

A promoção da saúde de crianças em espaço hospitalar:

refletindo sobre a prática fisioterapêutica

Miriam Ribeiro Calheiros de Sá^(a)
Romeu Gomes^(b)

Sá MRC, Gomes R. Health promotion among children in a hospital setting: reflections on physiotherapy practice. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(51):709-22.

It was analyzed the place of health promotion in professional physiotherapy practice in relation to actions aimed towards comprehensive child healthcare in hospital settings. This study had a qualitative focus based on a dialectical hermeneutic perspective. The techniques of participant observation and semi-structured interviews were used for data gathering. The principles of the method of interpretation of meanings were used in the analysis. The study was conducted among the physiotherapists at the “Fernandes Figueira” National Institute of Women’s, Children’s and Adolescents’ Health. The discussion on the results was summarized into three thematic strands: children as the focus of physiotherapy; health promotion within the pediatric physiotherapy sector in the hospital setting; and challenges of physiotherapy regarding health promotion among children. The study revealed some peculiarities of physiotherapy practice, emphasizing limits and possibilities with regard to health promotion.

Keywords: Physiotherapy. Health promotion. Hospital setting.

Analisa-se a inserção da promoção de saúde na prática do profissional fisioterapeuta em ações voltadas para a atenção à saúde integral da criança em um ambiente hospitalar. Estudo de foco qualitativo, baseado na perspectiva hermenêutica-dialética. Para coleta dos dados, utilizaram-se as técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada, e análise a partir de princípios do método de interpretação de sentidos. O estudo foi realizado com 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 ambiente hospitalar; e desafios da fisioterapia para a promoção da saúde das crianças. Este estudo aponta para algumas peculiaridades da prática fisioterapêutica, destacando seus limites e possibilidades, voltada para a promoção da saúde.

Palavras-chave: Fisioterapia. Promoção da saúde. Ambiente hospitalar.

^(a) Departamento de Ensino, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Rui Barbosa, 716, Flamengo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 22250-020. mcalheiros@iff.fiocruz.br

^(b) Departamento de Ensino, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. romeu@iff.fiocruz.br

Introdução

Nos últimos trinta anos, o foco na promoção da saúde tem sido intensamente discutido e debatido. 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 enfermidades¹.

Ao longo desses anos, bases conceituais e políticas da promoção da saúde foram estabelecidas. No entanto, apesar de essas bases apontarem para a integralidade, os cuidados em saúde, muitas vezes, continuam reduzidos a ações voltadas para as doenças e deficiências dos sujeitos que os recebem².

Revisando a literatura³, observamos que o tema da promoção da saúde merece ser ainda mais bem desenvolvido pelos fisioterapeutas, uma vez que seus princípios não foram, ainda, integralmente incorporados à prática diária dos fisioterapeutas. Essa carência pode estar relacionada ao pouco desenvolvimento de pesquisas empíricas para se chegar a modelos de atuação voltados para esses profissionais.

Saber como esses profissionais podem integrar a promoção da saúde a suas práticas permite compreender e planejar ações sistemáticas em longo prazo 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. 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.

Para refletirmos acerca da integralidade no âmbito da atuação da fisioterapia, utilizamos, como marcos teóricos, os conceitos de *habitus* e campo, de 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 as experiências passadas (estruturas estruturadas), quanto geram e organizam práticas (estruturas estruturantes) que podem servir de matriz de percepção de apreciações e de ações^{4,5}.

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^{4,6}.

A articulação dos conceitos de *habitus* e campo possibilita a compreensão da lógica subjacente à intervenção fisioterapêutica voltada para a criança e das 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, objetivamos 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, pretendemos subsidiar a elaboração de princípios de atuação fisioterapêutica ancorada nessa perspectiva.

Método

Optamos pela pesquisa qualitativa porque tal abordagem focaliza a interpretação do cotidiano e as experiências dos sujeitos do estudo, e permite que o pesquisador seja, ao mesmo tempo, observador e partícipe do fenômeno^{7,8}.

Nosso referencial teórico-metodológico é a perspectiva hermenêutica-dialética, que 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^{8,9}.

A pesquisa ocorreu no ambiente hospitalar do Instituto Nacional da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Fundação Oswaldo Cruz – IFF/Fiocruz, onde destacam-se crianças cronicamente adoecidas, resultado da mudança do perfil epidemiológico pediátrico da última década¹⁰. Nesse campo, a fisioterapia pediátrica desenvolve-se nas instâncias neurofuncional e pneumofuncional, em acordo com as resoluções COFFITO 188 e 189^{11,12}. Esse instituto é referência para o Sistema Único de Saúde nas áreas de ensino, pesquisa e assistência em saúde da mulher, da criança e do adolescente.

Os entrevistados atuavam nas unidades de internação pediátrica e nos ambulatórios de pediatria. Dos 18 fisioterapeutas do IFF/Fiocruz, 14 participaram, todos apelidados com nomes de pássaros para que permaneçam em anonimato. Os quatro que não foram entrevistados estavam lotados no Departamento de Neonatologia ou em licença médica/maternidade.

A média de idade dos 14 participantes era de 36 anos, tendo o mais jovem trinta e o mais velho 54 anos. Apenas uma pessoa era do sexo masculino.

Entre os entrevistados, seis atuavam exclusivamente na internação, cinco trabalhavam tanto nesse espaço quanto em ambulatórios, e três atuavam exclusivamente nos ambulatórios. Nesse conjunto, sete profissionais tinham 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 possuíam especialização, seis mestrado e um doutorado.

Na coleta de dados, utilizamos a observação participante e a entrevista semiestruturada. A primeira técnica focalizou a percepção e compreensão das ações fisioterapêuticas no cotidiano, enquanto a segunda abordou 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 sentidos¹³.

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. 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 IFF/Fiocruz.

Apresentação e discussão dos resultados

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. Ora eles se diferenciam, ora se superpõem.

A criança como foco da fisioterapia

Em geral, os sentidos atribuídos pelos entrevistados à sua profissão apontam para uma não-identificação com a criança. Alguns deles mencionam que trabalhar com elas 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 foi praticamente nenhuma sobre o assunto”. (Irerê)

Mesmo os que fizeram essa escolha mencionam desafios e dificuldades no seu exercício:

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

É possível que as dificuldades estejam associadas à mudança do perfil de crianças atendidas, que tendem à cronicidade. No IFF/Fiocruz, assim como em outros hospitais, nos últimos anos, as enfermarias pediátricas começaram a receber pacientes oriundos das unidades neonatais, muitas vezes dependentes de tecnologias, que requerem cuidados especializados até mesmo para a manutenção da vida. Como observa Moreira¹⁴, esses profissionais de saúde, em particular os fisioterapeutas, ao optarem pela atuação em pediatria, vislumbravam ou conheciam outro perfil de morbimortalidade infantil. Segundo a autora, a qualificação técnica desses profissionais não acompanhou o processo de transição do perfil da população pediátrica internada em enfermarias e não tem havido discussões sobre as implicações dessas mudanças.

Isso é reforçado pelos entrevistados:

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

“Têm muitas doenças que eu nem tinha ouvido falar, e olha que a minha formação não é ruim”. (Patativa)

A própria constituição da prática da fisioterapia também contribui para que essa área não se identifique muito com crianças. Tanto na formação quanto na atuação profissional, a ação fisioterapêutica reflete um *habitus* profissional fortemente baseado no modelo biomédico, com componentes anatomoclínicos que estruturam o seu agir. Segundo Bourdieu¹⁵, sendo o *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, cada sistema de disposição individual é uma variante estrutural dos outros membros do mesmo grupo ou classe. Observamos que princípios de atenção integral à saúde, em particular à criança cronicamente adoecida, parecem ausentes tanto nos modelos teóricos como nos dos políticos da saúde coletiva.

Ao refletir sobre a formação dos profissionais fisioterapeutas para atuarem no SUS, Gallo¹⁶ 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 isso, 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 disso, é preciso que a fisioterapia invista mais na produção do conhecimento voltado para a atuação com a criança.

“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)

A necessidade da mudança é reforçada pela revisão sistemática de Sá e Gomes³, que constata o pouco investimento na fisioterapia voltada para a promoção da saúde da criança, comprometendo o desenvolvimento de modelos de atenção integral à saúde da criança.

Junto a isso, com base nas falas e nas observações, constatamos que, no próprio campo da fisioterapia, a especialidade pediátrica é vista como uma área “menor” e pouco valorada pelos pares profissionais.

Nos primórdios da constituição da medicina ocidental moderna, a temática da infância não se sobressai¹⁷⁻²². 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^{21,22}. 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. Costa¹⁸ 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. Assim, só foi possível pensar uma especialidade médica para as crianças quando essas passaram a ter 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 70¹⁷. Vila e Rossi²³ destacam 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, Sahrman²⁴ observa que ela surgiu enquanto recurso para o tratamento das sequelas da poliomielite, o que ocorreu na década de 1950. Segundo a autora, 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

Em geral, nas falas dos 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:

“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)

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

“Às vezes eu me sinto assim... é muita criança e muita criança grave... Eu me sinto assim, apagando um pouco os incêndios...”. (Patativa)

Observamos que, em alguns ambientes de ambulatório onde não existe a necessidade de tratar as crianças, dado que elas ali estão para seguimento, há uma preocupação dos profissionais em acompanhar mais a questão do cuidado ampliado com as questões sociais da criança e de sua família. Isso pode ser explicado 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 sujeito²⁵. Nogueira²⁶ destaca que a medicina ocidental, deslocando-se de uma arte de curar indivíduos, 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 se basearam em modelos importados dos Estados Unidos e do Canadá^{27,28}. Importante destacar que, no Brasil, à semelhança de outros países, em particular na América Latina, houve grande influência do Movimento Internacional de Reabilitação e da Organização das Nações Unidas, no sentido de um processo de difusão tecnológica dos países desenvolvidos para os periféricos, com a criação de centros de reabilitação e, também, de cursos/escolas de reabilitação²⁹.

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).

Barros²⁸ destaca que, a partir da década de 1990, no meio da fisioterapia brasileira, inicia-se um afastamento da exclusividade da reabilitação, para que a promoção da saúde também fosse contemplada, aproximando-se, assim, da saúde coletiva e inserindo suas ações em todos os níveis de atenção à saúde.

Assim, 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 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 Júnior³⁰ chama atenção para a necessidade de estruturação dos cursos de fisioterapia a partir dos princípios do SUS para ampliar o campo profissional e promover mudanças epistemológicas nos saberes e nas práticas, com vistas a incorporar modelos conceituais da dimensão da integralidade para a promoção da saúde.

Certamente, o sucesso na utilização de um novo conceito ou de achados de pesquisas está diretamente relacionado à maneira como a nova informação pode ser integrada ao conhecimento organizado e preexistente dos 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 de 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 quão respeitada e considerada é sua autonomia na participação dos processos decisórios da conduta terapêutica que lhe é prescrita. Duarte e Moreira³¹ 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 quanto o sujeito da ação – a criança – tem sido, efetivamente, alvo da atenção das ações da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)³². Tomando por premissa os artigos 1º e 7º da Lei 8.080³³ – 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 profissional².

Desafios da fisioterapia para a promoção da saúde das crianças

A busca por uma abordagem especificamente voltada para crianças, evocada pelos entrevistados, e a ausência, de uma maneira geral, de ações de promoção de saúde em suas práticas nos fazem refletir sobre os limites e desafios da fisioterapia para a promoção da saúde da criança em ambientes 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 2002³⁴ – 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 contexto no qual esse profissional se insere.

Para Bourdieu¹⁵, 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 lócus 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 Foucault³⁵, a disciplina surge como importante mecanismo de controle e dominação 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 campo³⁶, 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 (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*^(c), 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 saúde²⁵.

Frente a isso, poderíamos argumentar que os hospitais têm-se focado nos aspectos curativos das doenças, relegando a responsabilidade da promoção da saúde à atenção primária e aos serviços comunitários.

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/Fiocruz. 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 se 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 formação³⁷.

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

^(c) 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

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 fisioterapeutas, 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 integradas³⁸.

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”. (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. Uma equipe de trabalho em saúde compreende o concurso de diversas ações especializadas – interdependentes e complementares, com saberes que possuem especificidades. Peduzzi³⁹ 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. Já Moreira et al.¹⁴ destacam que, muitas vezes, a valoração dos diversos saberes e especificidades dentro da equipe apresentam-se desiguais. Alertam, 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”¹⁴ (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 própria⁴⁰. 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/Fiocruz, com foco na saúde do usuário, e que seja orientado para a integralidade e interdisciplinaridade⁴¹.

Duarte e Moreira⁴² 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 criança⁴³. 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 Aragão⁴⁴ 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.

“Você tem que tentar a terapia através da brincadeira [...] 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 Mitre⁴⁵, 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, a autora 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 valorizarmos 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 Gomes⁴⁶ chamam atenção para o fato de que, em especial na vigência de condições crônicas de saúde – como no caso das crianças do IFF/Fiocruz –, 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.

“[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, e, nesse sentido, o respeito à autonomia da escolha encontra-se em interface direta com os princípios da promoção da saúde.

Considerações finais

Nossos achados, em geral, podem servir de base para se destacar que a pequena atuação da fisioterapia voltada para ações de promoção da saúde se justifica pelo fato de que, por sua origem e inserção no Brasil, a fisioterapia sempre esteve associada a práticas de reabilitação³.

Observamos iniciativas individuais por parte de alguns profissionais, sem que, no entanto, isso se apresentasse em uma perspectiva mais ampliada do cuidado integral à saúde da criança. Alguns deles estimulavam a participação dos pais e da própria criança de maneira mais ativa, como sujeitos diretamente envolvidos no seu cuidado. Por parte destes profissionais, destacam-se ações que são a um só tempo terapêuticas e educativas.

Ressaltamos que – pelo fato de as crianças serem portadoras de condições crônicas de saúde, e, conseqüentemente, apresentarem muitas comorbidades associadas – o caráter preventivo ou educativo torna-se mais desafiador, uma vez que os profissionais eram levados a focalizar a resolução de problemas emergenciais ou de agudizações da condição clínica das crianças, sendo difícil para eles desenvolverem, em suas ações, os conceitos de cuidado e atenção integral à saúde.

Em relação aos desafios, a necessidade de uma ação mais interdisciplinar na prática diária merece destaque. 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, 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.

Ainda nessa perspectiva, o lúdico surge como uma estratégia ética e política, capaz de favorecer uma interface de atuação entre o profissional e a criança.

Por último, observamos que este estudo apresenta limitações. Por se circunscrever unicamente ao ambiente hospitalar de alta complexidade, que atende a crianças e adolescentes cronicamente adoecidos, este fato poderia influenciar na posição adotada pelos fisioterapeutas. Nesse sentido, por conta dessa singularidade, este estudo não permite generalizações.

Colaboradores

Miriam Ribeiro Calheiros de Sá contribuiu na concepção da pesquisa, elaboração, coleta, análise dos dados empíricos, revisão e redação da versão final do artigo. Romeu Gomes colaborou na concepção da pesquisa, elaboração, análise dos dados empíricos, revisão e redação da versão final do artigo.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos. 26a ed. Genebra: OMS; 1976.
2. Gomes ML. Política Nacional de Promoção da Saúde: Potência de transformação ou política secundária? [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
3. Sá MRC, Gomes R. A Fisioterapia voltada para a criança com o foco na promoção da saúde. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(4):1079-88.
4. Bourdieu P. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.

5. Bourdieu P. Os usos sociais das ciências: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Ed. Unesp; 2004.
6. Bourdieu P. O senso prático. Petrópolis: Vozes; 2009.
7. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 185-221.
8. Minayo MCS, organizadora. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2002.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
10. Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. Cienc Saude Colet. 2010; 15(2):321-7.
11. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 188, de 09/12/98. Reconhece a especialidade de Fisioterapia Pneumo Funcional e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 10 Dez 98. Seção 1:58-9.
12. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 189, de 09/12/98. Reconhece a especialidade de Fisioterapia Neuro Funcional e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 10 Dez 98. Seção 1:59.
13. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-108.
14. Moreira MCN, Souza WS, Macedo AD, Mello DB. 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).
15. Bourdieu P. Esboço da teoria da prática. In: Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu – Sociologia. São Paulo: Ática; 1983. p. 1-36.
16. Gallo DLL. A fisioterapia no programa saúde da família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária [dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2005.
17. Zanelli ML, Merhy EE. A Pediatria social e as suas apostas reformistas. ABMP [acesso 2009 Maio 09]. Disponível em: www.abmp.org.br/textos/2567.htm
18. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
19. Donzelot J. A polícia das famílias. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
20. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 29a ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
21. Ariès P. História social da criança e da família. In: Legoff J, organizador. História nova. São Paulo: Martins Fontes; 1990. p. 151-76.
22. Ariès P, Duby G. História da vida privada. São Paulo: Cia. das Letras; 2009.
23. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". Rev Latino-Am Enferm. 2002; 10(2):137-44.
24. Sarhrmann SA. Diagnóstico e tratamento das síndromes de disfunção do movimento. São Paulo: Santos Editora; 2005.

25. Camargo Júnior K. A Biomedicina. *Physis*. 1997; 7(1):45-68.
26. Nogueira MI. Retratos da formação médica nos novos cenários de prática. São Paulo: Hucitec; 2012.
27. Barros FBM. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13(3):941-54.
28. Barros FBM. A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
29. Soares LBT. Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? São Paulo: Hucitec; 1991. (Saúde em Debate, n. 42)
30. Bispo Júnior JP. Formação em Fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist Cienc Saude – Manguinhos*. 2009; 16(3):655-68.
31. Duarte MCS, Moreira MCN. Autonomia e cuidado em terapia intensivapediátrica. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(38):687-700.
32. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet] [acesso 2013 Jan 5]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>
33. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 20 Set 1990. Seção 1:18055.
34. Resolução CNE/CNS nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 4 Mar 2002. Seção 1:11.
35. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1987.
36. Bourdieu P. A economia das trocas linguísticas. In: Ortiz R, organizador. *Bourdieu – Sociologia*. São Paulo: Ática; 1983. p. 156-83.
37. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):9-24.
38. Organização Mundial de Saúde OMS [Internet]. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. OMS; 1986 [acesso 2010 Out 10]. Disponível em: www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa
39. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
40. Grillo SVC. A noção de campo nas obras de Bourdieu e do círculo de Bakhtin: suas implicações para a teorização dos gêneros do discurso. *ANPOLL*. 2005; 1(19):151-84.
41. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 2007. p. 162-77.
42. Duarte MCS, Moreira MCN. Autonomia e cuidado em terapia intensiva pediátrica: os paradoxos da prática. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(38):687-700.

43. Fujisawa DS. Atendimento fisioterapêutico de crianças: uma análise na perspectiva da teoria histórico-cultural. *Temas Desenvolv.* 2002; 11(63):37-44.
44. Morsch DS, Aragão PM. A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
45. Mitre RMA. O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 283-300.
46. Mitre RMA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Cienc Saude Colet.* 2004; 9(1):147-54.

Sá MRC, Gomes R. La promoción de la salud de los niños en el espacio hospitalario: reflexión sobre la práctica fisioterapéutica. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(51):709-22.

Buscase analizar la inserción de la promoción de la salud en la práctica del fisioterapeuta en la atención para la salud total del niño en un ambiente hospitalario. Estudio fue basado en la hermenéutica-dialéctica. Se utilizaron técnica de observación participante y entrevista semi-estructurada y el análisis a partir de principios del método de interpretación de sentidos. El estudio se realizó con fisioterapeutas del Instituto Nacional de la Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente Fernandes Figueira. Tres ejes temáticos sintetizan la discusión: el niño como enfoque de la fisioterapia, la promoción de la salud por parte de la fisioterapia pediátrica en un ambiente hospitalario y desafíos de la fisioterapia para la promoción de la salud de los niños. Este estudio señala algunas peculiaridades de la práctica fisioterapéutica, destacando límites y posibilidades en la promoción de la salud.

Palabras clave: Fisioterapia. Promoción de la salud. Ambiente hospitalario.

Recebido em 10/06/13. Aprovado em 14/08/14.