem menos tendem a subvertê-la. Podemos então dizer que todos os envolvidos num determinado campo possuem determinados interesses específicos comuns, dentre eles a existência do próprio campo. Tais estratégias ocorrem de maneira inconsciente, e o habitus, que funciona como um gerador de esquemas, é o gerador das estratégias que podem estar ligadas ao interesse dos agentes<sup>47</sup>.

Para Bourdieu, qualquer que seja o campo, ele é objeto de lutas tanto no aspecto real quanto no representacional. O sociólogo chama nossa atenção

para o fato de que os agentes não são elementos totalmente passivos, conduzidos pelas forças do campo: ao contrário, apresentam disposições adquiridas, a que Bourdieu chama de habitus.

Para o autor, “[...] é preciso que haja objetos de disputas e pessoas prontas para disputar o jogo, dotadas de habitus que impliquem no conhecimento das leis do campo, dos objetos de disputas”<sup>41</sup> (p. 89). Podemos assim deduzir que a existência do habitus é, ao mesmo tempo, condição de existência do campo e o produto de seu funcionamento dentro de uma estrutura específica.

Indo além, se estabelecermos uma associação entre habitus e o conceito de *settings* da OMS, podemos destacar que os *settings* para promoção da saúde são ambientes de contexto social que nos permitem aproximações com o cotidiano. Isso nos leva a associar as estruturas do cotidiano na promoção da saúde ao conceito de campo de Bourdieu, pois, para o autor, nada existe fora da relação. Esse conceito de campo nos permite realizar aproximações ao contextualizar o fenômeno estudado, sendo possível perceber em que circunstâncias ele acontece. Além disso, permite-nos também mapear a organização dos espaços e dos campos sociais.

Creemos que os marcos conceituais teóricos aqui apresentados nos permitirão chegar à melhor compreensão de nosso objeto de estudo.

## 1.5 – Detalhamento metodológico

### Natureza do estudo

Buscando a melhor compreensão do objeto de nossa pesquisa, optamos pela abordagem qualitativa. Tal escolha revela que a intenção do pesquisador é estudar o significado de um fenômeno ou evento em determinado contexto.

Minayo<sup>48</sup> aponta as metodologias qualitativas como:

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (p. 12)

No campo da Saúde Coletiva, a metodologia qualitativa aplica-se ao estudo da história, de relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações dos indivíduos sobre o cotidiano<sup>48</sup>. Poderíamos considerar, assim, como objetos da abordagem qualitativa o nível dos significados, os motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que se expressam pela linguagem comum e na vida cotidiana.

Por ter seu foco na interpretação do cotidiano e nas experiências dadas pelos sujeitos do estudo, as investigações qualitativas permitem ao pesquisador ser ao mesmo tempo observador e partícipe do fenômeno. Permitem ainda a interação das múltiplas disciplinas/áreas do conhecimento, e com isso se pode alcançar um maior entendimento dos problemas envolvidos.

Para a construção do material metodológico, assim como para a análise e interpretação dos dados, optamos pela perspectiva hermenêutica-dialética a

partir da síntese elaborada por Minayo<sup>49,50</sup>. Consideramos que, com essa perspectiva, seria possível apreender a dimensão prática e histórica das práticas de saúde em fisioterapia. Tal perspectiva se funda na práxis, na busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade, que, processualmente, segue as etapas de confrontação, convergências e divergências das categorias<sup>48</sup>.

Na articulação da hermenêutica com a dialética, falas e ações são compreendidas como partes da especificidade totalizante em que elas são produzidas, e sua interpretação deve considerar os aspectos extradiscursivos<sup>49</sup>.

Compreendemos hermenêutica como a interpretação e compreensão de sentido na comunicação a partir da linguagem, no sentido de se entender os fatos no “texto”; ou seja, de interpretar o sentido expresso por quem o emitiu.

Já a dialética busca a atitude crítica por meio da contextualização dos fatos e símbolos, compreendendo que o fundamento das relações sociais se dá na comunicação. A concepção dialética entende, ainda que a estrutura do significado presente na linguagem seja apenas um dos fatores do mundo real. Além disso, enfatiza as diferenças, buscando a contradição nos fatos e na linguagem.

Nessa direção, optamos por trabalhar com todas as implicações de ordem histórica, sociocultural, política e educacional, para podermos vivenciar uma experiência no contexto de trabalho dos sujeitos da pesquisa, aproximando-nos da realidade por meio de uma prática dialética interpretativa,

pois, como nos diz Bourdieu<sup>45</sup>, a prática social “[...] torna o centro da análise a ação humana e a considera como resultado de condições anteriores, exteriores, mas também como práxis” (p. 232).

A pesquisa ocorreu no Instituto Nacional da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira – IFF, unidade materno-infantil da Fiocruz, órgão auxiliar do Ministério da Saúde cuja tarefa é desenvolver, coordenar e avaliar as ações integradas direcionadas à área da saúde feminina e infanto-juvenil.

No âmbito da assistência, o IFF está voltado para a atenção em níveis secundário e terciário ao público materno-infantil e adolescente, e constitui-se referência nacional em promoção de saúde para o Ministério da Saúde (Programa de Saúde da Criança), bem como em aleitamento materno/banco de leite humano, genética médica, neonatologia, patologia perinatal, cirurgia pediátrica, doenças infecciosas pediátricas e unidades para pacientes pediátricos graves, dentre outras áreas.

Em termos de Fisioterapia, o IFF possui dois serviços voltados para a atenção à criança e ao adolescente — a saber, o de fisioterapia motora e o de fisioterapia respiratória. Dezoito fisioterapeutas especializados em Fisioterapia pediátrica atuam nesses dois serviços nas suas diferentes especificidades, atendendo a pacientes pediátricos e neonatais, nas unidades fechadas (Unidade de Pacientes Graves – UPG; Unidade Intermediária – UI; Cirúrgica Neonatal e Pediátrica – CIPe; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), nas unidades semifechadas (enfermarias de pediatria, cirurgia pediátrica e

neonatal; berçário de risco; enfermaria de Doenças Infecciosas Pediátricas – DIPE) e nos ambulatórios de Fisioterapia Motora e Fisioterapia Respiratória e no Programa de Atendimento Domiciliar Interdisciplinar – PADI.

O estudo incluiu 14 fisioterapeutas atuantes no IFF, em suas diferentes unidades e departamentos. Aqueles que não foram entrevistados, em um total de quatro, eram os que estavam lotados no departamento de neonatologia ou gozando licença médica/maternidade. Considerou-se importante, para este estudo, observar e entrevistar apenas os fisioterapeutas que atuavam nas diferentes unidades de pediatria.

Em termos de técnicas de coleta de dados, foram empregadas a observação participante e a entrevista semiestruturada. A primeira técnica teve como foco a percepção e compreensão das ações fisioterapêuticas voltadas para a promoção da saúde, a partir de sua prática cotidiana. Já o roteiro da segunda versou sobre o conhecimento e a aplicabilidade das ações de promoção de saúde.

Tomou-se como base para a interpretação o método interpretação dos sentidos das falas dos entrevistados, baseado na hermenêutico-dialética<sup>51,52</sup>, que aponta para uma compreensão dos sentidos subjacentes às falas e ações e para a articulação dos sentidos a significados culturais que vão além delas. Ainda para a interpretação, o produto final foi confrontado com os dois marcos teóricos adotados por esta pesquisa: habitus e campo, de Pierre Bourdieu. Importante considerar que a experiência prática dos sujeitos do grupo pesquisado é constituída pelos sujeitos em suas relações com a vida, em um

processo de aprendizado e de impregnação pela cultura do grupo social na qual estão inseridos, sendo eles produtos de tais cenários socioculturais. Qualquer tentativa de interpretação à luz desse modelo não poderá negligenciar tal fato, como nos diz Gomes<sup>53</sup> ao definir: “[os modelos teóricos] trazem em seu núcleo a ideia fecunda dos condicionamentos históricos da linguagem, das relações e das práticas [...]” (p. 12).

A análise e a interpretação final ocorreram após o encerramento da pesquisa de campo, momento em que todo o material foi lido, classificado e ordenado (referimo-nos às transcrições das entrevistas e das anotações do diário de campo por unidades do IFF).

Posteriormente, foi realizada uma leitura compreensiva do material (transcrições e diário de campo), com o objetivo de impregnação pelo seu conteúdo, para se chegar à visão do conjunto das entrevistas. Para isso, foi necessário que o pesquisador se colocasse no lugar do outro, e que ancorasse sua leitura nos referenciais teóricos.

A partir de então foi elaborada uma estrutura de análise por questão e por unidades (ambiente de ambulatorios e de internação) onde os entrevistados atuam, dado que tornou-se necessário ir além das falas e dos fatos descritos para buscar sentidos mais amplos ou significados culturais.

Em seguida, foi feita a alocação de recortes de trechos dos depoimentos e das anotações da observação na estrutura, de modo a estabelecer a correspondência analítica da categoria central e das categorias acessórias do sistema de atenção à saúde, promoção à saúde e experiência profissional com



o atendimento fisioterapêutico no ambiente hospitalar. A exploração do material ocorreu por meio de identificação de ideias centrais, sentidos subjacentes às ideias, especificidades, homologias e eixos para a discussão e problematização do material. Finalmente, foi construída a síntese interpretativa (diálogo dos achados com os marcos teóricos, as questões, os objetivos e a literatura produzida sobre o assunto).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, sob o registro 0084/11. Em termos de confidencialidade dos dados, todos os participantes foram apelidados com nomes de pássaros para que permaneçam no anonimato.

## 1.6 – REFERÊNCIAS

- 1) Merhy E E. **Praxis en salud un desafío para lo publico**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- 2) Merhy EE. Saúde: **cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- 3) Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde nos últimos 20 anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009.14(6):2305-2316.
- 4) Gallo DLL. A fisioterapia no programa saúde da família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária. Dissertação.(mestrado). Universidade Estadual de Londrina.2005.
- 5) Czeresnia D; Freitas CM. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2003.
- 6) Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2000. 5(1):163-177.
- 7) Carta de Ottawa. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. OMS, 1986. Disponível em [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa). Acesso em 10 de outubro de 2010.
- 8) Buss, PM. Promoción de la Salud y la Salud Publica: una contribución para el debate ente las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe.Rio de Janeiro, julio de 2000 [mimeo].

9) Rabello LS. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2010.

10) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

11) Noronha J C, Lima LD, Machado CV. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: Giovanella L et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

12) Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1124](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124). Acessado em: 06/02/2013.

Portal da Saúde. 8 conferência nacional de saúde. Disponível em: [www.portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/8conferencia](http://www.portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/8conferencia). Acessado em: 09/01/2013.

13) Washington Consensus, Center for International Development at Harvard University. disponível em: <http://www.cid.harvard.edu/cidtrade/issues/washington.html>. Acessado em : 12/01/2013.

14) Gomes ML. Política Nacional de Promoção da Saúde: potência de transformação ou política secundária? Dissertação (mestrado). UERJ – PPFH. 2009.

- 15) Poland BD, Green LW, Rootman I. **Settings for health promotion: linking theory and practice**. Thousand Oaks: Sage Publication Inc. 2000.
- 16) Organização Mundial de Saúde / WHO. Healthy Settings. Disponível em: [http://www.who.int/healthy\\_settings/en/](http://www.who.int/healthy_settings/en/). Acessado em 12/01/2013.
- 17) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>. Acessado em: 05/01/2013.
- 18) Paim, JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Disponível em: [www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm](http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm). Acesso em 25/01/2013.
- 19) Brasil. Presidência da República. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Publicada no Diário Oficial da União em 20 de setembro de 1990.
- 20) Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde 2007.- ppa.fundap.sp.gov.br. disponível em: [http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/RAS\\_revBblg.pdf](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/RAS_revBblg.pdf). Acessado em 14/11/2011
- 21) Ayres, JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**. 2009.18(supl.2):11-23.
- 22) Camargo Jr K. A Biomedicina. **Physis: Rev Saude Coletiva**.1997. 7(1):45-68.

23) Rebelatto JR, Botomé SP. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Manole; 1999.

24) Freitas MS. A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional. Tese. Curso de Pósgraduação em Saúde Coletiva. UERJ. 2006.

25) Winter MA. Comunicação pessoal. Abril de 1996.

26) Barros FBM. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva** .2008. Rio de Janeiro,13(3):941-954

27) Vila VSC & Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino-Americana de Enfermagem** [online], 2002, 10(2):137-144. ISSN 0104-1169. 613:109-129.

28) Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área da saúde da criança. **Ciênc. Saúde Coletiva**.2010. 15(2):321-327.

29) Rugolo LMSS et al. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J. Pediatr.* 2005.(Rio J.) 81 (1) suppl. 1.

30) Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resoluções 188, 189 e 260. disponível em: <http://crefito1.org.br/fisioterapia/>. Acessado em 12/01/2013.

- 31) Bourdieu P. **Esboço da teoria da prática**. In: Ortiz R. Pierre Bourdieu: Sociologia. 2 ed. São Paulo: Ática, 1994.
- 32) Polonia AC, Alves ED. Ações educativas em saúde: repensando os paradigmas. Disponível em : [http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/1250/1/CAPITULO\\_AdolescentesPensandoJuntos.pdf](http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/1250/1/CAPITULO_AdolescentesPensandoJuntos.pdf). Acessado em 25/01/2013.
- 33) Conselho Nacional de Educação. Câmara de Ensino Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União. Brasília, 4 de março de 2002, seção 1, p. 11. Acesso em 01 de maio de 2010.
- 34) Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**. 2008. Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23.
- 35) Pedrolo E, Danski MTR, Mingorance P, Lazzari LSM et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática do profissional enfermeiro. **Cogitare Enferm** .2009. 14(4):760-3.
- 36) Dias RC, Dias JMD. Prática baseada em evidências: uma metodologia para a boa prática fisioterapêutica **Fisioterapia em Movimento**.2006.19(1):11-16.
- 37) Duarte MCS, Moreira, MCN. Autonomia e cuidado em terapia intensiva pediátrica: os paradoxos da prática. **Interface - Comunic., Saude, Educ**. 2011.

- 38) Viana SBP. Competências dos fisioterapeutas para a atenção básica em saúde da família: avaliação dos professores e egressos da UNIVALI. Dissertação (mestrado). UNIVALI. 2008.
- 39) Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional: RESOLUÇÃO Nº. 80, DE 9 DE MAIO DE 1987. (Diário Oficial da União nº. 093, 21/05/87, Seção I, Págs. 7.609), acessado em 02 outubro de 2010
- 40) Munguba MCS. Educação na saúde – sobreposição de saberes ou interface? **RBPS**. 2010. Fortaleza, 23(4): 295-296.
- 41) Bourdieu P. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.
- 42) Wacquant L. Notas para esclarecer a noção de habitus. **RBSE** 6(16): 5-11. Abril de 2007. Disponível em: <http://www.foxitsoftware.com>.
- 43) Gomes R. Sobre o conceito de habitus de Bourdieu. Texto didático – pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher – IFF/Fiocruz, outubro de 2002.
- 44) Bonnewitz P. **Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- 45) ) Bourdieu P. **O senso prático**. Petrópolis: Vozes, 2009.
- 46) Catani AM. Pierre Bourdieu: um estudo da noção de campo e de suas apropriações brasileiras nas produções educacionais. **Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia**. Faculdade de Educação: USP. Disponibilizado em: [www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR4628ba6c00014](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628ba6c00014). Acesso em 06/01/2011.

47) Bourdieu P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; São Paulo: Difel, 1989.

48) ) Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

49) Minayo MCS (org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2002.

50) Minayo MCS (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

51) Gomes R. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. In: Minayo MCA (org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

52) Gomes R et al. **Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação**. In: Minayo MCS, Assis, SG, Souza ER (org). Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2005.

53) Gomes R. Comunicação pessoal. Abril de 2010.



## CAPÍTULO 2

## **Artigo 1**

### **A Fisioterapia voltada para a criança com o foco na promoção da saúde**

Miriam Ribeiro Calheiros de Sá e Romeu Gomes

#### Resumo

O artigo objetiva analisar, na literatura disponível, o estado da arte das ações fisioterapêuticas voltadas para a criança, tendo como foco a promoção da saúde. Com isso, através da problematização de ideias presentes na produção do conhecimento, pretende-se contribuir com subsídios para a formulação de princípios para a Fisioterapia promover ações de atenção integral à saúde da criança. Metodologicamente, o estudo consiste numa revisão bibliográfica de cunho qualitativo, focalizando artigos disponíveis em bibliotecas virtuais e bases de dados nacionais e internacionais. São apontados quatro eixos temáticos que permeiam a discussão, a saber: Fisioterapia na perspectiva da promoção da saúde da criança; práticas corporais em diferentes níveis de atenção; Fisioterapia voltada para crianças em âmbito coletivo e intersetorialidade. As discussões da literatura consultada possibilitaram evidenciar limites para o desenvolvimento da Fisioterapia voltada para a criança numa perspectiva da promoção da saúde.

Palavras-chave: Fisioterapia, Criança e Promoção da Saúde.

## **Child Health Promotion: a Physical Therapy approach.**

### Abstract

This article aims to analyze the available literature, the state of the art physiotherapy actions aimed at children, with a focus on health promotion. Thus, through the questioning of ideas present in the production of knowledge is intended to provide insight for the formulation of principles for physical therapy to promote actions of comprehensive health care for the child. Methodologically, the study was a literature review using qualitative approach, focusing on virtual items available in electronics libraries and databases, national and international. We have pointed out four themes that permeate the discussion, namely: physical therapy from the perspective of promoting child health, bodily practices at different levels of care, physical therapy aimed at children in a community basis and Inter-sector cooperation. The discussions of the literature is limited evidence for the possible development of physical therapy aimed at the child in a health promotion perspective.

Keywords : Physiotherapy, Child, Health promotion.

## **Introdução**

A fisioterapia surgiu no Brasil em um contexto de reabilitação, a fim de atender aqueles portadores de sequelas do surto de Poliomielite da década de 50. Na década de 70, os avanços tecnológicos permitiram que o profissional fisioterapeuta expandisse sua atuação, especialmente para uma ação mais curativa. A partir da década de 80, com o advento de tecnologias que demandavam a intervenção de uma equipe multidisciplinar em pacientes críticos, o fisioterapeuta começou a integrar ativamente as equipes de terapia intensiva. A partir desse momento, o profissional dessa área ganhou espaço nas equipes de saúde, participando mais efetivamente das ações curativas e preventivas realizadas.

Com a reforma sanitária de 1980 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreu um aumento ainda mais importante de inserção profissional nos diferentes segmentos de atenção à saúde, dentre estas categorias podemos citar a dos fisioterapeutas, culminando com a progressiva participação dos referidos profissionais nas equipes de atenção básica à saúde como na Estratégia de Saúde de Família – ESF.

O plenário da 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003 aprovou a composição da equipe multiprofissional incluindo o fisioterapeuta<sup>1</sup>. Finalmente, o Projeto de Lei nº PL 3256/2004, apensado ao Projeto de Lei nº 4261/2004, dispõe sobre a obrigatoriedade do atendimento fisioterápico pelas equipes do Programa de Saúde da Família<sup>2</sup>. Este programa, hoje designado como Estratégia Saúde da Família, tornou-se o eixo estruturante da atenção básica no SUS.

Com relação à prática fisioterapêutica voltada para a criança — usualmente associada a uma subespecialidade da fisioterapia neurofuncional, traumato-ortopédica ou pneumofuncional —, dificilmente encontramos cursos com formação específica para essa área, de modo que, na grande maioria dos casos, os fisioterapeutas utilizam na pediatria modelos teóricos explicativos adaptados de outras especialidades.

Com isso, muitas vezes o profissional fisioterapeuta depara-se com situações de saúde ou de adoecimento em que questiona suas próprias ações e mesmo a qualidade de sua intervenção, por estar diante de um sujeito com características próprias, particulares, para o qual tanto o planejamento como as próprias ações de saúde não estão completamente atendidas nos programas de saúde. Nessa realidade, evidencia-se que no campo há modelos em luta: de um lado, os modelos conceituais clássicos, que suportam as ações fisioterapêuticas, pautados na lógica da reabilitação, e, de outro, os modelos conceituais da dimensão da integralidade para a promoção da saúde<sup>3</sup>.

Defendemos que tal realidade pede ações de saúde (cada vez mais) interdependentes, que apontem no sentido de o profissional fisioterapeuta ser envolvido em programas de atenção à saúde. Nesses programas, é necessário que o fisioterapeuta defina melhor a intensidade do cuidado e que desenvolva uma nova visão para a tomada de decisões estratégicas frente à sua atuação profissional. Entre os desafios que se apresentam no momento, em primeiro lugar está o crescimento incontestável das demandas preventivas e educativas em todos os níveis e em todas as áreas de conhecimento e atuação. Nesse contexto, desenham-se claramente as novas características do profissional capaz de atender às necessidades da atenção à saúde.

O paradigma da *promoção da saúde* apresentado pela Carta de Ottawa é o de que a saúde deve ser entendida em seu conceito amplo, e nesse sentido pautar a discussão sobre qualidade de vida, trabalhando com o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades. A promoção da saúde relaciona-se fortemente com os múltiplos aspectos dos modos de vida, propondo que se busquem formas de permitir aos cidadãos vidas produtivas, no aspecto social e econômico<sup>3</sup>.

O fato de o fisioterapeuta ter a seu encargo o desenvolvimento das atividades motoras funcionais, trazendo esta abordagem para o ambiente em que o indivíduo se encontra, corrobora a inserção deste profissional no nível primário de atenção à saúde<sup>4</sup>.

Ao se refletir sobre as ações de promoção da saúde da criança, compreendendo esta como uma fase única da vida onde o desenvolvimento e o crescimento têm lugar de destaque e, ao observarmos a mudança do perfil epidemiológico, que por um lado, traz para a realidade da criança o aparecimento de morbidades até então próprias dos indivíduos adultos e, por outro, o avanço tecnológico que permite a sobrevivência de crianças dependentes de tecnologia, podemos perceber a importância da incorporação da perspectiva da promoção da saúde para a atuação da fisioterapia junto à criança.

Um dos aspectos importante para que se possa caminhar na incorporação dessa perspectiva é a compreensão de como esse assunto vem sendo tratado na área da Fisioterapia.

Assim, objetiva-se analisar, na literatura disponível, o estado da arte das ações fisioterapêuticas voltadas para a criança, tendo como foco a promoção da saúde. Pretende-se, dessa forma, problematizar as ideias presentes na

produção do conhecimento, buscando subsídios para a formulação de princípios para a Fisioterapia promover ações de atenção integral à saúde da criança.

### **Trajetória Metodológica**

Nesta revisão, foram consultadas as seguintes bases de dados: Medline, Embase e Cochrane Library, sendo as buscas iniciadas pelo Medline. Existem ainda outras bases de dados bibliográficos relacionadas à assistência à saúde, como Pubmed / Bireme/ Biblioteca Scielo/ PeDro/ Scopus, que também foram pesquisadas.

A construção das estratégias de buscas nas bases de dados informatizadas foi conduzida utilizando-se o emprego de termos padronizados indexados, com os seguintes descritores (termos MESH/DESC): *health promotion, child health, physiotherapy*, em um período de publicação inicial não restringido. As buscas foram encerradas em 30 de junho de 2011. Estes termos foram relacionados entre si pelo conector “e” (AND), aplicando-se os descritores conforme a ferramenta disponível em cada base.

A busca inicial se deu pela Medline através do Pubmed, devido à facilidade de acesso, de domínio público e gratuito.

Em uma primeira etapa, ocorreu a identificação de estudos sobre a promoção da saúde, fisioterapia e saúde da criança, porém não foram encontrados estudos correlacionando os três termos. Utilizou-se então uma outra estratégia, partindo-se dos descritores promoção da saúde e fisioterapia, tendo como limite os descritores CHILD e CHILDREN. Nesse momento foram

identificados 20 artigos. Foram retirados aqueles que constavam em mais de uma base de dados, chegando-se a 16 artigos.

Em seguida, observou-se o título e o resumo de cada estudo encontrado para verificar a pertinência ao tema proposto. Observou-se também se os artigos apresentavam relações com serviços de atenção à saúde que possuam intervenção fisioterapêutica, seja em Programa de Saúde da Família (PSF) ou Estratégia Saúde da Família (ESF), atenção básica de saúde ou ambiente hospitalar. Além disso, identificou-se se os estudos tinham como desfechos: atividades práticas de cuidados de saúde, prática fisioterapêutica em pediatria e promoção da saúde. Assim, constitui-se como fonte da revisão 15 artigos.

O primeiro movimento analítico das fontes foi um tratamento descritivo, caracterizando a produção quanto ao ano de publicação, nível de atenção, país da realização do estudo, objeto/questão de estudo, método, resultados e conclusão.

Frente à diversidade de expressões utilizadas pelos autores para descrever o seu método, os artigos foram classificados nas seguintes categorias metodológicas: ensaio (reflexão crítica de caráter exploratório com base teórica e/ou na experiência do autor); editorial (opinião editorial acerca de um assunto); estudo qualitativo (baseado na interpretação de crenças, valores, representações, opiniões, dentre outros aspectos); estudo quantitativo (baseados em procedimentos estatísticos e/ou epidemiológicos); revisão (tratamento sistemático dado a publicações sobre um assunto) e estudos quanti-qualitativo (articulação entre o método quantitativo e o qualitativo). Como resultado desta análise empírica, elaborou-se um quadro, que tinha por



função ser uma planta baixa, que favorecesse a visibilidade do conjunto de textos.

Para o segundo momento analítico foram formuladas questões no sentido de problematizar a produção com ancoragem nos princípios e nas definições do Ministério da Saúde acerca da promoção da saúde<sup>5</sup>(Ministério da Saúde, 2002). Com isso, observou-se o quanto os resultados e as discussões dos artigos contribuíam para o desenvolvimento da atenção fisioterapêutica à criança na perspectiva promoção da saúde da criança. A partir desse escopo, especificamente verificou-se os limites e as potencialidades que o estado da arte da produção do conhecimento trazia acerca desta perspectiva. Assim, procurou-se observar se os artigos sobre a Fisioterapia voltada para crianças traziam: (a) fundamentos ou conclusões para a aplicação do princípio da integralidade, nas instâncias da formação profissional, do planejamento ou da assistência; (b) discussões incentivadoras de práticas corporais em diferentes níveis de atenção à saúde; (c) fundamentos para as ações correrem em âmbito de caráter coletivo; (d) aspectos facilitadores para a promoção da interdisciplinaridade e intersetorialidade. Atravessando a análise desses aspectos, procurou-se verificar se, em geral, as informações ou discussões da literatura consultada possibilitam a discussão de limites e potencialidades para o desenvolvimento da Fisioterapia voltada para a criança numa perspectiva da promoção da saúde.

### **Caracterização das Fontes**

Na análise das fontes, observam-se homologias e diferenças entre os estudos (Quadro I), que se configuram numa produção com uma temporalidade

relativamente recente (com predomínio nos últimos três anos) e com uma espacialidade predominante relacionada aos Estados Unidos e à Europa.

Especificamente em relação à nacionalidade da produção, interessante destacar que, apesar de a promoção da saúde se constituir numa ampla discussão no Brasil quando se trata de modelos de atenção à saúde, essa perspectiva pouco tem permeado a produção do conhecimento acerca da fisioterapia nacional voltada para a criança.

No que tange ao foco de estudo, verifica-se que as discussões dos autores se referem predominantemente a um modelo de abordagem fisioterapêutica voltado para a criança, com ênfase nas ações preventivas, tanto no nível de atenção primária, quanto no secundário. Especificamente sobre o predomínio da prevenção, observa-se – implícita ou explicitamente – a busca de ruptura com o modelo curativo e reabilitador, hegemônico na saúde em geral e na fisioterapia em particular.

Essa ruptura propõe uma radical mudança, ao sugerir uma adequação da abordagem tradicional, até então focada na atenção clínica e hospitalar, onde, reconhecidamente, a fisioterapia tem sido um dos estais da reabilitação, para uma mudança conceitual e de ações, que guiem o profissional fisioterapeuta em direção as ações de promoção da saúde segundo princípios assentados nos documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em alguns estudos<sup>6,7,8,9</sup>, destaca-se a crise do modelo terapêutico-curativo frente à mudança epidemiológica nos perfis de morbimortalidade infantil. Apoiada em estratégias baseadas em evidências, esta mudança fala a favor de uma intervenção não-invasiva, educadora, o que caracteriza a prática fisioterapêutica.

Em meio a essa discussão, sugere-se que o profissional fisioterapeuta, assuma seu papel enquanto agente de promoção da saúde, podendo utilizar-se da experiência de mais de cinco décadas de profissão, trabalhando com educação de pacientes, e em pediatria, com pais e familiares <sup>10</sup>.

No conjunto dos estudos revisados, observam-se ainda quatro destaques. O primeiro deles se refere a estudos que deslocam suas discussões do espaço exclusivo dos serviços de saúde para o ambiente escolar <sup>10,11</sup>.

Outro destaque é de um estudo <sup>12</sup> que reflete sobre a articulação entre a fisioterapia e ciências sociais em uma perspectiva interdisciplinar, ultrapassando assim a exclusividade do modelo da biomedicina.

Como terceiro destaque, nota-se que a produção do conhecimento em geral se encontra pouco ancorada em pesquisa de campo, seja de caráter qualitativo, seja de abordagem quantitativa. Uma das hipóteses explicativas para isso seria o fato de o modelo da promoção da saúde ainda não ter avançado o suficiente no âmbito da fisioterapia a ponto de se constituir em referenciais teórico-metodológicos para possibilitar o desenvolvimento de pesquisas de campo, como um processo de entrecruzar e ampliar saberes, que permita construir um diálogo entre as ações fisioterapêuticas propostas e os modelos teóricos nos quais elas se apoiam, possibilitando a compreensão de diferentes aspectos de uma determinada realidade, gerando assim novos conhecimentos.

Observa-se a ausência no nível terciário na discussão da promoção da saúde da criança por parte da fisioterapia. Talvez isso se explique pelo fato de o desejo desta categoria de profissionais da saúde em efetivar uma ruptura

com o modelo hegemônico, fortemente associado à lógica hospitalar. Nesse sentido, destaca-se a carência de uma abordagem integrativa, que busque fazer do espaço terciário de atenção à saúde um espaço da reabilitação, mas também da prevenção de futuras comorbidades associadas ou da promoção da saúde em geral traduzida em ações paralelas ou após a reabilitação.

Como quarto destaque observa-se – a título da caracterização da produção do conhecimento – que, a despeito deste estudo utilizar como limite o descritor Child/Children, somente seis estudos focavam a promoção da saúde da criança (Balas- Nakash<sup>13</sup>; Craik<sup>14</sup>; Dwyer<sup>15</sup>; Goodgold<sup>16</sup>; Racette<sup>11</sup>; Schlessman<sup>10</sup>). Este dado aponta para a necessidade de ações propositivas, com relação a pesquisa voltada à saúde desta população no campo da Fisioterapia.

### **Fisioterapia na perspectiva da promoção da saúde da criança**

Dentre as muitas recomendações da OMS, a saúde das crianças deve ser uma das preocupações primárias de qualquer sociedade<sup>17</sup> (OMS, 2011). Sabe-se que a atividade física é essencial para a promoção da saúde da criança, como fator de estímulo ao crescimento e desenvolvimento. Cabe aqui questionar se o Fisioterapeuta/a Fisioterapia, enquanto profissional/profissão da saúde, estaria adequadamente equipado/a e habilitado/a, do ponto de vista da perspectiva do conhecimento, para abraçar o modelo da promoção da saúde, e pronto a integrar este modelo em suas ações terapêuticas práticas diárias. Diante do exposto, pode-se questionar o que é necessário para que a Fisioterapia atue com crianças numa perspectiva de promoção da saúde.

Ao explorar a literatura componente desta revisão, nota-se que autores (Dean<sup>8,9</sup>; Dominguez & Merchan-Hamann<sup>18</sup>; Goodgold<sup>16</sup>; Majnemer<sup>19</sup>; Schlessman<sup>10</sup>) enfatizam a necessidade de que os fisioterapeutas pediátricos busquem, através da construção de referenciais teóricos e epidemiológicos, meios para ampliar/expandir seus programas terapêuticos, podendo esta perspectiva levar este profissional de fato a uma promoção da saúde mais efetiva. Isto levaria a atividade terapêutica a um sentido ampliado, para além do modelo biomédico, ao considerar a noção de saúde não mais só como biológica, nem apenas como a ausência de doença.

Entretanto, isto requer uma mudança de atitude na formação deste profissional, apontando para uma ruptura no modelo de atenção, passando do curativo para a promoção. No lugar de apenas tratar, voltar-se para a prevenção visando o bem estar e a vida saudável. Goodgold<sup>16</sup> considera promoção do bem-estar como um processo intencional de facilitação da mudança em um indivíduo relacionada com o comportamento visando melhorar o “bem-estar”. A promoção de “bem-estar” engloba medidas de aspectos educacionais, motivacionais, ambientais e político que capacitam os indivíduos, organizações e comunidades; promove comportamentos saudáveis, melhora a saúde e o “bem-estar”.

Sabe-se que, para conseguir promover mudanças desejadas, os comportamentos precisam ser compatíveis com os valores e normas vigentes na comunidade social e profissional. Para efetivamente atender às necessidades de saúde hoje, os fisioterapeutas pediátricos necessitam ter um claro entendimento dos fatores que influenciam a integração do modelo de promoção da saúde em sua prática. Isto demanda desenvolver *expertise* e

competência clínica em cuidados primários. Dominguez e Merchan<sup>18</sup> e Salmoria e Camargo<sup>12</sup> acreditam que o suporte/apoio de um ambiente acadêmico e científico possa favorecer os fisioterapeutas pediátricos a desenvolver e traduzir suas crenças pessoais assim como as de “bem estar”, em comportamentos voltados para a promoção da saúde em sua prática diária, que são curativas predominantemente. Desta maneira, enquanto tratam as queixas e dificuldades motoras e funcionais de seus pacientes pediátricos, poderiam levar em conta a dimensão global da criança, com suas características e necessidades individuais.

Mesmo no nível terciário de atenção à saúde, como nos processos de reabilitação funcional, a abordagem fisioterapêutica deve estar voltada para a prevenção secundária e a promoção para saúde. Dean<sup>9</sup> e Goodgold<sup>16</sup> consideram que, pelo fato dos processos reabilitativos serem prolongados e exigirem grande disponibilidade de tempo para sua execução, esta poderia ser uma importante ferramenta para o início de um programa de educação para a saúde, visando o bem estar futuro da criança. Nesse sentido, sabe-se que os comportamentos de autocuidado, aprendidos em uma fase precoce da vida, tendem a perpetuar-se ao longo da vida adulta.

### **Práticas corporais em diferentes níveis de atenção**

Ao adotar a perspectiva da promoção da saúde, pode-se questionar quais seriam as estratégias para se promover práticas corporais infantis em diferentes níveis de atenção.

Augusto e colaboradores<sup>6</sup> chamam a atenção para o fato de que um dos princípios mais caros à promoção de saúde é a participação integral da população em todas as fases do planejamento, desenvolvimento e

implementação destes programas, que visam em última instância, as condições de saúde da população. O conhecimento dos determinantes sociais da saúde permite compreender melhor as condições que possam levar ao adoecimento de um determinado grupo<sup>20</sup>. Desta maneira, os processos educativos para a saúde, poderiam ocorrer ao longo da intervenção fisioterapêutica. No caso dos pacientes pediátricos, torna-se vital o trabalho de educação para a saúde com os pais e cuidadores, uma vez que ainda são vulneráveis e dependentes em maior ou menor grau, de cuidados externos. Em seu artigo, Schlessman e colaboradores<sup>10</sup>, concluem que os pais das crianças em idade pré-escolar estão interessados em aprender programas específicos de promoção para saúde, tais como aqueles para realização de atividade em ambientes fechados e abertos.

Em seu estudo, Balas Nakash e colaboradores<sup>13</sup> evidenciam os efeitos positivos de programas de educação para saúde que incluem atividade física, direcionados para alunos em idade escolar no México, com um resultado mais efetivo do que as atividades regulares das classes de educação física. Damiano<sup>21</sup> aborda que o paradigma para a gestão fisioterapêutica das crianças encefalopatas precisa mudar das tradicionais abordagens de uma forma mais focada, para uma abordagem de promoção da atividade através de uma formação mais intensa e ativa, que utilize protocolos que trabalhem a educação para a saúde buscando as modificações de estilo de vida e mobilidade de reforços dispositivos.

Segundo Krishnan<sup>22</sup>, o aumento da atividade motora propicia uma melhora na saúde física e mental, assim como promove um aumento de outros aspectos de funcionamento, tais como o desempenho cognitivo, e mais

recentemente foi demonstrado ser útil para promover a recuperação neural e funcional em pessoas com lesão no sistema nervoso. A partir disso, pode-se considerar que a atividade motora é necessária para a interação com o mundo físico como falar, comer, vestir, ou deslocar-se no espaço. Cabe mencionar que um melhor condicionamento físico leva a uma melhor saúde e prevenção ou redução de deficiências secundárias. Relacionado a isso, há autores que sugerem que a atividade física pode trazer benefícios para a proteção da saúde. Recentes avanços da neurociência têm destacado a importância da atividade motora para o estabelecimento e reforço de vias neurais, assim como o inverso ocorre, ou seja, uma diminuição deste reforço da rede neural quando a atividade física é reduzida<sup>22</sup>.

Cabe ressaltar que os textos chamam a atenção para o fato de que, a despeito de reconhecerem a relevância da utilização de protocolos validados para as ações fisioterapêuticas, estes não devem de modo algum restringir a atuação deste profissional em pediatria, porém sugerem que deve-se investigar formas de atuação relacionadas as atividades funcionais diárias, que permitam ações em uma perspectiva integral sobre o indivíduo (Balas Nakask<sup>13</sup>; Dwyer<sup>15</sup>; Verhagen & Engbers<sup>23</sup>).

Entretanto, autores<sup>6,1016</sup> tem destacado como uma baixa consciência do papel da fisioterapia na promoção da saúde, tanto pela população em geral como pelos outros profissionais da saúde, assim como das ações fisioterapêuticas como práticas corporais para prevenir ou diminuir condições crônicas. Interessante destacar que um estudo aborda o fato de que são os fisioterapeutas pediátricos aqueles mais envolvidos e conscientes das práticas para saúde<sup>16</sup>.



Por último, destaca-se que um dos estudos, chama a atenção para o fato de que o ambiente hospitalar seja igualmente propiciador de atividades como educação para saúde<sup>9</sup>.

### **Fisioterapia voltada para crianças em âmbito coletivo**

O terceiro questionamento que se busca encontrar resposta na literatura é o que aborda quais os critérios necessários para uma atuação fisioterapêutica junto a crianças no âmbito coletivo.

Sobre isso, Schlessman e colaboradores<sup>10</sup> chamam a atenção para o fato de que no período de formação do fisioterapeuta, necessário se faz uma mudança de atitude, voltada para a promoção da saúde. Relacionado a isso, Dean<sup>8</sup> destaca a necessidade de que o fisioterapeuta apresente uma competência não só clínica e técnica como *expertise* em cuidados primários, enquanto Resende e colaboradores<sup>4</sup> destacam a necessidade de uma visão multidimensional, habilitando este profissional para reconhecer e atender as necessidades no espaço de cuidado, buscando uma ação que permita desenvolver as potencialidades dos indivíduos.

Em relação à necessidade de uma nova formação e habilitação, especificamente em relação ao Brasil, levanta-se a questão sobre a regulamentação complementar da fisioterapia relacionada ao Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira que o referido profissional possa tornar efetiva sua participação em todos os níveis de atenção à saúde. O que se nota é a escassez de documentos oficiais, tanto do Ministério da Saúde, quanto dos órgãos legisladores da Fisioterapia que possam indicar o espaço a ser ocupado por este profissional na atenção e promoção da saúde.

Ampliando a discussão, observa-se que há uma defasagem entre legislação e prática fisioterapêutica. Como se sabe, em 2002, o Conselho Nacional de Educação elaborou e publicou novas diretrizes curriculares para os cursos de Fisioterapia, que modificam conceitos e formas de atuação do fisioterapeuta e ampliam a atuação desses profissionais para a atenção primária da saúde<sup>24</sup>. Entretanto, como observam Silva e Da Ros<sup>25</sup>, ainda se percebe que na formação em geral deste profissional efetivamente isto ainda não ocorre.

Resende e colaboradores<sup>4</sup> destacam que os fisioterapeutas tiveram a necessidade de recriar suas práticas, a fim de se inserirem neste contexto de ampliação de seu campo de atuação. No entanto, a regulamentação das tarefas dentro desta nova perspectiva ficou incompleta, uma vez que a legislação específica da categoria não atribuiu ações de educação para a saúde a este profissional. Isto se constata na própria Resolução COFFITO 80<sup>26</sup>, que ainda se encontra em vigor, que delimita os atos privativos do fisioterapeuta nos âmbitos intervencionista e curativa. Ainda que se reconheça o fisioterapeuta como elemento integrante da equipe da ESF<sup>2</sup>, observa-se que não há resoluções complementares, posteriores a criação do SUS, que regulem a atuação desse profissional ancorada numa perspectiva de atenção integral à saúde.

Além da regulamentação da profissão, destaca-se que para a Fisioterapia promover ações voltadas para a criança no âmbito coletivo, dentre outros aspectos, se faz necessário, seja no âmbito da formação, seja no âmbito da capacitação, ampliar as discussões acerca das necessidades sociais desse

segmento etário em específico e da população em geral, articulando aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

### **Intersetorialidade**

Tomamos como conceito de Intersetorialidade a concepção de Junqueira e Inojosa<sup>27</sup>, a saber “a articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social” (p.37).

Pode-se ainda destacar que, nos textos analisados, alguns autores apresentam limitações ou barreiras ao exercício da intersetorialidade nas ações de promoção de saúde da criança por parte da Fisioterapia.

O primeiro limite se refere especificamente à formação. Os autores chamam a atenção para o fato de os fisioterapeutas não terem em seus cursos discussões voltadas para a saúde pública em geral<sup>28</sup>, bem como não serem devidamente habilitados para incorporarem princípios do bem estar e da promoção da saúde em suas práticas<sup>16</sup>.

Outra barreira para se alcançar uma intersetorialidade diz respeito a modelos de atuação profissional. Sobre isso, Dean<sup>9</sup> observa que, a despeito da proposta de uma prática focada na saúde, muito consistente com a visão contemporânea da atuação fisioterapêutica, este profissional necessita apropriar-se do conhecimento de múltiplos fatores intervenientes, em uma visão multidimensional, para maximizar sua prática voltada para a promoção da saúde.

Ampliando essa discussão, Goodgold<sup>16</sup> destaca que, apesar de os fisioterapeutas pediátricos valorizarem o bem estar e a promoção, ainda demonstram em sua prática diária uma prevalência do modelo de doença mais do que uma abordagem voltada para a promoção.

Schlessman e colaboradores<sup>10</sup> observam que pais, educadores e profissionais de saúde em geral pouco identificam os fisioterapeutas como parte integrante da promoção da saúde. Esse não reconhecimento também ocorre por parte da coletividade mais ampla por desconhecer a possibilidade desse profissional ser partícipe do processo de promoção da saúde<sup>6</sup>.

Junto a isso, destaca-se que a inserção do fisioterapeuta na equipe de saúde pode ser uma ótima oportunidade para se ampliar o foco de atuação desse profissional, mediante o contato com outros profissionais no sentido de assegurar um novo olhar sobre a prática do fisioterapeuta, baseada na atenção à saúde integral e inserida numa equipe de trabalho<sup>4</sup>.

Além disso, Dean<sup>7</sup> aponta na direção de que os fisioterapeutas podem trabalhar junto aos planejadores e os legisladores para criar espaços saudáveis, incluindo ambientes socialmente e fisicamente seguros, e esteticamente agradáveis para atividades físicas e recreativas em parques para famílias. Estes espaços públicos devem ser concebidos de modo que incluam pessoas de todas as idades, portadoras ou não de alguma incapacidade. A perspectiva única e particular do fisioterapeuta é necessária em fóruns sobre planejamento em saúde e decisões políticas visando as comunidades. Isto vem corroborar o parecer do relatório Programa Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que sugere que as ações de indução de atividades físicas e de práticas corporais sejam desenvolvidas em diferentes níveis do SUS<sup>29</sup>.

## Considerações Finais

A revisão das fontes aponta para algumas lacunas na própria produção do conhecimento voltado para a promoção da saúde da criança por parte da Fisioterapia. Essas lacunas podem ser sintetizadas em quatro aspectos. Um deles diz respeito a pouca produção na área para efetivamente ampliar a abordagem fisioterapêutica para além do modelo biomédico, possibilitando a convivência de abordagens psicológicas e sócio-culturais com esse modelo.

O segundo aspecto que ainda necessita ser mais desenvolvido em termos de produção do conhecimento especificamente voltado para atuação com crianças se refere ao pouco investimento de estudos que possam fundamentar o desenvolvimento de estratégias voltadas para as especificidades infantis, sem que haja uma mera transposição dos recursos e técnicas voltadas para adultos para a atuação junto a crianças.

Como terceiro aspecto que demanda uma maior produção do conhecimento se relaciona ao fato de a Fisioterapia, em geral, ao se deparar com a promoção da saúde, limitá-la ao âmbito da atenção primária, às vezes, esquecendo-se que – numa perspectiva de atenção à saúde integral – os níveis secundário e terciário também podem ser cenários da promoção da saúde. Nesse sentido, Dean (2009a), ao buscar um distanciamento do modelo que durante muitos anos foi hegemônico da atuação fisioterapêutica, a saber, aquele voltado para a reabilitação, aponta para um compromisso das ações voltadas para a promoção da saúde ocorrerem também no nível de atenção terciário, buscando minimizar ou prevenir comorbidades em condições crônicas de saúde, bem como utilizando técnicas não invasivas e educativas para tratar

doenças e incapacidades, qualificando-o assim para o exercício da promoção da saúde na comunidade.

Por último, observa-se que um tema ainda a ser trabalhado pela produção do conhecimento diz respeito ao fato de conceitos e princípios da promoção da saúde não serem integralmente incorporados na prática diária dos fisioterapeutas. Uma das hipóteses explicativas para esse fato diz respeito à carência de estudos de campo, demonstrando que esta produção do conhecimento ainda não desenvolveu pesquisas empíricas para chegar a modelos de atuação profissional. Por sua vez, esses modelos permitiriam que sua aplicação em pesquisas de campo, demonstrasse a efetividade dos mesmos nas ações fisioterapêuticas.

## REFERÊNCIAS

- 1) Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-COFFITO. 12ª Conferência Nacional de Saúde - a saúde que temos, o SUS que queremos. **Rev O Coffito** 2003; 20: 4-11.
- 2) Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional -COFFITO. Projetos de interesse do COFFITO selecionados pela comissão parlamentar. Disponível em: [http://www.coffito.org.br/PLs\\_site\\_COFFITO\\_20090210.pdf](http://www.coffito.org.br/PLs_site_COFFITO_20090210.pdf) (acessado em 08/jul/2011).
- 3) Rabello LS. **Promoção da saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2010. 226p.
- 4) Resende M et al. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva** 2009; 14Supl.1:1403-1410.
- 5) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília – DF; 2002.
- 6) Augusto VG et al. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva** 2011; 16 Supl.1:957-963.
- 7) Dean E. Editorial. **Physiotherapy Theory and Practice**. 2009; 25(5–6):328–329.
- 8) Dean E. Physical therapy in the 21st century (Part I):Toward practice informed by epidemiology and the crisis of lifestyle conditions. **Physiotherapy Theory and Practice** 2009; 25(5–6):330–353.

9) Dean E. Physical therapy in the 21st century (Part II): Evidence-based practice within the context of evidence-informed practice. **Physiotherapy Theory and Practice** 2009; 25(5–6):354–368.

10) Schlessman AM et al. The role of Physical Therapists in pediatric health promotion and obesity prevention: comparison of attitudes. **Pediatric Physical Therapy** 2011; 79-86.

11) Racette SB; Cade WT; Beckmann LR. School-based physical activity and fitness promotion. **Physical Therapy** 2010; 90(9):1214-18.

12) Salmória JG & Camargo WA. Uma Aproximação dos Signos–Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. **Saúde Soc** 2008; 17(1):73-84.

13) Balas-Nakash M et al. The effect of exercise on cardiovascular risk markers in Mexican school-aged children: comparison between two structured group routines. **Salud Pública de México** 2010; 52(5): 398-405.

14) Craik RL. New Steps to “Move Forward”. **Physical Therapy** 2010; 90(12): 1706-1707.

15) Dwyer G et al. Promoting Children’s Health and Well-Being: Broadening the Therapy Perspective. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics** 2009; 29(1):27-43.

16) Goodgold S. Wellness Promotion Beliefs and Practices of Pediatric Physical Therapists. **Pediatric Physical Therapy** 2005; 17(2):148-57.

17) World Health Organization. Definition of Health. Disponível em: [www.who.int/about/definition/en/](http://www.who.int/about/definition/en/). Acessado em 20/jul/2011.



- 18) Domínguez AGD & Merchán-Hamann E. Kinesioterapia colectiva: repensando el papel del Kinesiólogo em la sociedade brasileira. **Rev Cubana Salud Publica** 2004; 30(3).
- 19) Majnemer A. Promoting Participation in Leisure activities: Expanding Role for Pediatric Therapists. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics** 2009; 29(1):1-5.
- 20) Buss PM & Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva** 2007; 17(1):77-93.
- 21) Damiano DL. Activity, Activity, Activity: Rethinking Our Physical Therapy Approach to Cerebral Palsy. **Physical Therapy** 2006; 86(11): 1534-1540.
- 22) Krishnan RV. Relearning of locomotion in injured spinal cord: new directions for rehabilitation programs. **Int J Neurosci** 2003;113: 1331–1351.
- 23) Verhagen E & Engbers L. The physical therapist's role in physical activity promotion. **Br J Sports Med** 2009;43:99–101.
- 24) Conselho Nacional de Educação. Câmara de Ensino Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União. Brasília, 4 de março de 2002, seção 1, p. 11.
- 25) Silva DJ & Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva** 2007; 12(6): 1673-1681.
- 26) Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional: RESOLUÇÃO Nº. 80, DE 9 DE MAIO DE 1987. (Diário Oficial da União nº. 093, 21/05/87, Seção I, Págs. 7.609).

27) Inojosa, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, 32(2): 35-48, mar./abr. 1998.

28) O'Donoghue G; Doody C; Cusack T. Physical activity and exercise promotion and prescription in undergraduate physiotherapy education: content analysis of Irish curricula. **Physiotherapy** 2011; 97(2):145–153.

29) Malta DC et al. A Política Nacional de Promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2009; 18(1):79-86.

Quadro 1 – caracterização dos estudos selecionados

Autor/Ano	País	Foco central da Discussão	Método	Nível de atenção
Augusto 2011	Brasil	Representações sociais da população com relação a atuação da fisioterapia	Qualitativo (entrevista semi)	Unidade Básica de Saúde
Balas-Nakash 2010	México	Efeito das rotinas de exercícios	Estudo de intervenção	Prevenção secundária
Craik 2010	EUA	Novas abordagens para ações fisioterapêuticas frente à variabilidade do desenvolvimento motor infantil	Editorial	Não há um nível específico focalizado
Dean 2009	Inglaterra	Evidências que suportam a intervenção fisioterapêutica associada à prevenção e promoção da saúde	Editorial	Prevenção Primária e secundária
Dean 2009a	Inglaterra	Estabelecimento da fisioterapia como profissão da promoção da saúde	Ensaio	Prevenção
Dean 2009b	Inglaterra	Saúde como estratégia para a fisioterapia no século XXI	Ensaio	Prevenção
Dwyer 2009	Austrália	Papel da Fisioterapia na promoção da saúde	Ensaio/ revisão de conceitos	Primária/ Guideline
Dominguez & Merchan-Hamann 2004	Brasil	Área do conhecimento da Fisioterapia	Ensaio	Prevenção
Goodgold 2005	EUA	Crenças na promoção da saúde pelos fisioterapeutas pediátricos	Quantitativo/ Randomização	Prevenção secundária
O'Donoghue 2011	Inglaterra	Visão atual do panorama da atividade física e promoção de exercícios	Qualitativo Análise de conteúdo	Saúde pública
Racette 2010	EUA	Programas de atividade escolar para promoção atividade física	Revisão sistemática Cochrane	Prevenção/ Escolas
Resende 2009	Brasil	Fisioterapia como profissão de práticas para promoção da saúde	Análise documental	Primária
Salmória & Camargo 2008	Brasil	Articulação da Fisioterapia com Ciências Sociais	Ensaio	Prevenção

Schlessman 2011	EUA	Identificar atitudes de pais, professor e fisioterapeutas sobre o papel da fisioterapia na promoção	Estudo quantitativo	Prevenção
Verhagen & Engbers 2009	Holanda	Papel da Fisioterapia na atividade física e promoção da saúde	Ensaio/ revisão de conceitos	Prevenção secundária

Fonte própria.

## Artigo 2

### Folha de Rosto

Título:

Promoção da saúde de crianças em espaço fisioterapêutico hospitalar

Child health promotion at a physical therapy hospital setting

Promoción de la salud de los niños en el espacio hospitalario

### Dados dos autores:

Míriam Ribeiro Calheiros de Sá

Setor de Fisioterapia motora – Instituto Nacional da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz.

E-mail: mcalheiros@iff.fiocruz.br

Endereço completo do autor/aluno: Rua Marechal Raul de Albuquerque 273, apto. 705 – Charitas – Niterói – RJ – CEP: 24370-025.

Nome do autor/orientador: Prof. Dr. Romeu Gomes

Departamento de Ensino – Programa de pós-graduação Saúde da Mulher e da Criança – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira

E-mail: romeu@iff.fiocruz.br

MRC Sá participou da elaboração, pesquisa, levantamento e coleta dos dados, redação final;

R Gomes participou da concepção do artigo, delineamento dos dados e revisão crítica.

\*

---

Este artigo é inédito, resultado parcial da tese de conclusão do curso de doutorado em Saúde da Criança e da Mulher – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz sob o registro 0084/11.

## **A promoção da saúde de crianças em espaço fisioterapêutico hospitalar**

### **Resumo**

Este artigo tem por objetivo analisar a inserção da promoção de saúde na prática do profissional da fisioterapia em ações voltadas para a atenção à saúde integral da criança em um ambiente hospitalar. Trata-se de um estudo de foco qualitativo, cuja trajetória metodológica escolhida — tanto para a construção do material como para a análise e interpretação dos dados — foi a perspectiva hermenêutica-dialética. Utilizaram-se as técnicas de observação participante e da entrevista semiestruturada. A análise ocorreu a partir de princípios do método de interpretação de sentidos. O estudo foi realizado com a equipe de fisioterapeutas do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira. Três eixos temáticos sintetizam a discussão dos resultados: a criança como foco da fisioterapia; a promoção da saúde por parte da fisioterapia pediátrica em um ambiente hospitalar; e desafios da fisioterapia para a promoção da saúde das crianças. Este estudo aponta para algumas peculiaridades da prática fisioterapêutica no ambiente hospitalar, destacando alguns limites e possibilidades para essa prática voltada para a promoção da saúde.

**Palavras-chave:** fisioterapia; promoção da saúde; ambiente hospitalar.

## **Child Health Promotion at a Physical Therapy Hospital Setting**

### **Abstract**

This article aims to analyze the integration of health promotion in professional physical therapy practice pertaining to actions destined for child health care in a hospital setting. It is a qualitative study conceptualized through the perspective of dialectical hermeneutics. The approach is reflected in the methodological trajectory for both the architecture its methodological material, as well as the analysis and interpretation of the data. Participant observation and semi-structured interview techniques were employed. The analysis was based on principles of the interpretation of meaning method. The study was conducted by the physical therapist staff of mother-child health-care unit of Fiocruz, namely, The National Institute of Woman, Child and Adolescent's Health Fernandes Figueira. Three thematic streams summarize the result discussions: The child as the focus of physical therapy; the health promotion at a pediatric physical therapy hospital setting; and, the challenges physical therapy for child health promotion. The results disclose some peculiarities of the physical therapy practice at hospital settings, accentuating limitations and possibilities of this practice focused on health promotion in hospitals.

**Key Word:** physical therapy, health promotion, hospital setting.

## **Introdução**

Nos últimos trinta anos, paralelamente ao olhar dirigido à doença, o foco na promoção da saúde tem sido intensamente discutido e debatido. Aliás, desde 1946 a Organização Mundial de Saúde – OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades” (OMS,1976).

Ao longo desses anos, as conferências internacionais promovidas pela OMS estabeleceram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde, e, durante a I Conferência Internacional de Promoção à Saúde, realizada em 1986, essas bases foram globalmente organizadas na Carta de Ottawa. Porém, embora a Carta tenha-se tornado o modelo para a promoção de saúde em âmbito mundial, é possível questionar a real aplicabilidade da integralidade dos cuidados de saúde à luz de suas proposições, dado que os cuidados muitas vezes continuam reduzidos a ações voltadas para as doenças e deficiências dos sujeitos que os recebem (Gomes, 2009).

Revisando a literatura (Sá, Gomes, 2011), observamos que o tema merece ser ainda mais bem desenvolvido pelos fisioterapeutas. Isso em parte ocorre porque, nessa revisão, detectou-se que na produção do conhecimento relativa à abordagem fisioterapêutica, os conceitos e princípios da promoção da saúde não foram ainda integralmente incorporados à prática diária dos fisioterapeutas.

Uma das hipóteses explicativas para o fato diz respeito à carência de estudos de campo, o que demonstra que a produção do conhecimento ainda não desenvolveu pesquisas empíricas para chegar a modelos de atuação



profissional. Por outro lado, esses modelos permitiriam que sua aplicação em pesquisas de campo demonstrasse sua efetividade nas ações fisioterapêuticas. Saber como os profissionais de saúde e especialmente os fisioterapeutas têm respondido a essa mudança conceitual, integrando a promoção da saúde a suas práticas, permite compreender e planejar ações sistemáticas em longo prazo no direcionamento profissional desde a sua formação.

A dimensão da promoção da saúde em um ambiente hospitalar permite incorporar as ações fisioterapêuticas ao âmbito das enfermarias e unidades fechadas hospitalares. Isso é possível se tomarmos por base a hipótese de que a prática fisioterapêutica é baseada no cotidiano das suas ações, estas plenamente capacitadas ao exercício de atividades referentes à promoção da saúde da criança.

Embora tanto na concepção de dentro quanto na de fora do meio acadêmico o hospital seja um espaço diretamente voltado para complexas intervenções clínicas, a promoção da saúde se afigura como possível nesse ambiente. No momento das intervenções não só a doença pode ser tratada, como também ações podem ser desenvolvidas para que a saúde e a qualidade de vida sejam asseguradas com protagonismo dos sujeitos. Além disso, o espaço do hospital pode ser o primeiro ou o único a ser acessado por segmentos populacionais que não estão na cobertura da atenção básica. Portanto, compreendemos o ambiente hospitalar como local possível para o exercício da promoção da saúde.

A partir dessa perspectiva, este artigo tem como objeto de estudo a promoção da saúde em um ambiente hospitalar, objeto este que aponta para

uma dimensão pouco comum, pois, em geral, esse espaço está voltado puramente a ações do tipo curativas ou terapêuticas.

Na investigação desse objeto, foram utilizados como marcos teóricos os conceitos de habitus e campo, baseados na teoria de Pierre Bourdieu.

O habitus se refere a um conhecimento adquirido; corresponde a matrizes social e historicamente construídas, cujo exercício será determinado pela posição social do indivíduo. Trata-se de um sistema de disposições duráveis e transponíveis — por meio de transferência de esquemas — que tanto integram todas as experiências passadas (estruturas estruturadas), quanto geram e organizam práticas (estruturas estruturantes) que podem servir de matriz de percepção de apreciações e de ações (Bourdieu, 1983).

O conceito de campo pode ser considerado como o conjunto de espaços estruturados de posições ou postos passíveis de alteração ou contestação. Nele ocorre distribuição de capital específico (quantidade de acúmulos de forças) entre os agentes ou as instituições. Esse capital — que pode ser econômico, social, cultural e simbólico — é produto de lutas anteriores e orienta estratégias ulteriores. A coexistência de forças e lutas opera tanto no eixo da conservação quanto no da transformação (Bourdieu, 1983).

A articulação dos conceitos de habitus e campo possibilita a compreensão da lógica subjacente à intervenção fisioterapêutica voltada para a criança, como também possibilita compreender as relações entre os agentes dessa intervenção com outros profissionais que atuam no espaço hospitalar. Tal compreensão torna mais visíveis aspectos estruturantes que interferem na adoção da perspectiva da promoção da saúde voltada para a criança hospitalizada.

Com base nesses marcos conceituais, o presente artigo tem por objetivo analisar a inserção da promoção de saúde na prática do profissional da fisioterapia em ações voltadas para a atenção à saúde integral da criança em um ambiente hospitalar. Com isso, pretende-se subsidiar a elaboração de princípios de atuação fisioterapêutica ancorada nessa perspectiva.

## **Método**

Buscando a melhor compreensão do objeto de nossa pesquisa, optamos pela abordagem qualitativa. Por ter seu foco na interpretação do cotidiano e nas experiências dadas pelos sujeitos do estudo, as investigações qualitativas permitem ao pesquisador ser ao mesmo tempo observador e partícipe do fenômeno. Permitem ainda a interação das múltiplas disciplinas/áreas do conhecimento, e com isso se pode alcançar um maior entendimento dos problemas envolvidos (Gomes, 2005; Minayo, 2002).

Para a construção do material metodológico, assim como para a análise e interpretação dos dados, optamos pela perspectiva hermenêutica-dialética a partir da síntese elaborada por Minayo, 2002. Consideramos que, com essa perspectiva, será possível apreender a dimensão prática e histórica das práticas de saúde em fisioterapia. Tal perspectiva se funda na práxis, na busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade, que, processualmente, segue as etapas de confrontação, convergências e divergências das categorias (Minayo, 2004).

A pesquisa ocorreu no ambiente hospitalar do Instituto Nacional da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente – IFF, onde se destaca a especificidade das ações fisioterapêuticas em uma população com

características particulares, cronicamente adoecida, resultado da mudança do perfil epidemiológico pediátrico da última década (Moreira, Goldani, 2009). É importante destacar que nessa atuação fisioterapêutica há o concurso de duas especialidades atuando na mesma criança — a saber, a neurofuncional e a pneumofuncional —, em acordo com as resoluções 188 e 189 (COFFITO, 1998). Outro importante destaque é o fato de o instituto ser referência para o Sistema Único de Saúde nas áreas de ensino, pesquisa e assistência em saúde da mulher, da criança e do adolescente.

Os sujeitos do estudo foram os fisioterapeutas que atuam nas unidades de internação pediátrica e nos ambulatórios de pediatria do IFF, que, em sua maioria, participaram da pesquisa: dos 18 fisioterapeutas que integram o corpo clínico dos setores de Fisioterapia do IFF/Fiocruz, 14 participaram. Os quatro que não foram entrevistados estavam lotados no Departamento de Neonatologia ou em licença médica/maternidade. A média de idade dos 14 profissionais participantes é de 36 anos, tendo o mais jovem trinta e o mais velho 54 anos. Dessa população, apenas uma pessoa é do sexo masculino.

No conjunto dos entrevistados, 11 exercem suas atividades no ambiente de internação, em diferentes unidades assistenciais, desde enfermarias até unidades fechadas de terapia intensiva; cinco trabalham tanto nos ambientes de internação quanto em ambulatórios especializados; e três exercem suas atividades exclusivamente nos ambulatórios especializados, tanto no de fisioterapia motora quanto no de respiratória. Nesse conjunto, sete profissionais têm mais de dez anos de prática profissional e seis não possuíam a especialidade na área de fisioterapia pediátrica quando iniciaram suas atividades na instituição.

Em termos de pós-graduação, seis possuem especialização, seis mestrado e um o título do doutorado.

Sobre as técnicas de coleta de dados, foram empregadas a observação participante e a entrevista semiestruturada. A primeira técnica teve como foco a percepção e compreensão das ações fisioterapêuticas voltadas para a promoção da saúde, a partir de sua prática cotidiana. Já o roteiro da segunda versou sobre o conhecimento e a aplicabilidade das ações de promoção de saúde.

A análise das entrevistas e do diário de campo gerado a partir da observação ocorreu a partir de princípios do método de interpretação de sentidos (Gomes, 2007).

Inicialmente, elaborou-se uma estrutura de análise constituída pelas questões da entrevista e os depoimentos dos sujeitos correspondentes. Em cada classe da estrutura, também foram registradas as principais informações do diário de campo relacionadas ao conteúdo dos depoimentos. Em seguida, foram identificadas as ideias centrais e os sentidos a elas subjacentes em cada classe analítica. Nesse momento, foram identificados eixos para a elaboração de uma síntese interpretativa. Na síntese, articulou-se objetivo do estudo, perspectiva teórica, material empírico e achados de outros estudos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, sob o registro 0084/11.

### **Apresentação e discussão dos resultados**

A partir da análise dos sentidos subjacentes contidos nas respostas dos sujeitos, identificamos três eixos temáticos que sintetizam a discussão dos

nossos resultados: a criança como foco da fisioterapia; a promoção da saúde por parte da fisioterapia pediátrica em um ambiente hospitalar; e os desafios da fisioterapia para a promoção da saúde das crianças. Esses eixos não constituem classes necessariamente excludentes: em termos de conteúdo, ora eles se diferenciam, ora se superpõem.

### **A criança como foco da fisioterapia**

Em geral, os sentidos atribuídos pelos fisioterapeutas entrevistados à criança como foco da sua profissão apontam para uma não identificação com essa especialidade. Alguns deles mencionam que trabalhar com crianças não era sua escolha inicial na profissão, enquanto outros têm dificuldades para lidar com esses sujeitos.

*[...] não foi uma escolha trabalhar com criança nem nesta área [...]. (Beija-flor)  
Não gostava. Achava a coisa mais difícil do mundo. (Bem-te-vi)*

*Minha formação acadêmica foi praticamente nenhuma sobre o assunto. (Irerê)*

Mesmo os fisioterapeutas que escolheram trabalhar com esses sujeitos (as crianças) apontam desafios e dificuldades no exercício de seu ofício:

*Foi uma opção minha trabalhar com crianças porque para mim era um desafio.  
Acho mais difícil do que trabalhar com adulto. (Andorinha)*

De modo geral, é possível que os entrevistados encontrem dificuldades ao trabalhar com crianças que, estando sob sua responsabilidade, tenham vários comprometimentos da funcionalidade em geral. No IFF, assim como em outras unidades hospitalares, nos últimos anos as enfermarias de pediatria

começaram a receber pacientes oriundos das unidades neonatais, muitas vezes dependentes de tecnologias, que requerem cuidados especializados até mesmo para a manutenção da vida, apontando assim para uma mudança no perfil dos pacientes pediátricos, que tendem a cronicidade. Muitas vezes, como observa Moreira (2009), esses profissionais de saúde, em particular os fisioterapeutas, ao optarem pela atuação em pediatria, vislumbravam ou conheciam outro perfil de morbimortalidade infantil. A autora chama atenção para o fato de que a qualificação técnica desses profissionais não acompanhou o processo de transição do perfil da população pediátrica internada em enfermarias:

[...] não houve qualificação técnica [dos profissionais] para uma transição de mudança no perfil de adoecimento em pediatria, nem muito menos um espaço para o debate sobre os valores, desafios e expectativas geradas a partir do confronto com essa nova realidade. (p. 50)

Nota-se a mesma carência na fala dos nossos entrevistados:

*Eu via aquelas crianças [com encefalopatias] e pensava: deve ser um horror trabalhar assim. (Bem-te-vi)*

*O trabalho aqui é muito específico, tem muitas doenças que eu nem tinha ouvido falar, e olha que a minha formação não é ruim. (Patativa)*

Uma das hipóteses para o fato de os profissionais não se identificarem com o trabalho com crianças se refere à própria constituição da prática da fisioterapia. Isso porque tanto no nível de formação quanto em termos de atuação profissional, a ação fisioterapêutica reflete um habitus profissional fortemente baseado no modelo biomédico, com componentes anatomoclínicos

que estruturam o seu agir. Segundo Bourdieu (1983), sendo habitus um produto da história, as práticas estruturadas nas experiências passadas por meio das percepções, pensamentos e ações levam o indivíduo a reproduzir as regularidades das condições nas quais o habitus foi produzido. Assim, compreendemos que cada sistema de disposição individual é uma variante estrutural dos outros membros do mesmo grupo ou classe. O que se percebe é que, nos modelos de cuidado ampliado e de atenção integral à saúde, a criança, e em particular a criança cronicamente adoecida, parece ausente tanto dos modelos teóricos como dos políticos da saúde coletiva.

Ao refletir sobre a formação dos profissionais fisioterapeutas para atuarem no SUS, Gallo (2005) destaca que

[...] a graduação preocupa-se em formar um fisioterapeuta crítico- reflexivo e generalista, porém tanto os campos de estágios como as metodologias de ensino contribuem para uma formação ainda centrada na doença e que valoriza a especialidade do conhecimento. (p. 157)

Para mudar essa realidade, é necessário que os esquemas de pensamento e de ações sejam renovados de tal modo que, em vez de a doença se sobrepor aos sujeitos, estes possam assumir o primeiro plano do foco de atenção, constituindo uma nova praxiologia fisioterapêutica.

Além da mudança necessária no modelo de cuidados fisioterapêuticos, como foi constatado pelos sujeitos desta pesquisa, é preciso que a fisioterapia invista mais na produção do conhecimento voltado para a atuação com a criança.

*Então, como a pesquisa está muito desenvolvida no adulto, a gente pega muita bagagem do que já existe no paciente adulto para criança. (Beija-flor)*



*Tem muita gente que tenta aplicar terapia de adulto para a criança.* (Colibri)

*À época não existia [na faculdade] uma teoria que fundamentasse um conhecimento específico na área de pediatria.* (Irerê)

*[Quando iniciei] tive que buscar muitas outras informações... sem dúvida, principalmente na minha época [...] há muitos anos era bem diferente.* (Pardal)

A necessidade da mudança é reforçada pela revisão sistemática realizada com base nos artigos nacionais e internacionais estudados nesta pesquisa. Em sua conclusão, os autores constataam o pouco investimento na fisioterapia voltada para a promoção da saúde da criança, o que comprometeria o desenvolvimento de estratégias que permitissem a utilização da promoção da saúde como um dos modelos de atenção integral para a saúde da criança (Sá, Gomes, 2011).

Esse investimento ainda enfrenta barreiras, uma vez que a fisioterapia pediátrica é vista como um campo “menor” da atuação fisioterapêutica, pouco valorada pelos pares profissionais e durante a própria formação profissional. Tal aspecto foi desvelado ao longo da observação e inferido nos conteúdos das falas dos entrevistados.

Diversos estudos publicados entre os anos de 1980 e o início do novo milênio (Zanelli, Merhy, 2001; Costa, 1989; Donzelot, 1989; Foucault, 1987; Ariès, 1986), podemos discutir tal fato à luz da história da constituição da medicina ocidental moderna.

A pediatria nasceu como um movimento da sociedade ocidental, a partir da ascensão do capitalismo e do Estado moderno, que passa a valorizar o cidadão, e, portanto, a preocupar-se com sua formação e desenvolvimento, atentando-se para os cuidados durante a infância. Até então, havia uma desvalorização quase completa da vida biológica da criança (Ariès, 1986). A Pediatria, como especialidade médica, surge no final do século XVIII, no rastro das modificações socioculturais próprias da Modernidade e das Luzes, pois até o século XVII a saúde e a educação das crianças eram responsabilidade da família. Costa (1989) chama atenção para o fato de que, ainda no período colonial brasileiro, a estrutura familiar relegava a criança a uma espécie de limbo cultural, no qual permanecia até a puberdade. A partir do século XIX, os serviços de saúde passaram a garantir a reprodução da capacidade de trabalho dos indivíduos. A medicina passou a ser a mais importante aliada do Estado moderno para que essas modificações ocorressem: primeiro por meio da higiene, depois da puericultura, e, contemporaneamente, pela saúde materno-infantil. Podemos inferir, assim, que não foi possível pensar uma especialidade médica para as crianças sem que estas tivessem um estatuto que lhes conferisse um lugar social específico.

No Brasil, a pediatria somente se desenvolveu entre o final dos anos de 1960 e o início dos 70 (Zanelli, Merhy, 2001). Villar (2002) destaca que, se comparada a outras áreas do saber médico, a medicina pediátrica incorporou tardiamente os achados da anatomia patológica.

Especificamente em relação à fisioterapia pediátrica, Sahrman (2005) observa que ela surgiu enquanto recurso para o tratamento das sequelas da poliomielite, o que ocorreu na década de 1950. A autora aponta que desde

então predominou o tratamento de determinado sistema anatômico devido geralmente à prevalência de determinada deficiência física (sequela), esta causada por um problema médico específico. Diferentes conceitos básicos para a atuação fisioterapêutica foram criados em cada uma dessas épocas, influenciando tanto as características da profissão como os métodos utilizados.

No que tange à pediatria, especialmente, as ações na área de saúde coletiva carecem de desenvolvimento; e apesar de algumas tentativas de inserção dos fisioterapeutas em tais campos, poucas experiências têm sido apresentadas pela literatura nessa direção.

### **A promoção da saúde por parte da fisioterapia pediátrica em um ambiente hospitalar**

No conjunto dos sentidos atribuídos aos discursos dos fisioterapeutas entrevistados, observamos que as ações de promoção de saúde estão ausentes em grande parte de sua prática profissional. Isso se deve a sua formação pouco ou nada focada na saúde em geral, particularmente na perspectiva do cuidado em saúde. Como dizem nossos entrevistados:

*A minha formação teórica, na faculdade, se preocupou só com o tratamento [...] faltou [...] a questão do sistema de saúde.* (Bico de Lacre)

*Eu acho que a gente se especializou em doença, a gente pensa pouco e vê pouco a saúde, ainda mais aqui [no IFF].* (Melro)

*Talvez nós pudéssemos estar mais envolvidos aí com as políticas públicas de saúde, que é uma coisa que nós temos bastante dificuldade.* (Irerê)

*A promoção da saúde não é mais [pela] mudança de perfil epidemiológico [mas pela mudança da] cura [pelo] cuidado. (Beija-flor)*

Os relatos dos diários de campo destacam uma prática fisioterapêutica em geral ainda focada na atenção aos aspectos clínicos ou de agudização da doença de base, com uma preocupação em medidas e mensurações, assim como em prática resolutivas de situações mais imediatas, e na reabilitação funcional das crianças atendidas pelos fisioterapeutas. Como transparece na fala de um dos entrevistados:

*[...] às vezes a gente [que] trabalha no plantão, [fica] apagando um pouco incêndio. Às vezes eu me sinto assim... é muita criança e muita criança grave... Eu [como plantonista] me sinto assim, apagando um pouco os incêndios... (Patativa)*

Da observação de campo destaca-se o fato de que, em alguns ambientes de ambulatório onde não existe a necessidade de tratar as crianças, dado que elas ali estão para seguimento, nota-se uma preocupação dos profissionais em acompanhar mais a questão do cuidado ampliado com as questões domésticas, familiares e sociais da criança e sua família. Essa diferenciação poderia ser explicada pelo fato de as crianças atendidas nos ambulatórios especializados serem acompanhadas por um longo período, e, por conta disso, serem frequentemente orientadas, elas e/ou seus familiares, em situações particulares ou momentos específicos ao longo do período de atendimento.

Historicamente, observamos que de modo geral a implantação das ciências biomédicas no Brasil apoiou-se nos modelos de formação de

especialistas e os limitou a uma atuação direcionada ao indivíduo doente. Nesse contexto, a formação do fisioterapeuta seguiu o modelo biomédico. Ao construir um olhar de profundidade sobre o corpo humano, a racionalidade biomédica desencadeou um desenvolvimento tecnológico sem precedentes e tornou-se hegemônica, apesar da fragmentação e redução do sujeito (Camargo Jr., 1997). Nogueira (2010) destaca que “[...] através do deslocamento epistemológico de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças, a medicina ocidental torna-se definitivamente uma 'ciência das doenças'” (p. 3).

No Brasil, a demanda inicial para a criação dos cursos de fisioterapia surgiu a partir da necessidade de oferecer atendimentos de reabilitação aos pacientes com sequelas de síndromes neurológicas, o que ocorreu na década de 1950. Na ocasião, e para atender essa demanda, as instituições de ensino que criaram os primeiros cursos escolheram modelos curriculares importados dos Estados Unidos e do Canadá (Barros, 2002).

Entretanto, desde a década de 1980 a atuação do fisioterapeuta não se restringe aos campos curativo e de reabilitação. Com a introdução da fisioterapia e da terapia intensiva nos ambientes hospitalares ocorreu uma ampliação do campo de atuação desse profissional, que progressivamente inseriu-se nas áreas de atenção primária e preventivas da saúde. A partir da reforma sanitária, ocorreu um aumento ainda mais importante de inserção profissional, culminando com a progressiva participação dos fisioterapeutas nas equipes de atenção básica à saúde, como também na Estratégia de Saúde da Família – ESF.

Barros (2002) destaca que a partir da década de 1990 no meio da fisioterapia brasileira inicia-se um movimento de afastamento ideológico em relação aos processos de reabilitação, tendo essa profissão procurado voltar suas ações para a promoção da saúde. Isso aponta uma mudança de direção da fisioterapia, que buscava então aproximar-se da saúde coletiva, inserindo suas ações em todos os níveis de atenção à saúde enquanto afastava-se da exclusividade da reabilitação.

Nessa nova realidade, o fisioterapeuta é chamado a redimensionar o seu papel e a sua função na sociedade; ele deve repensar suas práticas, tornando-as transformadoras e condizentes com os pressupostos do SUS, e assim participar de um novo modelo de atenção à saúde, agora não mais fragmentado como até então.

A despeito desses avanços, o habitus dentro do campo da fisioterapia ainda é voltado para ações de reabilitação. Ao olhar retrospectivamente para a inserção dos fisioterapeutas no mercado de trabalho, notamos que a fragmentação da especialidade repercute diretamente sobre a elaboração de programas de ação em saúde, com baixa estratégia de investimentos na promoção da qualidade de vida na população.

Bispo Jr. (2009) chama atenção para a necessidade de estruturação dos cursos de fisioterapia a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, ampliando assim o campo de prática da profissão, promovendo mudanças inclusive conceituais e epistemológicas no campo dos saberes e práticas fisioterapêuticas, com vistas a incorporar — em sua formação e prática diária — modelos conceituais da dimensão da integralidade para a promoção da saúde.

Certamente o sucesso na utilização de um novo conceito, modelo teórico ou de achados de pesquisas está diretamente relacionado à maneira como a nova informação pode ser integrada ao conhecimento organizado e preexistente dos profissionais fisioterapeutas, modificando assim o habitus e a prática até então existente.

Outro aspecto que se destaca é a questão da autonomia da criança no ambiente hospitalar. Nos relatos dos diários de campo nota-se que, ao mesmo tempo que os profissionais de saúde agem de maneira afetiva e solidária em relação às crianças, eles também, paternal e autoritariamente estabelecem prescrições a serem seguidas por elas, com orientações diversas sobre procedimentos e cuidados. Do nosso ponto de vista, essa é uma postura ambígua ou paradoxal, já que em muitas ocasiões tais prescrições não deixam margem à menor possibilidade de participação ou negociação por parte da criança ou de seus familiares na tomada de decisões sobre as condutas terapêuticas a serem adotadas. Um aspecto que emerge nessa discussão é acerca do quão reconhecida é a criança, e em especial a criança doente (e seus familiares), como sujeito ativo no processo de cuidado e nas políticas de saúde, e o quão respeitada e considerada é sua autonomia na participação dos processos decisórios da conduta terapêutica que lhe é prescrita. Nessa direção, Duarte e Moreira (2011), reconhecem que:

[...] autonomia não equivale à independência, mas à interação como elemento importante em saúde, uma interação baseada na ação em rede, construída pela interdependência das ações, diálogo e intersecções. (p. 691)

Outro ponto voltado para a promoção da saúde, que se levanta como uma estratégia de cuidado ampliado, é procurar saber o quanto o sujeito da

ação — a criança — tem sido efetivamente alvo da atenção das ações da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (Brasil, 2006). Tomando-se por premissa os artigos 1º e 7º da Lei 8.080 (Brasil, 1990) — ao destacar que as ações de saúde devem se voltar para a promoção de modos de viver favoráveis à saúde de maneira abrangente e integrada —, e se levarmos em conta que a partir da segunda metade da década de 1990 a promoção da saúde vem sendo referida baseando-se nos conceitos propostos pela mencionada lei, inferimos ter havido uma mudança nos modelos de cuidado e no assistencial, tendo sido o eixo *patologia-controle de doenças* deslocado para o de *saúde/promoção em saúde*. Segundo ainda a PNPS, a promoção da saúde surge como uma estratégia potencialmente capaz de tornar-se o eixo norteador de todas as ações e práticas em saúde nos diferentes contextos, como seus desdobramentos na prática profissional (GOMES, 2009).

### **Desafios da fisioterapia para a promoção da saúde das crianças**

A falta da abordagem especificamente voltada para crianças — o que foi apontado nas falas dos entrevistados — levou alguns fisioterapeutas a uma busca individual por capacitação técnica para trabalhar com crianças, na medida em que essa capacitação não foi abordada em sua formação. Igualmente, a ausência, de uma maneira geral de ações de promoção de saúde — observada nas ações desses sujeitos — nos faz refletir sobre os limites e desafios da fisioterapia para a promoção da saúde da criança em ambientes fisioterapêuticos hospitalares.



Nesse sentido, tais limites e desafios se constituem muito mais pelo que os sujeitos *não disseram e não expressaram* em suas ações (por nós observadas) do que por suas respostas às questões da entrevista.

Entretanto, a despeito de a falta de formação em uma abordagem específica para crianças ser referida por alguns dos entrevistados, cumpre destacar que toda a equipe de fisioterapia em foco utiliza variados recursos e técnicas específicas voltadas para o cuidar. Pode-se inferir, assim, que a formação generalista da graduação serviu-lhes de base para o exercício do cuidado dessa população, ainda que alguns tenham sentido necessidade de buscar aprimoramento com vistas à especificidade do cuidado da saúde de crianças.

Inicialmente, levantamos algumas questões importantes quanto à prática fisioterapêutica voltada a ações de promoção da saúde em um ambiente hospitalar: a despeito de as novas diretrizes curriculares — estabelecidas em parecer pelo Conselho Nacional de Educação – CNE em 2002 — já enfatizarem a necessidade de delimitar as competências para a formação profissional, observa-se uma inadequação nessa formação no que diz respeito à atuação do fisioterapeuta na atenção integral à saúde, como preconiza o SUS. Além disso, temos as questões que se apresentam durante a reflexão, a saber: como realizar ações de promoção à saúde em um ambiente que prioriza a doença? Qual o cenário da fisioterapia em um ambiente de alta complexidade? Como desenvolver uma atitude para a promoção à saúde da criança?

Tomando-se o ambiente hospitalar como um campo, é importante refletir sobre as ações fisioterapêuticas — que determinam e são determinadas pelo campo no qual esse profissional se insere.

Para Bourdieu (1994), campo é o espaço social capaz de repulsar, traduzir ou transformar as demandas externas. O campo é uma rede de relações objetivas dentre posições, se constituindo como um espaço de luta onde os agentes assumem posições, sendo esse espaço como um sistema no qual as posições são aprendidas — portanto, social e historicamente colocadas. Essas posições comandam a tomada de decisões no campo. Nos hospitais, assim como em outros *settings* de saúde, há conflitos e tensões de natureza grupal e profissional, pois, naturalmente, o hospital se torna o *locus* crucial para o desenvolvimento do sistema de saúde moderno ao representar a institucionalização dos conhecimentos especializados.

Também é importante refletirmos sobre a questão do hospital enquanto local de práticas tais como a disciplina imposta pelos profissionais de saúde aos pacientes. Segundo Foucault (2004), a disciplina surge como importante mecanismo de controle e vigilância sobre os corpos, sendo esse um conceito definidor da modernidade. A disciplina é um instrumento de dominação e controle destinado a suprimir ou domesticar os comportamentos divergentes. Para o autor, o hospital, a escola e as prisões são instituições de docilização dos corpos. E, ao estudar os mecanismos da disciplina como poder exercido sobre os corpos, Foucault destaca que estes tornaram-se objeto e alvo do poder.

Se considerarmos o ambiente hospitalar um local de disciplina, com pouca mobilidade e inflexível frente a modificações, devendo obediência a uma

conduta previamente imposta pelos agentes dominantes do capital do campo, e sendo o capital acumulado um importante elemento do campo (Bourdieu, 1994), os agentes que se localizam no polo dos dominantes — em geral profissionais de saúde e gestores — são aqueles que possuem um máximo de capital social.

Sobre o capital específico da fisioterapia, em qualquer das duas especialidades atuantes no ambiente hospitalar (a neurofuncional e a pneumofuncional), observamos que o fato de a criança ser aparentemente incapaz de estabelecer-se como sujeito de sua ação pode gerar um distanciamento por parte do profissional que atua com ela. Assim, e porque o distanciamento e a fragmentação da ação estão enraizados na execução das ações cotidianas por meio do habitus profissional, o fisioterapeuta será levado a ver sua atuação como *natural* \*, não fazendo qualquer reflexão a respeito.

O avanço tecnológico das últimas décadas aumentou o hiato entre as habilidades especiais necessárias ao exercício da atividade curativa e as demandas de saúde da população em geral. A excessiva especialização e a fragmentação — que caracterizam o modelo biotecnológico, centrado na patologia e no indivíduo — levam a uma lógica de estruturação da assistência hospitalar cuja ênfase está voltada a procedimentos e à utilização crescente de tecnologias, o que contribui para sustentar uma visão biologicista dos profissionais de saúde (Camargo Jr., 2002).

\*

---

seja porque ela é criança, e, portanto, incapaz de escolher perante a sociedade, tendo uma autonomia limitada; seja porque ela é o próprio paciente e muitas vezes incapaz de questionar a conduta estabelecida.

Frente a isso, poderíamos argumentar que os hospitais têm-se focado nos aspectos curativos das doenças, relegando a responsabilidade da promoção da saúde aos setores da saúde pública que atuam na atenção primária e aos serviços comunitários. Se observarmos o desenvolvimento da história dos centros hospitalares ao longo dos dois últimos séculos, veremos que, na maioria das vezes, as instituições hospitalares estão voltadas para o adoecimento e exercendo atividades curativas.

Um grande desafio apontado pela equipe de profissionais fisioterapeutas é a busca por uma promoção de saúde em um ambiente de alta complexidade, como é a realidade do IFF. O fato é sintetizado no depoimento de um dos nossos entrevistados:

*O maior desafio é articular esses diferentes saberes, fazer um trabalho realmente interdisciplinar [para pensarmos] em promoção da saúde. (Bico de Lacre)*

Ao deparar com o desafio de construir novas bases para as práticas fisioterapêuticas em um cenário de complexidade, o fisioterapeuta é confrontado pela necessidade de construir as matrizes de sua formação (Matumoto, 2005).

Em face da complexidade da abordagem da promoção da saúde em um ambiente hospitalar, apresenta-se o conceito de *setting* da Organização Mundial de Saúde – OMS como um ambiente de contexto social onde pessoas estão diariamente engajadas em atividades, sendo que, nesse local, fatores pessoais, organizacionais e ambientais estão constantemente interagindo e afetando a saúde e o bem-estar dos que por ali estão. Tais interações são

ricamente complexas, com relações multivariadas, dinâmicas e sinérgicas, demonstrando quão complexo é o processo de promoção de saúde.

Em nossa observação de campo, nos diferentes *settings* de atuação dos profissionais fisioterapeutas no IFF notamos possibilidades de um campo de aplicação dos cuidados ampliados em saúde, ainda que os profissionais não percebam ou valorizem o fato de que sua atuação concorre para a promoção da saúde das crianças. Particularmente nos ambientes de internação pediátrica — e em razão da longa permanência das crianças —, para além das ações preventivas, as estratégias de promoção da saúde poderiam favorecer uma atenção ampliada de promoção, mesmo nos casos em que existisse a vigência de comorbidades associadas, no nível de doenças já instaladas.

Ao abordar a promoção da saúde, a OMS destaca que esse conceito deve ser desenvolvido com bases em ações que envolvam métodos holísticos e multidisciplinares com ações integradas (OMS,1986).

Esse ponto vem ao encontro da opinião de dois de nossos entrevistados:

*Eu percebo muitos desafios na promoção da saúde. Acho que tem uma dificuldade de comunicação da equipe porque às vezes não valoriza tanto os outros saberes na área de saúde. (Tico-Tico)*

*[Um desafio] seria a gente conseguir se juntar mais com os outros profissionais, porque nada se decide sozinho... Acho que seria um caminho a seguir, unir os profissionais pra poder discutir. ( Patativa)*

As falas apontam a questão do trabalho em equipe como um dos nós a serem desatados na perspectiva da atenção integral à saúde. O fato de

diversos profissionais estarem juntos, intervindo em um mesmo ambiente, não os torna necessariamente uma equipe de trabalho: eles podem representar apenas um agrupamento de profissionais que atuam no mesmo espaço, que trabalham de maneira hierarquizada e individualizada por profissional. Uma equipe de trabalho em saúde compreende o concurso de diversas ações especializadas — interdependentes e complementares, com saberes que possuem especificidades. Peduzzi (1998) desenvolve o conceito de trabalho em equipe como uma modalidade de trabalho coletivo, em que se configura a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. Corroborando a opinião de nossos entrevistados, Moreira et al (2009) destaca que muitas vezes a valoração dos diversos saberes e especificidades dentro da equipe apresentam-se desiguais. Alerta ainda para o fato de que

[Em um] cotidiano de ações em saúde, delimitadas pela hospitalização [...] os processos de trabalho são definidos pela multiprofissionalidade e pelas demandas que necessariamente colocam em interação diversos corpos de conhecimento técnico, saber comum, valores, crenças e expectativas. (p. 100)

Nesse aspecto, novamente o conceito de campo de Bourdieu nos auxilia a compreender a desigualdade, pois o autor destaca que cada campo prescreve seus próprios valores e princípios de regulação. No campo, há toda uma codificação de sua produção, sendo que a habilidade em dominá-las é elemento indispensável ao sucesso no mesmo, pois os diversos campos caracterizam-se por uma linguagem própria (Grillo,2005).. A interação entre os indivíduos se dá por meio da produção de relações de pertencimento, conflito, negociação e diferenciação, sendo que elas não são excludentes, mas se

atualizam como momentos que podem conviver uns com os outros de acordo com a situação vivida e as exigências colocadas aos sujeitos.

À luz da divisão de trabalho em saúde podemos compreender que a subordinação dos profissionais ao modelo biomédico, percebida desde sua formação, impede a incorporação de outros saberes na perspectiva da interdisciplinaridade, o que contribui para ampliar a abordagem para além do modelo biomédico, possibilitando a convivência de abordagens psicológicas e socioculturais com esse modelo.

Refletindo sobre o tema, podemos inferir que a articulação de diferentes saberes e especificidades no trabalho em equipe demanda uma nova perspectiva de inserção no serviço e de organização do trabalho, ancorada esta em uma construção compartilhada de um projeto de serviço, de tal modo que permita a articulação entre ações de promoção, preventivas e curativas. Isso especialmente em um nível de complexidade como o do ambiente hospitalar no qual está caracterizado o IFF, com foco na saúde do usuário, e que seja orientado para a integralidade e interdisciplinaridade (Peduzzi, 2012).

Nessa direção, Duarte e Moreira (2011) destacam que na busca da construção de um modelo em conjunto de atenção à saúde [...] “denuncia-se o baixo índice de comunicação/ação interdisciplinar, e até o diálogo de tomar decisão a partir de determinadas evidências clínicas”. (p. 691)

Outro desafio apontado pelos entrevistados é a necessidade de uma abordagem diferenciada para o paciente pediátrico: uma abordagem que respeite as especificidades e singularidades de ser criança. Nessa realidade, o lúdico surge como um dispositivo possível e necessário como determinante do

bem-estar da criança em sua relação com a terapêutica. Morsh e Aragão (2011) destacam que, com a entrada de programas especializados em ambientes hospitalares — programas que visavam minimizar as morbidades emocionais e sociais —, as equipes necessitaram de um olhar mais integralizador para a criança, passando a ser esta mais do que um doente ou uma doença (p. 238).

*Você tem que tentar a terapia através da brincadeira... tem que tentar ganhar todos os seus objetivos dessa forma, brincando, pra ficar interessante e a criança cooperar com você.* (Colibri)

*[...] a mãe entra junto e aí eu começo primeiro brincando com a criança, tentando alguma interação pra promover então as atividades que são mais necessárias pro tratamento.* (Tico Tico)

Segundo Mitre (2011), para promover uma atenção integral à saúde da criança, a equipe de saúde necessita repensar suas práticas e estratégias de intervenção no sentido de que estas contemplem as necessidades da criança, sujeito ativo de seu tratamento. Assim, o autor destaca que o brincar deve estar presente nas intervenções dos profissionais de saúde, pois, ao valorizar o lúdico, o profissional reconhece as especificidades e singularidades de cada criança.

Citamos aqui o reconhecimento de que o ato de brincar é um mediador para os tratamentos de saúde, sendo, como considera Merhy, uma importante tecnologia, um recurso terapêutico para a saúde da criança. Entretanto, cabe destacar que ao valorizar a ludicidade, devemos estar atentos para que esse



brincar seja situado numa lógica que considere a criança realmente o sujeito da escolha, retornando, assim, à reflexão sobre o tema da autonomia da criança.

Mitre e Gomes (2004) chamam atenção para o fato de que, em especial na vigência de condições crônicas de saúde — como no caso das crianças do IFF —, o lúdico pode ser um importante aliado na questão da adesão ao tratamento, sendo percebido por alguns como um instrumento que permite garantir a própria adesão. Assim, o lúdico é visto pelos profissionais como veículo de comunicação entre a equipe e o público, no sentido de levar à criança e sua família, numa linguagem acessível, a informação relativa ao adoecimento e ao tratamento da doença.

O aspecto da adesão é também apontado por nossos entrevistados como meta, aliás um importante desafio a ser alcançado pelos profissionais fisioterapeutas.

*[...] a sugestão seria ter um pouco mais de cuidado com essa orientação que a gente dá aqui [no IFF], conhecer um pouco essa família e ver se a orientação dada é possível de ser feita. (Colibri)*

*[O desafio] é mais na parte de orientações, de você lidar, trazer um pouco a família para o ambiente [hospitalar], tentar com que ela se habitue a cuidar daquela criança que precisa de cuidados especiais. (Gaivota)*

*[O desafio] é o incentivo da família vir ao hospital até pra seguir algum programa. Alguma coisa que incentive a criança e os pais a trazerem essas crianças [para o acompanhamento]. (Coruja)*

Finalmente, com relação ao aspecto da adesão, é necessário destacar que em muitas ocasiões a lógica da adesão é de que falta algo aos sujeitos, desconsiderando todo o arsenal de experiência que esses trazem. Entretanto, cabe considerar que nossos sujeitos — nesse foco específico, crianças e seus familiares — podem escolher uma direção diferente daquela prescrita pela equipe de saúde, visto conviverem por longo período de tempo com a doença de base e suas comorbidades, e, nesse sentido, o respeito à autonomia da escolha ou não da conduta proposta encontra-se em interface direta com os princípios da promoção da saúde.

### **Considerações finais**

Este estudo aponta para algumas peculiaridades da prática fisioterapêutica no ambiente hospitalar. Foram identificados três eixos temáticos que sintetizam a discussão dos nossos resultados: a criança como foco da fisioterapia; a promoção da saúde por parte da fisioterapia pediátrica em um ambiente hospitalar; os desafios da fisioterapia para a promoção da saúde das crianças.

Nos dois primeiros eixos constatou-se a falta de uma abordagem especificamente voltada para as crianças nas ações fisioterapêuticas — que foram apontadas nas falas dos entrevistados — e a ausência da promoção de saúde — observada nas ações desses sujeitos. Pudemos inferir que as ações fisioterapêuticas ainda se voltam mais para aspectos curativos da abordagem do paciente em ambiente hospitalar, notando-se um pequeno envolvimento nas ações de promoção da saúde na prática diária. Essa pequena atuação voltada para ações de promoção da saúde poderia ser justificada pelo fato de que, por

sua origem e inserção no Brasil, a fisioterapia sempre esteve associada a práticas de reabilitação (Sá, Gomes, 2011). Foram observadas iniciativas individuais por parte de alguns profissionais, sem que, no entanto, isso se apresentasse em uma perspectiva institucional mais ampliada do cuidado integral à saúde da criança. Nota-se que, por parte de alguns profissionais - sujeitos de nossa pesquisa - existe um estímulo à participação dos pais e da própria criança de maneira mais ativa, como sujeitos diretamente envolvidos no seu cuidado; onde se destacam ações - por parte destes profissionais - que são um só tempo terapêuticas e educativas.

É importante ressaltar que, talvez pelo fato de a população atendida no IFF ser portadora de condições crônicas de saúde, e, conseqüentemente, apresentar muitas comorbidades associadas, torna-se difícil compreender — e mesmo aplicar — nesse ambiente ações que tenham um caráter preventivo ou educativo. Esse aspecto foi evidenciado diversas vezes durante a observação da pesquisadora e também quando das entrevistas: nestas, os profissionais destacaram o fato de que voltavam seu foco de atuação para a resolução de problemas emergenciais ou de agudizações da condição clínica das crianças, sendo difícil para eles desenvolver em suas ações os conceitos de cuidado e atenção integral à saúde.

Com relação ao terceiro eixo, destacamos o principal desafio levantado pelos entrevistados, a saber: a necessidade de uma ação mais interdisciplinar na prática diária. A comunicação surge então como ferramenta capaz de cortar o nó górdio que até aqui impossibilitou o avanço na área da promoção da saúde da criança. Nessa perspectiva integral do cuidado, na comunicação entre membros das equipes de saúde — envolvendo inclusive a tomada de

decisão coletiva sobre o cuidado — e no aspecto da comunicação dos profissionais com os pais e cuidadores da criança, essa ferramenta poderia estimular uma participação mais ativa dos profissionais e dos pais, tanto na tomada de decisões quanto nas ações de saúde propriamente ditas.

Finalmente, na perspectiva de uma abordagem para a fisioterapia pediátrica, o lúdico surge como uma estratégia ética e política, capaz de favorecer uma interface de atuação entre o profissional e a criança.

## REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. In: LEGOFF, J. (Org.) História nova. São Paulo: Martins Fontes, 1990. p. 151-76.

ARIÈS, P.; Duby, G. **História da vida privada**. São Paulo: Cia das Letras, 1990. 5 v.

BARROS, F.B.M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 941-954, 2008.

\_\_\_\_\_. A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia. 2002. Dissertação (mestrado) – UFRJ, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2002.

BISPO Jr., J.P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, V. 16, n. 3, p. 655-668, 2009.

BOURDIEU, P. **Esboço da teoria da prática**. In: ORTIZ, R. Pierre Bourdieu- Sociologia. São Paulo: Ática, 1983. p. 1-36.

\_\_\_\_\_. **A economia das trocas linguísticas**. In: ORTIZ R. Bourdieu – Sociologia. São Paulo: Ática. 1983. p.156-183.

\_\_\_\_\_. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

\_\_\_\_\_. **Os usos sociais das ciências: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: UNESP, 2003.

\_\_\_\_\_. **O senso prático**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>. Acessado em: 05/01/2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Ensino Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União. Brasília, 4 de março de 2002, seção 1, p. 11. Acesso em 01 de maio de 2010.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Publicada no Diário Oficial da União em 20 de setembro de 1990.

CAMARGO Jr., K. A Biomedicina. **Physis: Rev Saude Coletiva**.1997. 7(1):45-68.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal,1989.

DUARTE, M.C.S; MOREIRA, M.C.N. Autonomia e cuidado em terapia intensiva pediátrica. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.15 n.38 Botucatu July/Sept. 2011. Epub Sep 30, 2011.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 29ª Edição. Editora VOZES. Petrópolis, 2004.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense/Universitária,1987.

FUJISAWA, D.S. Atendimento fisioterapêutico de crianças: uma análise na perspectiva da teoria histórico-cultural. **Temas sobre Desenvolvimento**. V.11, n. 63, p. 37-44, 2002.

GOMES, M.L. Política Nacional de Promoção da Saúde: Potência de transformação ou política secundária? 2005. Dissertação (mestrado) – Programa de pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 2007, p. 79-108.

GOMES, R.; SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S., MALAQUIAS, J.V., SILVA, C.F.R. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M.C.S, ASSIS, S.G., SOUZA E. R. (Org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.185-221.

GRILLO, S.V.C. **A noção de campo nas obras de Bourdieu e do círculo de Bakhtin**: suas implicações para a teorização dos gêneros do discurso. ANPOLL v. 19, p. 151-184, 2005.

GUERRA S.T. O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. 2008. Dissertação (mestrado) UFSM, Santa Maria, 2008.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v. 9, n. 16 p. 9-24, 2005.

MITRE R.M.A. O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos. In: DESLANDES, S.F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

MITRE, R.M.A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 147-154, 2004.

MINAYO, M.C.S **comparar com a seguinte. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2002.

MOREIRA, M.C.N. et al. Uma Cartografia dos Dispositivos Institucionais de Humanização da Atenção à Saúde em Ambientes Hospitalares: um enfoque a partir do processo de trabalho e do associativismo em saúde. Relatório Técnico de Pesquisa apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. 2009. (mimeo)

MORSCH, D.S.; ARAGÃO, P.M. A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: DESLANDES, S.F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2011.

NOGUEIRA, M. I. **Racionalidades médicas e formação em saúde**: um caminho para a integralidade. In: Por uma sociedade cuidadora. PINHEIRO, R.; SILVA JR., A.G.S. (Org.) Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2010.

OMS. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. OMS, 1986. Disponível em [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa). Acesso em 10 de outubro de 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Documentos básicos**. 26. ed. Ginebra: OMS, 1976.

PEDUZZI, M.; PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B; MATTOS, R.A. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. Disponível em: <https://www.ucs.br/prosaude/servicos/capacitacao/oficina-de-integracao-ensino-servico/acervo/textos/PEDUZZI,%20Marina.pdf>. capturado em 12/10/2012.



PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.1998.

RIVORÊDO, C.R.S.F. Pediatria: medicina para crianças? **Saúde e Sociedade**. V. 7, n. 2, p. 33-45.1998.

SÁ, M.R.C.; GOMES, R. A Fisioterapia voltada para a criança com o foco na promoção da saúde. Disponível em:  
[www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_a-54k](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_a-54k).

SAHRMANN, S.A. **Diagnóstico e tratamento das síndromes de disfunção do movimento**. São Paulo: Santos editora. 2005.

VASCONCELOS, M.D. Pierre Bourdieu: A herança sociológica. **Educ. Soc.** [online]. 2002, v. 23, n. 78, p. 77-87. ISSN 0101-7330.

VILARINHO, P.F. O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Bourdieu. **Cadernos EBAPE.BR**. 2004 v. II n. 3, p. 1-15, 2004.

ZANOLLI, M.L.; MERHY, E.E. A Pediatria social e as suas apostas reformistas. **ABMP**. Disponível em: [www.abmp.org.br/textos/2567.htm](http://www.abmp.org.br/textos/2567.htm). Acessado em 20/09/2012.

### **Artigo 3**

#### **Modelo de atenção fisioterapêutica voltado para a saúde da criança: limites e possibilidades**

##### Resumo

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla, com base em uma metodologia qualitativa, cujo objetivo foi analisar a inserção da promoção de saúde na prática do profissional da fisioterapia em ações voltadas para a atenção à saúde integral da criança em um ambiente hospitalar. No presente artigo, buscou-se aprofundar os resultados especificamente recortados quanto à adequação da atuação da fisioterapia para crianças, uma vez que se observou, ao longo do estudo anterior, a presença clara de limites, assim como de lacunas para a atuação voltada para essa população. A partir dos resultados recortados quanto à adequação da atuação fisioterapêutica destacam-se a falta de uma abordagem especificamente voltada para crianças e a ausência de formação específica para o cuidado ampliado em pediatria. Finalmente, apontam-se possibilidades para essa atuação.

Palavras-chave: fisioterapia; criança; cuidado ampliado.

**Physical therapy practice model focused on child health care:  
limits and possibilities**

Abstract

This study utilizes a qualitative methodology and is part of a larger project aimed to analyze the integration of health promotion issues in physical therapy actions in child health-care at a hospital environment. In this article, we sought to further discuss the results that had been specifically compressed for the scope of the adequacy of physical therapy for children, considering observations that yield to the presence of clear limitations and gaps for this practice for children. The results on the suitability of physical therapy care for children revealed the presence of gaps and limitations for this action, precisely the lack of an approach geared particularly for children and the lack of specific training in pediatric expanded care. Finally, the possibilities for physical therapy practice for children are demonstrated.

Keywords: physical therapy, child; expanded care.

## **Introdução**

Historicamente, a fisioterapia esteve associada a um modelo de atenção baseado na doença, no qual o foco da abordagem fisioterapêutica localiza-se na cura de enfermidades ou no tratamento de sequelas. Nesse cenário, muitas vezes a fisioterapia atua de forma fragmentada em segmentos corporais, órgãos e sistemas afetados (Bispo Jr., 2009; Barros, 2002). Esse modelo ancora-se no paradigma anatomopatológico, que prioriza princípios estritamente biológicos da medicina do órgão e a clínica da anatomia patológica (Rebelatto & Botome, 1999; Cardoso, 2002; Ragasson, 2003; Naves & Brick, 2011).

No Brasil, a fisioterapia surgiu quando do tratamento de reabilitação de uma população de sequelados pela poliomielite, a partir da década de 40 do século XX (Bispo Jr., 2009; Barros, 2002) — contexto em que o modelo hegemônico vigente de formação era o de ensinar técnicas e práticas específicas para o exercício de uma ação fundamentada na lógica curativo-reabilitadora do modelo flexneriano, que se baseia no paradigma biologicista (Bispo Jr., 2009). Embora se tenha mostrado efetivo no avanço tecnológico, esse modelo trouxe para a formação uma visão tecnicista e individual da atenção fisioterapêutica. No Brasil, as instituições de ensino que criaram os primeiros cursos de fisioterapia optaram por oferecer uma formação baseada no modelo norte-americano (Barros, 2002).

O que se observa, ao longo dos anos, é que a grande maioria dos profissionais fisioterapeutas inseridos no mercado foi formada por um modelo de ensino baseado em uma assistência individual, curativa e especializada (Bispo Jr., 2009; Goncalves, Carvalho e Trelha, 2012). Em tal cenário, ainda

hoje é grande a dificuldade de o profissional fisioterapeuta incorporar em suas ações cotidianas as práticas voltadas para uma perspectiva mais interdisciplinar que lhe permita atuar em todos os níveis de atenção à saúde.

No que tange à atuação fisioterapêutica no campo da saúde da criança, Sa & Gomes (2011) apontam ainda haver a necessidade de se desenvolverem elementos especificamente voltados para a atuação fisioterapêutica com crianças. Os autores observam que, assim como na pediatria, a grande maioria das tecnologias fisioterapêuticas utilizadas tem sua origem em modelos teóricos e conceituais desenvolvidos para adultos.

O que se nota é a necessidade de haver uma reorientação do foco de atenção da fisioterapia no campo da saúde da criança. Nesse sentido, trata-se de realizar uma releitura dos fundamentos da prática da fisioterapia que possibilite construir um modelo conceitual no qual seja admissível haver um deslocamento do foco da deficiência *para* o sujeito — este, nessa nova ótica, seria considerado então um elemento ativo e participante do processo de cuidado —, além de adequar o novo modelo às especificidades da criança.

A partir dessa perspectiva, objetiva-se analisar as bases para a atuação da fisioterapia no campo da saúde da criança e encontrar e trazer elementos que permitam contribuir para a construção dessa atuação.

## **Material e método**

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla, baseada em uma metodologia qualitativa, cujo objetivo foi o de analisar a inserção da promoção de saúde na prática do profissional da fisioterapia em ações voltadas para a

atenção à saúde integral da criança em um ambiente hospitalar. A pesquisa — aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, sob o registro 0084/11 — trabalhou com informações fornecidas pelos fisioterapeutas desse instituto em entrevistas semiestruturadas e com observações sobre as atividades práticas desses profissionais.

Foram entrevistados 14 dos 18 fisioterapeutas que atuavam no Instituto à época da pesquisa, todos apelidados com nomes de pássaros para que permaneçam no anonimato.

As informações geradas pelas entrevistas e pelo diário de campo foram analisadas a partir de princípios do método de interpretação de sentidos (Gomes, 2007).

A partir desses princípios, a pesquisa maior percorreu a seguinte trajetória: (a) elaboração de uma estrutura de análise constituída pelas questões da entrevista e pelos depoimentos dos sujeitos correspondentes; (b) registro das principais informações do diário de campo relacionadas ao conteúdo dos depoimentos, em cada classe da estrutura de análise; (c) identificação das ideias centrais e dos sentidos a elas subjacentes em cada classe analítica; (d) identificação dos eixos para a elaboração de uma síntese interpretativa; e (e) elaboração de síntese, na qual foram articulados o objetivo do estudo, a perspectiva teórica, o material empírico e os achados de outros estudos.

Neste artigo, buscou-se aprofundar os resultados especificamente recortados quanto à adequação da atuação da fisioterapia para crianças, uma

vez que ao longo do estudo anterior foi observada claramente a presença de limites e de lacunas para a atuação voltada para esse público.

### **Apresentação e discussão dos resultados**

Apesar de os entrevistados terem sido aprovados em concurso público especificamente voltado para a área da atenção da criança, foi possível observar lacunas em sua formação no que diz respeito ao trabalho com crianças, especialmente com aquelas que integravam o público-alvo na instituição para a qual esses profissionais foram concursados. Na instituição predominam crianças que apresentam condições crônicas de saúde e aquelas que são dependentes de tecnologias. Assim, em termos de análise, os dados da pesquisa revelaram inespecificidade acerca da criança. Frente a essa constatação, buscou-se não só interpretar os resultados à luz de marcos conceituais teóricos da literatura específica, mas também refletir sobre as possibilidades de promover uma atuação fisioterapêutica voltada para crianças.

#### **A atuação do fisioterapeuta com crianças**

Ao longo da análise dos resultados deste estudo, ficou evidente que os relatos dos fisioterapeutas entrevistados deixaram transparecer sua dificuldade para atuar de maneira integral no cuidado do paciente pediátrico. Por exemplo, eles destacaram a dificuldade de, em sua prática, passarem a incorporar a perspectiva de uma fisioterapia ancorada no sujeito — ao invés de ancorá-la na doença, como tem ocorrido até aqui. Além disso, os fisioterapeutas chamaram atenção para o fato de que, em grande parte, sua formação profissional foi voltada para a aplicação de técnicas e recursos terapêuticos especializados.

[Na faculdade] *o ensino era muito mais técnico, voltado ao tratamento, [não havendo] algumas disciplinas que façam com que você olhe a criança como um todo.* (Bico de Lacre)

[No meu curso] *não existia uma teoria que fundamentasse um conhecimento específico na área de pediatria. Eu posso dizer a você que a fundamentação teórica dada, lá na academia, pouco me ajudou [na prática].* (Irerê)

No momento da criação dos primeiros cursos de fisioterapia no Brasil, a opção por um modelo de formação baseado no ensinamento de técnicas para uma aplicabilidade prática específica em ações de reabilitação trouxe como repercussão a hegemonia da formação do fisioterapeuta no modelo curativo de saúde. A hegemonia se reflete ainda hoje na dificuldade de o profissional egresso dos cursos de fisioterapia apropriar-se e compreender as novas demandas individuais e sociais no sentido de ampliar seu campo de prática profissional e estender suas ações aos três níveis de atenção à saúde, em uma perspectiva de cuidado integral e de saúde coletiva (Naves e Brick, 2011).

A dificuldade desses profissionais evidencia-se na fala de alguns entrevistados:

[Sobre a inserção do fisioterapeuta no cuidado integral], *eu acho que ainda é muito fraca.* (Gaivota)

*Eu acho que o fisioterapeuta inicialmente tinha uma visão muito clínica [muito imediatista]. Agora eu acho que a gente tem uma visão mais ampla do que é a saúde do paciente.* (Pardal)



[Os fisioterapeutas] *se fecham na execução da sua atividade específica, inerente à sua área. Não há essa coisa mais ampla, de [visualizar] todas as necessidades do indivíduo.* (Andorinha)

O modelo, baseado exclusivamente em uma perspectiva anatomopatológica, leva ao desenvolvimento de uma visão fragmentada do corpo. Isso ocorre a partir de uma formação com disciplinas que se configuram como mera soma de conhecimentos, impedindo o estabelecimento de interconexões ou a estruturação do conhecimento como foco da intervenção fisioterapêutica. Bonfada et al (2012) destacam que os profissionais de saúde fragmentam os pacientes durante a operacionalização de suas práticas, atentando somente para os aspectos ligados ao funcionamento dos aparelhos ou sistemas focos da sua especialização.

A observação de campo tornou claro o fato de que, apesar de alguns dos entrevistados no momento do depoimento terem demonstrado uma visão mais ampliada do cuidado, durante sua prática diária desenvolviam ações mais pontuais, voltadas para aspectos clínicos apresentados pelas crianças ao longo dos dias observados.

Um aspecto que surge nas falas é a necessidade/demanda de capacitação profissional para atuar em um ambiente pediátrico de alta complexidade.

*Acho que o atendimento à criança tem que ser feito por profissionais especializados.* (Quero-quero)

*Tive que buscar muitas outras informações [para trabalhar com esta população].* (Pardal)

*Eu tive que estudar muito também pra estar aqui, porque aqui é muito diferente. O trabalho aqui é muito específico. (Patativa)*

Haupenthal et al (2012), em sua análise sobre a produção dos cursos de pós-graduação stricto sensu em fisioterapia no Brasil, detectaram que os trabalhos ainda podem ser caracterizados como unidirecionais, englobando geralmente uma área do conhecimento e não dando abertura para diferentes visões sob o mesmo aspecto. Apontam também para uma forte ausência de estudos visando ao aspecto social, sendo que estes praticamente não existiram nos estudos analisados. Os dados vêm corroborar o fato de que, a despeito de comemorar-se mais de dez anos desde a publicação das diretrizes curriculares de abordagem ampliada para os cursos de fisioterapia, o modelo hegemônico centrado na prática médica parece ainda refletir-se na formação desses profissionais, fato evidenciado pela ausência na literatura científica nacional de um acúmulo de produção sobre o tema. Certamente experiências voltadas para o cuidado integral em saúde têm ocorrido nos cursos de graduação em fisioterapia, mas, até o momento, nota-se uma carência no que diz respeito aos relatos dessas experiências especificamente voltadas para o público pediátrico.

Outro aspecto que se destaca como fator limitante na perspectiva integral da saúde da criança é que o trajeto do desenvolvimento da especialidade fisioterapia pediátrica inclui a adoção da Clínica e de seu raciocínio paradigmático. Rivoredo et al (2011) nos aponta que, na medicina, esse raciocínio foi transferido da clínica em geral e da clínica para adultos para a clínica pediátrica e para a das crianças. Podemos inferir o mesmo para a fisioterapia pediátrica, na qual, na grande maioria das vezes, está usualmente

associada a uma subespecialidade da fisioterapia neurofuncional, traumatológica ou pneumofuncional. Assim, de uma maneira geral, os fisioterapeutas utilizam na pediatria modelos teóricos explicativos adaptados de outras especialidades.

Ora, a organização da concepção de saúde/doença em pediatria, ciente das especificidades próprias dos pacientes pediátricos, demanda um corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes particularizadas. Além disso, a saúde da criança constitui-se em uma área de conhecimento que permite interfaces, articulando relações interdisciplinares em um trabalho de equipes multiprofissionais, na busca do ideal da interdisciplinaridade.

Rivoredo et al (2011) destacam que a perspectiva da saúde da criança permite que, no conjunto das práticas em saúde, se possa reconhecer que os fenômenos próprios do processo saúde-doença são decodificáveis por diversas experiências e saberes que, de maneira solidária, podem contribuir para complementar e resolver problemas e atender às necessidades dos indivíduos e das coletividades. Essa perspectiva do cuidado tem fundamental importância para a superação de um modelo de atenção biologicista, medicalizante e prescritivo.

Outro aspecto que podemos ressaltar é o fato de existirem lacunas na literatura científica acerca de relatos de experiências fisioterapêuticas voltadas para a saúde coletiva e a promoção da saúde, possibilitando a inferência de que ainda não há, na formação desse profissional, um acúmulo com foco nas referidas áreas. Nessa formação, a despeito da aproximação sugerida pelo parecer do CNE de 2002 entre ciências da saúde e ciências humanas, esse enfoque ainda é pouco explorado. As diretrizes preconizam que na referida

formação, seja dada ênfase o trabalho multidisciplinar como eixo estruturante, uma forte integração entre as demandas dos serviços e o ensino, e que o foco seja em uma perspectiva de atenção integral ao sujeito (Brasil, 2002).

Coberllini, 2010, destaca que a diversidade dos cenários de práticas com ênfase na promoção da saúde, constituem um desafio permanente de articulação do processo de construção do conhecimento conceitual e a matriz curricular, referendados nas Diretrizes Curriculares dos cursos de Graduação da Área da Saúde. Aponta para a necessidade de continuar a avaliar, por meio dos discursos dos diplomados e norteados pelas Diretrizes Curriculares, os nexos e as contradições entre a formação e a práxis profissional, como forma de aprimorar o Projeto Pedagógico do Curso.

Diante de um cenário de mudanças estruturais na saúde do país, assim como da mudança do perfil de morbimortalidade infantil, cabe à fisioterapia pediátrica uma releitura de seus fundamentos e análise de sua prática, com vistas a adaptar-se a essa realidade e contribuir para a mudança do quadro social e sanitário do país (Bispo Jr., 2010). Naturalmente, torna-se necessária a construção de um corpus teórico que embase as ações desses profissionais. O profissional fisioterapeuta que atua em pediatria deve possuir não só uma visão técnica, acompanhada do espírito científico e investigatório, mas também uma consciência social que o capacite e o torne autônomo na sua atuação profissional; deve, além disso, levar em conta que o paciente pediátrico também é sujeito ativo no processo de cuidado, e que esse processo amplia-se para além da lógica biomédica centrada na doença e na perspectiva médica das condições de saúde.

### **Possibilidades de uma fisioterapia voltada para a criança**

A ausência de uma abordagem especificamente voltada para crianças — lacuna apontada nas falas dos entrevistados — e a ausência de formação específica para o cuidado ampliado em pediatria — observada nas ações desses sujeitos — apontam para as seguintes questões: Quais os conhecimentos que temos produzido de forma interdisciplinar nos cursos de fisioterapia? Como atuamos nos serviços aplicados com a prática fisioterapêutica pediátrica? Quem é o sujeito que eu cuido no contexto em que cuido? Como cuidar de um paciente pediátrico sem buscar compreender a totalidade do contexto no qual ele está inserido?

Segundo o conceito de integralidade, as pessoas são encaradas como sujeitos; assim, a atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social, visto que o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes considerados separadamente. Intervir de forma integral significa assistir ao indivíduo, bem como à coletividade, considerando suas características individuais (Neves e Aciole, 2011).

Bispo Jr. (2010) alerta para o fato de que, diante dos novos desafios da sociedade brasileira, além de uma proposta de (re)organização dos sistemas de saúde, surge a necessidade do redimensionamento do objeto de intervenção da fisioterapia, que deveria aproximar-se do campo da promoção da saúde e da nova lógica de organização dos modelos assistenciais sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação. Esse redimensionamento do objeto de intervenção e da práxis profissional conduz a

mudanças mais profundas, de natureza epistemológica, na concepção e atuação do profissional fisioterapeuta.

Prista & Manoel (2010) chamam atenção para o fato de que nenhuma situação de saúde pode ser compreendida isoladamente, pois quase todas as situações são sistêmicas — ou seja, interligadas e interdependentes. Torna-se fundamental caminharmos na fisioterapia pediátrica para o estabelecimento de projetos terapêuticos individuais, que permitam aos indivíduos e seus cuidadores assumirem uma postura autônoma e ativa no seu processo de cuidado em saúde. O papel do fisioterapeuta — como membro efetivo da equipe multidisciplinar de saúde — é, juntamente com outros profissionais, estabelecer uma discussão das práticas em busca de uma reorientação do fazer saúde.

Uma dessas estratégias poderia ser a utilização de intervenções fisioterápicas baseadas no paradigma biopsicossocial de saúde. A intervenção baseada nesse paradigma tem como base a funcionalidade e é dirigida tanto para a educação em saúde quanto para a redução de limitações daquelas crianças que porventura já as tenham. Essa perspectiva permite atuar durante as atividades terapêuticas propriamente ditas e também nas eventuais restrições à participação da criança no contexto em que se encontra. O fisioterapeuta utiliza o ambiente da criança, a participação dos pais, a criatividade infantil, recursos que possam ser desenvolvidos em parceria com os pais e as crianças para resolver o problema de saúde, assim capacitando-os a se tornarem participantes ativos do processo de saúde. Essa estratégia propõe que os objetivos sejam discutidos e definidos de acordo com as necessidades da família e da criança (Larsson, 2012).

Na busca de tornar a ação mais próxima do mundo infantil, o fisioterapeuta pode lançar mão do brincar para fazer com que — por meio da ludicidade — não só sejam restabelecidos movimentos, como também seja promovida a funcionalidade que permita o desenvolvimento biopsicossocial da criança, que, durante a brincadeira, tem a oportunidade de estar frente às suas possibilidades. No caso das tarefas motoras funcionais, objeto da prática fisioterapêutica — a saber, o movimento do corpo humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades —, elas podem expressar, por meio da exploração e do descobrimento próprios do brincar, possibilidades de resolução de situações motoras problemáticas, descobrindo novos meios de realizá-las (Mitre, 2006).

A busca por um fazer fisioterapêutico voltado para a atenção integral da saúde leva em direção à utilização de tecnologias leves, que permitam a construção de linhas de cuidado, assim como a arranjos de rede de atenção à saúde que permitam alcançar as diversas modalidades de atendimento (Merhy, 2002).

Compreende-se, portanto, que os conhecimentos oriundos da utilização de tecnologias leves devem adentrar ao máximo no espaço da formação em saúde, associando-se a tecnologias duras, a fim de que, como nos aponta Bonfada (2012), as escolas formadoras de profissionais de saúde possam definitivamente deixar as amarras de um velho, mas vivo, relatório Flexner (1910).

## **Considerações finais**

A partir dos resultados recortados quanto à adequação da atuação fisioterapêutica para crianças, evidenciou-se a presença de limites e lacunas para essa atuação, tais como a falta de uma abordagem especificamente voltada para crianças e a ausência de formação específica para o cuidado ampliado em pediatria.

É necessário que os fisioterapeutas pediátricos busquem o redimensionamento de seu objeto de intervenção a partir de um conjunto de ações conjugadas com os princípios da integralidade do cuidado, reconhecendo a especificidade da criança, e que este redimensionamento permita uma revisão do marco teórico conceitual, entendido este como uma construção no plano epistemológico de uma práxis na dimensão de uma prática em saúde, inserindo no processo de formação e atuação do profissional fisioterapeuta uma discussão acerca da práxis, entendendo que esta gera uma reflexão, que, por sua vez, gera nova prática, discussão esta especificamente voltada para a promoção da saúde nos diferentes níveis de atenção em saúde.



## REFERÊNCIAS:

Rebelatto JR, Botomé SP. As alterações na concepção do objeto de trabalho em Fisioterapia em diferentes momentos de sua constituição. In: Rebelatto JR, Botomé SP, organizadores. **Fisioterapia no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Manole; 1999. p. 31-32.

Naves CR, Brick VS. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1525-1534, 2011

Gonçalves FG, Carvalho BG, Trelha CS. O ensino da saúde coletiva na universidade estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 301-314, jul./out.2012

Salmoria JG & Camargo WA. Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. **Saúde Soc**. São Paulo, v.17, n.1, p.73-84, 2008

Cardoso, MHCA. A história e a medicina: os signos e os sinais. In:

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 136-137, 141.

RAGASSON, CAP et al. **Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde de família**: reflexões a partir da prática profissional, 2003. Disponível em: <<http://www.abenfisio.com.br/arquivos.php>>. Acesso em: 20 out. 2012.

BARROS, FBM. (Org.). **O fisioterapeuta na saúde da população**: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

Bispo Jr JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1627-1636, 2010

Souza WB. Pela integralidade da atenção a saúde e reorientação do modelo.

Disponível em:

[www.fisiobrasil.com.br/main.asp?link=amateria&id=252](http://www.fisiobrasil.com.br/main.asp?link=amateria&id=252). Acessado em 21/10/2012.

Cutolo LRA. A localização da pediatria e a saúde da criança em seu contexto histórico epidemiológico. **Arquivos Catarinenses de Medicina** 35(3): 87-96. 2006.

Descartes, R. **O discurso do método**. Os pensadores – Descartes. Abril Cultural, 1983.

Kuhn, TS. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. Trad. Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 1982.

Hauptenthal A et al. Análise epistemológica dos estudos de conclusão de curso nos programas de Pós-Graduação com Doutorado do Brasil. **Fisioter Mov**. 2012 jan/mar;25(1):141-51.

Bonfada D et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(2):555-560, 2012.

Rivorêdo CRSF, Oliveira GN, Mendes RT. A prática pediátrica no SUS: reflexões sobre o papel dos pediatras na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(10):4221-4228, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Ensino Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União. Brasília, 4 de março de 2002, seção 1, p. 11. Acesso em 01 de maio de 2010.

Corbellini VL, et al Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 555-60.

Neves LMT, Aciole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **INTERFACE: Comunicação Saúde Educação**15(37):551-64, abr./jun. 2011

Costa GD et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3229-3240, 2011

Prista RM & Manoel F. Motricidade humana e fisioterapia. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, ano 2010, v. 10, n. 10, p. 18 – 33.

Merhy EE. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

Frota AMMC. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA**, UERJ, RJ, v. 7, n. 1, p. 147-160, abr. 2007.

ARIÈS P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973.

Sá MRC & Gomes R. A promoção da saúde da criança: a participação da Fisioterapia. disponível em:

[www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo.php](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo.php)

Larsson I; Miller M; Liljedahl K; Gard G. Physiotherapists' experiences of physiotherapy interventions in scientific physiotherapy publications focusing on interventions for children with cerebral palsy: a qualitative phenomenographic approach. **BMC Pediatrics** 2012, 12:90. Disponível em:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/90>. Acessado em 15/11/2012.

Moore MH, Mah JK, Trute B: Family-centred care and health-related quality of life of patients in paediatric neurosciences. **Child Care Health Develop** 2009, 4:454–461.

## CAPÍTULO 3

## Considerações da Autora

Algumas considerações podem ser destacadas a partir da reflexão sobre o processo de construção do presente estudo, e isso desde as discussões iniciais para a elaboração do projeto de pesquisa, passando pelo processo de coleta, pela análise dos dados e pela elaboração dos artigos já apresentados.

Cabe apontar que a intenção de conduzir esta pesquisa pela perspectiva da abordagem metodológica qualitativa representou uma empreitada desafiadora, pois *método* não era uma área de domínio da pesquisadora, de modo que foi necessário aprendê-lo. Outro aspecto a ser destacado é o fato de a pesquisa ter sido realizada no ambiente de trabalho da própria pesquisadora, o que muitas vezes demandou um relativo estranhamento/distanciamento para que a observação participante não fosse afetada por isso, mas que, paralelamente, permitisse apreender os significados, aspirações e atitudes que se desvelam na vida cotidiana dos fisioterapeutas, de tal modo que a pesquisadora pudesse ser ao mesmo tempo partícipe e observadora.

A escolha do objeto de estudo se deu pelo fato de a promoção da saúde ser um tema relevante e atual. Tanto é assim que ele tem estado na agenda da OMS desde a década de 1980, estimulando os profissionais de saúde a se instrumentalizar e desenvolver competências para a utilização dessa perspectiva no cuidado integral à saúde.

No que tange aos achados e suas implicações para a pesquisa e para a prática da fisioterapia com crianças, pode-se afirmar que, por parte da pesquisadora, a compreensão do tema foi ampliada, apontando, inclusive, para

a existência de lacunas hoje existentes na produção do conhecimento. Dentre estas lacunas, evidenciam-se: a predominância de uma produção científica que tem como foco a promoção da saúde e está voltada para a atuação fisioterapêutica, na atenção básica (ESF); a carência de uma produção voltada especificamente para essa prática com crianças; o fato de o foco da intervenção fisioterapêutica ainda estar muito voltado para ações curativas e reabilitadoras. Isto reforça a conclusão de que a fisioterapia voltada para a promoção da saúde de crianças deve olhar com atenção para os pontos levantados e incorporar as práticas apontadas ao longo desta tese.

Outro ponto aqui observado é que as ações fisioterapêuticas ainda se voltam mais para os aspectos curativos da abordagem do paciente em ambiente hospitalar do que para os de ações de promoção da saúde, que, na prática diária dos profissionais fisioterapeutas, permanecem pequenas.

Entretanto, cabe ressaltar que esta pesquisa foi realizada em um cenário de atuação fisioterapêutica que possui peculiaridades e particularidades no que tange às condições clínicas e sociais dos pacientes, o que certamente dificulta a compreensão e execução de práticas voltadas para a promoção. Outro aspecto a destacar é o fato de a equipe de profissionais fisioterapeutas desta instituição ser pequena frente às demandas, tanto no volume de atendimento quanto naquelas relativas à complexidade clínica dessas crianças.

Todos esses aspectos levam-nos a refletir sobre a necessidade de os fisioterapeutas pediátricos passarem a buscar o redimensionamento de seu objeto de intervenção a partir de um conjunto de ações conjugadas com os

princípios da integralidade do cuidado e da promoção da saúde, reconhecendo a especificidade de cada criança. A relação entre os profissionais fisioterapeutas e seus pacientes e respectivas famílias — particularmente no campo da pediatria — deve acontecer de maneira tal que a ausculta do profissional permita apreender e compreender a realidade dos envolvidos, iniciando assim um processo facilitador de mudança. Algo que permita o desenvolvimento do cuidado com corresponsabilidade e que, a partir de um processo de educação para a saúde, favoreça uma tomada de decisão autônoma relativa à saúde e ao cuidado ampliado.

Ademais, parece tornar-se necessário revisar o marco teórico conceitual em sua dimensão de construção, no plano epistemológico, de uma práxis na dimensão de uma prática em saúde. No que diz respeito às mudanças no ambiente de cuidado em saúde, o que particularmente chama nossa atenção é aquela que diz respeito ao perfil de morbimortalidade infantil nos últimos dez anos, como também os diferentes níveis de atenção em saúde em que o profissional fisioterapeuta encontra-se atualmente envolvido. Tais aspectos evidenciam a demanda por identificar as necessidades do cuidado fisioterapêutico em crianças, tanto no que diz respeito à essência do cuidado quanto aos modelos de assistência capazes de permitir esse cuidado ampliado.

Se considerarmos a possibilidade de existirem diferentes concepções da construção para o saber específico — e, no caso aqui destacado, o das ações fisioterapêuticas voltadas para criança —, e tomarmos as hipóteses explicativas aqui apresentadas como modelos da realidade, poderíamos considerar que esses modelos podem ajudar a desenvolver novos marcos



teóricos. Modelos teóricos desenvolvidos a partir da realidade podem permitir a organização do pensamento, provendo uma sistematização das ações, permitindo o desenvolvimento de atividades e desenvolvendo um corpo de conhecimentos específicos da fisioterapia voltada para crianças.

Finalmente, sugerimos três movimentos, a saber:

1. refletir sobre o que está posto na formação do profissional fisioterapeuta, reorientando-a à luz dos novos modelos de cuidado em saúde;
2. inserir no processo de formação e atuação do profissional fisioterapeuta uma discussão acerca da práxis, entendendo práxis como uma prática que gera uma reflexão, que, por sua vez, gera nova prática, discussão esta especificamente voltada para a promoção da saúde nos diferentes níveis de atenção em saúde;
3. instituir, seja na formação desse profissional, seja no aperfeiçoamento/qualificação dos fisioterapeutas já inseridos no mercado de trabalho, estratégias que permitam o fortalecimento e a transformação das práticas desses profissionais, ampliando o conhecimento e a inserção destes no âmbito da promoção da saúde, podendo constituir-se em importante ferramenta rumo à efetivação da promoção da saúde e colaborando, assim, para tornar o SUS um produtor de equidade social e de qualidade em saúde.

No entanto, uma constatação evidente nesse estudo é a de que, durante a busca por subsídios - tanto para a construção do arcabouço teórico, quanto por elementos que permitissem um aprofundamento da discussão - nota-se

que o cuidado com a criança, particularmente a criança doente e que necessita de ações diferenciadas, ainda carece de uma abordagem mais particular dentro dos diversos modelos de atenção à saúde e nas políticas de cuidado integral à saúde.

Espera-se com este estudo contribuir para a reflexão sobre a efetivação das práticas de promoção da saúde no ambiente hospitalar. Acredita-se que a partir de uma reflexão sistematizada, com as adaptações e releituras necessárias, esta produção poderia servir ao campo das formações profissionais em saúde.

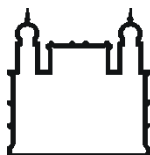
Sabe-se, no entanto, que por tratar-se de um olhar pontual, este estudo possui limitações. Dentre esses pode destacar-se o universo de sujeitos da pesquisa, que constou de 14 profissionais, que era à época do estudo, a população disponível. Outro aspecto é que esse estudo refere-se a um recorte em um cenário específico, podendo ou não ser reproduzido em outros cenários. Apesar da promoção da saúde preconizar, em sua origem, uma transversalidade dentro sistema de saúde, o foco desse estudo foi no ambiente hospitalar, não sendo portanto indicado aqui, analisar a inserção da fisioterapia na atenção básica.

Pode-se perceber claramente que os pressupostos da promoção da saúde ainda não fazem parte da globalidade das intervenções fisioterapêuticas no ambiente hospitalar, cujo foco de atendimento são crianças e adolescentes cronicamente adoecidos.

O desafio que se impõe é justamente mudar esta realidade.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



**IFF**  
 INSTITUTO NACIONAL  
 DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEI

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Projeto: *A prática fisioterapêutica: reflexões sobre as ações cotidianas relacionadas à saúde da criança.***

**Pesquisadora responsável:** Miriam Ribeiro Calheiros de Sá

**Aluna do programa de doutorado – pós-graduação em saúde da mulher e da criança do IFF/Fiocruz.**

**Telefones para contato:** (21) 2619-4262/ (21) 9613-5227

**Nome do voluntário(a)** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_ anos

**RG:** \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa *A prática fisioterapêutica: reflexões sobre as ações cotidianas relacionadas à saúde da criança*, sob responsabilidade da pesquisadora Miriam Ribeiro Calheiros de Sá.

O projeto tem como objetivo analisar a díade teoria-prática no desenvolvimento das ações fisioterapêuticas voltadas para a promoção da saúde da criança em um ambiente hospitalar. É importante ressaltar que, ao aceitar participar do estudo, você contribuirá para o desenvolvimento de um conhecimento importante e fundamental para todos os profissionais que se dedicam aos cuidados da criança e do adolescente no que diz respeito às práticas

fisioterapêuticas em pediatria, sob uma perspectiva de promoção da saúde no ambiente hospitalar.

Sua participação é voluntária e você pode retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

É garantido a todos os participantes que se retirem da pesquisa quando assim o desejarem, sem qualquer prejuízo financeiro, moral, físico ou social. Todas as informações colhidas serão cuidadosamente guardadas, garantido o sigilo e a privacidade dos entrevistados e participantes, que poderão obter informações sobre a pesquisa a qualquer momento que julguem necessário pelo telefone (21) 2619-4262. Os resultados da pesquisa estarão à disposição de todos os participantes e seus responsáveis, e serão utilizados em encontros científicos e publicações. Entretanto, os participantes não serão identificados em nenhuma publicação resultante do estudo.

Caso tenha dúvidas acerca da pesquisa e de outros assuntos, entrar em contato com a pesquisadora: Fisioterapeuta Míriam Calheiros (21) 2619-4262; (21) 9613-5227.

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do estudo “A prática fisioterapêutica: reflexões sobre as ações cotidianas relacionadas à saúde da criança” de maneira clara e detalhada; esclareci minhas dúvidas e concordo em participar do projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável pelo setor

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Testemunhas

Miriam Ribeiro Calheiros de Sá- pesquisadora

**Em caso de dúvida quanto aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – Cep-IFF**

e-mail: [cepiff@iff.fiocruz.br](mailto:cepiff@iff.fiocruz.br)

**APÊNDICE B - Roteiro para Observação Participante**

- 1 Observações sobre o ambiente.
- 2 Descrição da rotina do atendimento fisioterapêutico na unidade.
- 3 Como o(a) pesquisador(a) observa as relações entre o profissional e a criança/adolescente atendida/atendido?
- 4 Impressões sobre o relacionamento profissional – familiares/cuidadores.
- 5 Quais os procedimentos utilizados no atendimento fisioterapêutico?
- 6 Como se organiza o espaço terapêutico? Em que locais acontece a intervenção fisioterapêutica?
- 7 Qual a inserção dos profissionais (fisioterapeutas) com os demais membros da equipe?
- 8 Como funciona o serviço?
- 9 Quais as ações cotidianas percebidas pelo observador relativas aos cuidados com a promoção da saúde na unidade/pelo fisioterapeuta?
- 10 Sensações percebidas pela presença do observador no ambiente.

## APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista

1. Como você chegou a este serviço de fisioterapia?
  
2. Você já trabalhou com crianças anteriormente?
  
3. Foi uma opção sua trabalhar com saúde da criança?
  
4. Em sua opinião, como devem ser as ações da Fisioterapia voltadas para a criança?
  
5. Você consegue colocar em prática o que pensa em relação à atuação com crianças?
  
6. Em geral, como é a rotina do seu atendimento com crianças?
  
7. Em que a fundamentação teórica que você adquiriu na formação o/a ajuda em sua abordagem com crianças? Em que não ajuda?
  
8. O que você entende por promoção da saúde?

9. Como você percebe a inserção do fisioterapeuta na promoção da saúde?
  
10. Com base em sua experiência, você consegue ver no espaço hospitalar ações de promoção de saúde voltadas para a criança? Como é isso? Que desafios e limites você percebe?
  
11. Você tem alguma recomendação a fazer para que sejam possibilitadas novas ações de promoção de saúde em um hospital voltado para crianças?



**ANEXOS**

# ANEXO 1 – FOLHA DE ROSTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

## EM PESQUISA

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

Page 1 of 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0084.0.008.000-11	
Projeto de Pesquisa A prática fisioterapêutica: reflexões sobre as ações cotidianas relacionadas à saúde da criança no ambiente hospitalar			
Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica		Grupo	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF 48167495787	Pesquisador Responsável Miriam Ribeiro Calheiros de Sá	Assinatura	
Comitê de Ética			
Data de Entrega 23/11/2011	Recebimento: _____ Assinatura		

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.

## **ANEXO 2 – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ORIGINAIS**

### **SUBMISSÃO DE ORIGINAIS - Interface - Comunicação, Saúde, Educação**

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Criação, Notas breves e Cartas).

NOTA: nos manuscritos que incluam ilustrações (imagens, figuras, desenhos, tabelas, gráficos), também deve ser providenciada uma cópia do manuscrito, na versão PDF, com inserção das ilustrações.

Da folha de rosto devem constar título (em português, espanhol e inglês) e dados dos autores com as informações na seguinte ordem:

Autor principal: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Endereço completo para correspondência, telefones de contato, e-mail.

Co-autores: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Email.

Observação: não havendo vínculo institucional, informar a atividade profissional. A titulação dos autores não deve ser informada.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a oito. Acima deste número serão listados no rodapé da página.

Também em nota de rodapé o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o texto é inédito, se foi financiado, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

Modelo 1: "Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito."

Modelo 2: "Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Author Z responsabilizou-se por..., etc."

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Observação: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.



e Textos com três autores: Levanthal, Singer e Jones (no corpo do texto);  
Levanthal, Singer, Jones (dentro dos parênteses).

f Textos com mais de três autores: Guérin et al., 2004 (dentro e fora dos  
parênteses).

g Documentos do mesmo autor publicados no mesmo ano: acrescentar letras  
minúsculas, em ordem alfabética, após a data e sem espaçamento (Campos,  
1987a, 1987b).

## REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao  
final do manuscrito, em ordem alfabética, seguindo normas adaptadas da  
ABNT (NBR 6023/2002). Exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros  
escritos**. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

\* Título sempre destacado em negrito; sub-título, não.

\*\*Sem indicação do número de páginas.

\*\*\*A segunda e demais referências de um mesmo autor (ou autores) devem ser  
substituídas por um traço sublinear (seis espaços) e ponto, sempre da mais  
recente para a mais antiga. Se mudar de página, é preciso repetir o nome do  
autor. Se for o mesmo autor, mas com colaboradores, não vale o travessão.

Ex: Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 27.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. (Coleção Leitura).

\_\_\_\_\_. *Extensão ou comunicação?* 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

\*\*\*\* Dois ou três autores, separar com ponto e vírgula; mais de três autores, indicar o primeiro autor, acrescentando-se a expressão et al. Ex.:

CUNHA, M.I.; LEITE, D.B.C. *Decisões pedagógicas e estruturas de poder na Universidade*. Campinas: Papyrus, 1996. (Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

FREIRE, M. et al. (Orgs.). *Avaliação e planejamento: a prática educativa em questão*. Instrumentos metodológicos II. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1997. (Seminários)

CAPÍTULOS DE LIVRO: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). *Imagem máquina: a era das tecnologias do virtual*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

\* Apenas o título do livro é destacado, em negrito.

\*\*Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo citado.

#### Regras específicas

1 Autor do livro igual ao autor do capítulo: HARTZ, Z.M.A. *Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde*. In: \_\_\_\_\_ (Org.).

Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

2 Autor do livro diferente do autor do capítulo: VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

3 Autor é uma entidade: BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3.ed. Brasília: SEF, 2001.

4 Séries e coleções: MIGLIORI, R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana, 1993. (Visão do futuro, v.1).

ARTIGOS EM PERIÓDICOS: TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface – Comunic., Saude, Educ., v.1, n.1, p.7-40, 1997.

\*Apenas o título do periódico é destacado, em negrito.

\*\*Obrigatório indicar, após o volume e o número, as páginas em que o artigo foi publicado.

TESES E DISSERTAÇÕES: IYDA, M. Mudanças nas relações de produção e migração: o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1979.



RESUMOS EM ANAIS DE EVENTOS: PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. Anais... São Paulo, 1995. p.5.

\*Apenas a palavra Anais é destacada, em negrito.

\*\*Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar o endereço eletrônico: Disponível em:<...>. Acesso em (dia, mês, ano).

\*\*\*Quando o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS: Wagner, C.D.; Persson, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc. Res., v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

\* Apenas o título do periódico é destacado, em negrito.

\*\*Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Observação: se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

ILUSTRAÇÕES: Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...)

devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

NOTA: Também como documento suplementar, deve ser inserida no sistema uma cópia do manuscrito, na versão PDF, com todas as ilustrações incluídas devidamente localizadas no corpo do texto.

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço:

<http://submission.scielo.br/index.php/icse/login>