

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**FISIOTERAPIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
Estudo Etnográfico de Representações e Práticas em Saúde em Porto Alegre**

MAURO ANTÔNIO FÉLIX

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. DANIELA RIVA KNAUTH

Porto Alegre, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**FISIOTERAPIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
Estudo Etnográfico de Representações e Práticas em Saúde em Porto Alegre**

MAURO ANTÔNIO FÉLIX

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. DANIELA RIVA KNAUTH

Porto Alegre, 2006.

AGRADECIMENTOS

Expresso, inicialmente, meus agradecimentos aos fisioterapeutas e estagiários de fisioterapia do serviço de saúde, pois sem sua colaboração e paciência este trabalho não seria possível. Assim como à Prefeitura de Porto Alegre pela autorização à pesquisa nas suas dependências.

Expresso, ainda, meu carinho e minha admiração a Daniela Knauth, minha orientadora, que sempre com muita paciência, orientou e esclareceu minhas infindáveis dúvidas frente à pesquisa e ao conhecimento antropológico.

Esses agradecimentos se estendem aos professores e colegas do Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde por suas contribuições durante os seminários de tese e trocas de idéias dentro e fora do núcleo.

Um mestrado deve ser entendido como um processo e, deste modo, agradeço aos colegas e professores com quem tive a oportunidade de aprender conhecimentos tão diversos e novos para este fisioterapeuta.

Também fica registrado meu reconhecimento a meu pai pelas contribuições na correção deste trabalho e aos demais familiares e amigos, por seu incentivo, meu muito obrigado.

RESUMO

Este trabalho aborda as representações e práticas dos fisioterapeutas inseridos no Sistema Único de Saúde. Com o intuito de desvendar o modo de pensar e agir, além do nível de inserção que alcançou a fisioterapia dentro do Sistema Único de Saúde, busquei compreender a lógica orientadora de suas ações terapêuticas bem como sua adequação às diretrizes desse Sistema. Para tal, utilizei uma abordagem antropológica de cunho qualitativo com o privilégio da observação participante e entrevistas semi-estruturadas realizadas em dois serviços de saúde de Porto Alegre: um hospital e um ambulatório de nível secundário. A revisão histórica da profissão ajudou na contextualização e, deste modo, entender por que os fisioterapeutas estão centrados na abordagem física das pessoas. Esse modo de tratar as pessoas é ensinado aos profissionais no processo de formação e reforçado na prática profissional dirigida à reabilitação, tendo o manuseio do paciente um valor importante para o fisioterapeuta. Por sua vez, este tipo de trabalho manual associado a um papel feminino do cuidado são fatores de demérito frente as outras profissões da saúde. Isto reforça a posição hierárquica inferior que o profissional possui dentro do Sistema Único de Saúde, que em alguns momentos é confundido como um especialista da medicina física. Desse modo, este trabalho contribuiu para repensarmos as concepções de saúde que são ensinadas na academia, o que vem a ser o “fazer fisioterapêutico”, bem como, a integralidade das ações terapêuticas dentro do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: fisioterapia; sistema único de saúde; representações sociais.

ABSTRACT

This research studies the representation and practice of physiotherapist at the Public Health System. The aim of this study was to evaluate the way of thinking and acting, and also the insertion of the physiotherapist at the Public Health System by understanding the logic of the orientation of the therapeutic actions to the rules of the Public Health System. I used a qualitative anthropologic approach with the privilege of the participative observation and semi-structure interviews in two health scenarios in Porto Alegre: one hospital and one secondary out-patient clinic. The historical review of the profession helped to the contextualization and, therefore, understands why the physiotherapist is focus in the personal physical approach. This way of treating people is taught to the professionals during the graduation course and reinforced during the professional practice of the rehabilitation, been the hand work applied to the patient a great value to the physiotherapist. On the other hand, this type of hand work associated to the caring feminine role is factors of low self-esteem in front of other health professionals. This reinforces the hierarchic position of the profession at the Public Health System, where sometimes is a confusion factor as a specialist of the physical medicine. In conclusion, this study helped to rethink the concepts of health that are not teach at the academy, what is the physiotherapeutic way, and also, the whole therapeutic actions at the Public Health System.

KEY WORDS: physiotherapy; public health system; social representation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – O CONTEXTO DA FISIOTERAPIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS CAMINHOS METODOLÓGICOS	6
1.1 HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA	6
1.2 O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	11
1.3 A FISIOTERAPIA NO SISTEMA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE.....	13
1.4 OS CAMINHOS DA PESQUISA.....	14
CAPÍTULO 2 – O SERVIÇO PÚBLICO COMO UM PROJETO FAMILIAR	20
2.1 AS POSIÇÕES SOCIAIS.....	21
2.2 A ESCOLARIZAÇÃO COMO UM PROJETO FAMILIAR	24
2.3 ESCOLARIZAÇÃO POSSIBILITADORA DE NOVOS VALORES	26
2.4 O SERVIÇO PÚBLICO COMO ESTRATÉGIA DE ASCENÇÃO SOCIAL	28
2.5 A NECESSIDADE DA RECIPROCIDADE	30
CAPÍTULO 3 – O VALOR DA PRÁTICA NO <i>HABITUS</i> PROFISSIONAL.....	34
3.1 A FISIOTERAPIA E O CAMPO CIENTÍFICO.....	35
3.2 A FISIOTERAPIA: UM “TRABALHO BRAÇAL”	37
3.3 O CAMPO DA SAÚDE	39
3.4 O CORPO COMO OBJETO DE INTERVENÇÃO	41
3.5 O CORPO, O CENÁRIO E A FISIOTERAPIA	45
CAPÍTULO 4 – O CORPO/SAÚDE/DOENÇA E A REABILITAÇÃO	49
4.1 CONCEPÇÃO DE SAÚDE/DOENÇA	50
4.2 REABILITAÇÃO E O MANUSEIO DO PACIENTE	53
4.3 O CONTROLE MORAL NA SAÚDE	58
4.4 A EXPERIÊNCIA NA PRÁTICA PROFISSIONAL	61
4.5 A ESTRUTURA DO ESTÁGIO	63
4.6 APRENDIZAGEM DA PRÁTICA.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS	78
ANEXOS	82

INTRODUÇÃO

Trabalhar com saúde traz diversas responsabilidades, ainda mais na nossa sociedade, onde o profissional de saúde possui um papel de destaque nas práticas de cura. Mas o que vem a ser este trabalho com objetivo de recuperar funções e curar pessoas? O que é uma prática profissional em que haja vínculo terapêutico? Que tipo de relação deve um profissional de saúde estabelecer com seu paciente? Este tipo de questionamento sempre esteve presente dentro da minha prática profissional de fisioterapia. Mas não me interessava apenas uma resposta fisiológica frente à doença de meus pacientes, assim, no intuito de esclarecer as minhas inquietações busquei uma especialização que demonstrou a “cultura” ser relevante frente às tomadas de decisões perante as práticas de cura.

Após esta especialização, queria aprofundar o entendimento sobre práticas de cura, e como confirmou uma colega: Se queres estudar a cultura humana, debes estudar antropologia. Isso sucedeu na intenção de me aproximar deste campo do conhecimento, o qual a pesquisa realizada na especialização demonstrou ser a antropologia algo “desconhecido” dos formandos de fisioterapia, pois não compreendiam como esta poderia auxiliar na prática terapêutica. Mesmo sem entender o arcabouço teórico da antropologia, conseguia visualizar uma seqüência, que para mim era lógica, entre este campo do conhecimento e a saúde coletiva.

Ao entrar em contato com este novo conhecimento, aprendi e continuo aprendendo que nem tudo o que pensava ser meramente uma questão fisiológica, pode ser resolvido com a aplicação de alguma técnica terapêutica. Tão importante quanto isso, é entender quem são as pessoas e quais os motivos para buscarem determinadas formas de cura em detrimento de outras, além de almejar compreender o sistema de cura a ser utilizado por determinado profissional de saúde. Este tema de discussão sempre me chamou a atenção e, por esse motivo, comecei a

elaborar uma “idéia” de pesquisa, objetivando o que viria a ser o “mito fundador” de meu tema.

Ao ler na Revista do COFFITO uma reportagem referente ao número de fisioterapeutas empregados dentro dos serviços públicos, verifiquei que os serviços públicos no Brasil correspondem a 60% dos locais de trabalho dos fisioterapeutas, sendo assim, seu maior empregador¹. Esse é um dado relevante, pois o senso comum que se tem é de que os serviços públicos não proporcionam uma possibilidade de trabalho a esse profissional.

Durante muitas conversas com colegas fisioterapeutas, percebi, em seus comentários, certo descrédito das instituições de ensino superior para com os docentes que trabalham dentro das perspectivas da saúde coletiva. Desde seu reconhecimento como uma especialidade do fisioterapeuta, assim como, traumatologia, neurologia, dentre outras, até o entendimento que um fisioterapeuta possui frente a este campo do conhecimento. Assim creio que a antropologia pode engrandecer em muito e aprofundar as pesquisas sociais dentro da saúde coletiva.

Esses fatos parecem ser contraditórios, uma vez que se o maior número de fisioterapeutas empregados está dentro dos serviços públicos, porque ao longo da formação acadêmica esta prática não é enfatizada? Assim como, o que vem a ser este “fazer fisioterapêutico” e o que direciona esta prática? Trabalhamos com saúde ou com doença?

Após o período de implementação do Sistema Único de Saúde na década passada e a municipalização da saúde ocorrida no Brasil, entender quem são os atores sociais que lidam com os processos de cura da população tornou-se um ponto importante. Desse modo, como a saúde da população é trabalhada pelos profissionais já inseridos no sistema público possibilitando qualidade de vida.

Mesmo sem ter experiência profissional dentro do serviço público, pois minha atuação como fisioterapeuta ocorreu sempre em serviços privados, preocupei-me em esclarecer os aspectos que regem a saúde pública de um serviço de fisioterapia dentro do Sistema Único de Saúde.

O binômio saúde/doença varia de sentido, tanto ao longo da história como entre os diversos grupos de nossa sociedade. A forma como é representado e acionado pelos grupos sociais é que dá significado aos seus empregos. Durkheim cunhou o termo “representação coletiva” de modo a privilegiar o pensamento coletivo em detrimento do individual

¹ A Revista do COFFITO é uma publicação trimestral do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em que traz reportagens sobre vários temas vinculados à profissão de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

(DURKHEIM; MAUSS, 1978). A partir dessa idéia, podemos pensar que existe um conjunto de valores e representações sociais que orientam as concepções e comportamentos dos indivíduos no que se refere aos cuidados com o corpo, com a saúde e a doença. Nessa perspectiva, os estudos de representação social buscam apreender o sentido e a lógica que fundamentam as concepções de saúde/doença não apenas dos indivíduos, mas da sociedade.

O significado dado à saúde e à doença pelas pessoas pode nos fornecer importantes elementos para pensar a relação que estes indivíduos estabelecem com o meio social, visto que estas relações falam da inserção dos indivíduos nas diferentes esferas sociais, como a família, o trabalho, entre outras.

Como já comentei, a noção cunhada por Durkheim sobre as “representações coletivas” demonstram que na coletividade aprendemos modos de agir e esta é uma expressão de como organizamos a vida cognitivamente (DURKHEIM; MAUSS, 1978). O comportamento religioso foi a primeira forma de entendimento que o ser humano fez de si e do mundo em um determinado espaço e grupo social. Assim, o indivíduo além de expressar na coletividade através dos aprendizados ocorridos ao longo da história do próprio grupo, está imbricado em uma rede coercitiva dos “princípios morais” dessa coletividade.

O presente estudo buscou investigar as representações e práticas de corpo, saúde e doença acionada pelos fisioterapeutas no contexto do atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde. Pretendi, assim, compreender como os mesmos percebem os diferentes níveis de ação/atuação da fisioterapia, bem como as concepções de saúde/doença e de “paciente” acionadas por estes profissionais. Foi ainda objetivo específico desta pesquisa analisar em que medida estas representações e práticas são compatíveis com as diretrizes de integralidade previstas pelo Sistema Único de Saúde e quais os limites que a formação acadêmica apresenta para a integração da fisioterapia no Sistema.

No intuito de seguir os objetivos de pesquisa, configuraram-se três possibilidades de hipótese, as quais estão imbricadas nas concepções de representações e práticas dos fisioterapeutas integrantes do universo de pesquisa, estas são:

- As trajetórias de vida profissionais são marcadores na identidade profissional do fisioterapeuta, bem como nas suas concepções da saúde/doença e forma de atuação frente à integralidade.
- A fisioterapia esta voltada a um plano assistencialista em saúde, devido ao seu entendimento do papel do fisioterapeuta dentro do Sistema Único de Saúde.

- A integralidade é cerceada pela norma institucional, ou seja, a estrutura do serviço de saúde da Prefeitura dificulta imensamente que as pessoas sejam atendidas por equipes multiprofissionais abordando os sujeitos na sua totalidade.

Ao ler qualquer jornal, hoje, vemos sempre notícias sobre a precariedade dos serviços públicos de saúde, onde grande parte da população está à margem de qualquer tipo de atendimento nessa área. Sempre há uma cobrança frente às atribuições dos gestores públicos em relação à falta de recursos e de como devem ser solucionados esses problemas. Os diversos atores sociais que participam deste contexto, seja ele um cidadão, um profissional de saúde, ou um gestor público, buscam solucionar a falta de assistência em saúde da população, principalmente a parcela que não possui recursos para fazer uso de algum tipo de plano de saúde privado. Como ocorre esta problemática da falta de recursos? Será que falta estrutura física ou humana para atender a população? E se há recursos humanos, que tipo de intervenção em saúde é feito pelos profissionais da área? A partir do que os fisioterapeutas criam seus modos de pensar e agir frente à saúde da população?

A fim de contemplar a relevância antropológica desta pesquisa, afirmo que as representações e práticas mostram como as pessoas pensam e agem em relação às concepções de saúde. Possibilita-se, assim, ajudar a mostrar como estes pontos de vistas são, muitas vezes, aprendidos na academia e reproduzidos no modo de ação sobre as pessoas. Também há uma justificativa social para este trabalho, de modo que auxiliar a compreender as formas como os profissionais de saúde realizam suas intervenções em saúde, possibilitando repensarmos concepções e prática, objetivando a melhoria dos serviços públicos de saúde e conseqüentemente a qualidade de vida das pessoas.

Este trabalho foi organizado de forma que, no primeiro capítulo, há uma contextualização histórica da formação do profissional de fisioterapia no ocidente até sua inserção no serviço de saúde da Prefeitura de Porto Alegre. Também é abordado como ocorre a formulação do Sistema Único de Saúde e os motivos que levaram a municipalização dos serviços de saúde no Brasil. Ao termino deste capítulo aponto os caminhos metodológicos escolhidos para esta pesquisa e a inserção do pesquisador em campo.

No capítulo dois, realizo a discussão da trajetória social vivida pelos fisioterapeutas e como a família desenvolve um papel fundamental na escolha pela profissão. Esta influência ocorre também no direcionamento ao serviço público como possibilidade de ascensão social do indivíduo e conseqüentemente do grupo familiar. Assim ocorre a necessidade de retribuir a família o investimento realizado no sujeito, o que pode gerar ou não conflitos entre as pessoas.

No terceiro capítulo, a problemática de como o fisioterapeuta está colocado dentro do campo científico e da saúde é demonstrada nos conflitos que ocorrem na prática profissional. Esses problemas são gerados pelas diferentes formas de entender o que vem a ser o “fazer fisioterapêutico”, moldado pela prática e pela construção da noção de paciente para estes profissionais de saúde.

No capítulo quatro, discorro sobre as concepções de corpo, saúde e doença para os fisioterapeutas, bem como o que vem a ser o processo de reabilitação, noções essas que são perpetuadas através da importância dada ao manuseio para se constituir como um fisioterapeuta. Desse modo, o processo educacional serve para discutir através do papel que o estagiário possui dentro do serviço de fisioterapia da Prefeitura de Porto Alegre, bem como a perpetuação de valores para os fisioterapeutas.

CAPÍTULO 1 – O CONTEXTO DA FISIOTERAPIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS CAMINHOS METODOLÓGICOS

Para compreender como a fisioterapia se estabelece dentro do Sistema Único de Saúde na Prefeitura de Porto Alegre, faz-se necessário recuarmos no tempo e revermos como esta profissão se originou no ocidente, mostrando suas bases de conhecimento e estrutura até a chegada da profissão ao Brasil. Posteriormente, visto a esclarecer como se formulou o Sistema Único de Saúde, as tentativas precursoras de melhora da saúde da população chegando ao processo de municipalização da saúde no país. A partir desta estrutura, busco identificar como ocorreu a entrada do profissional de fisioterapia no serviço de saúde da Prefeitura de Porto Alegre. A compreensão desses contextos serve para entendermos as noções que os fisioterapeutas possuem sobre como é sua profissão, seu modo de atuar na área da saúde e, principalmente, seu lugar de trabalho nessa estrutura pública.

A partir desse contexto, discuto a metodologia utilizada na realização desta pesquisa, os objetivos e a justificativa antropológica e social do estudo.

1.1 HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA

Baseado num, contexto histórico, procuro demonstrar que a fisioterapia se apresenta como uma profissão vinculada à medicina, apresentando um caráter de profissão – auxiliar, assim como os aspectos da profissão que perduraram por muitos anos como uma prática

exclusivamente feminina, ligada à massagem. Posteriormente a ênfase dada à técnica demonstra como este profissional da saúde constrói seu arcabouço teórico.

O processo histórico de formação do que hoje conhecemos como fisioterapia pode ser compreendido através de um recuo no tempo, que nos remete ao cenário europeu do século XIX. Sabidamente, vários recursos fisioterápicos são utilizados desde a antiguidade, sendo a formação no ocidente das estruturas técnicas e associativas oriunda deste período da história. A Europa, mais especificamente, o processo de industrialização inglês, molda os princípios de uma nova profissão com bases racionais, utilizando uma metodologia científica para realizar sua intervenção terapêutica (OLIVEIRA, 2002).

A fisioterapia é identificada pelo uso de técnicas com o objetivo de recuperar os acometimentos oriundos principalmente do processo de industrialização. Algumas das conseqüências da industrialização foram os problemas de saúde ocorridos em decorrência das longas jornadas de trabalho (16 horas por dia), a superpopulação nas cidades em condições sanitárias precárias, dentre outros (OLIVEIRA, 2002). Os recursos terapêuticos que podemos destacar para enfrentar as lesões nessa época foram: a hidroterapia, os exercícios terapêuticos, a eletroterapia, a termoterapia, a fototerapia e a massagem.

Buscando o modelo grego de uso terapêutico das águas através de balneários, muito utilizado ao longo dos séculos XVIII e XIX na Europa, a hidroterapia tinha como objetivo tratar as pessoas acometidas por problemas cardíacos, torácicos ou reumáticos. Associado às técnicas termais, no início do século XIX, utilizava-se a ginástica terapêutica como um método de recuperar as condições físicas perdidas. Os princípios anatômicos e fisiológicos propiciaram a esta ginástica, denominada de sueca, uma base científica que tinha como objetivo além da recuperação das lesões físicas, a preparação dos homens para enfrentarem condições muito adversas como guerras ou longas jornadas de trabalho. Este método teve grande difusão na Europa na metade do século XIX.

Mesmo sabendo do uso de peixes elétricos desde a antiguidade como um recurso terapêutico para o tratamento de dores e paralisias com aplicações de eletricidade local, foi somente com o desenvolvimento dos geradores de fricção e condensadores no século XVIII que esta prática se difundiu. O uso da luz como um recurso terapêutico denominado fototerapia ou como método de aplicar calor (termoterapia) tornou-se viável no final do século XVIII devido à invenção do bulbo incandescente (OLIVEIRA 2002).

Por fim, a massagem, técnica vinda do oriente, recebeu a influência dos suecos como um recurso para o relaxamento muscular, chegando à Escócia como um método de tratamento para reumatismo e gota por volta de 1800. Entretanto, posteriormente, na Inglaterra, em casas

de massagem para pessoas de alto poder aquisitivo, eram realizadas com finalidades além das terapêuticas. Este recurso terapêutico já utilizado no oriente como método de tratamento visava, através de um grupo de enfermeiras, ao tratamento de mulheres “neurastênicas”.

Várias associações profissionais foram criadas visando à utilização destas técnicas, porém destacando-se a Society of Trained Masseuses, em 1894. Um dos objetivos desta associação era regulamentar, por meio de um treinamento específico de 4 a 6 semanas, os profissionais habilitados a utilizarem a massagem, uma vez que os sucessivos escândalos de venda de drogas e de prostituição, por parte de casas de massagem de Londres, foram denunciados no *British Medical Journal*. Devido às massagistas assumirem um papel de destaque, tornou-se necessária a separação das funções de enfermeira e de massagista, sendo criada a sociedade de massagistas através do apoio da classe médica, distinguindo assim não só as profissões, mas uma forma de separar os profissionais honestos dos demais. Criou-se então a regulamentação de normas básicas para a massagem, estas constituídas pela necessidade de prescrição médica para sua aplicação, da não-realização de massagem em homens exceto nos casos de urgência, da proibição da venda de medicamentos e de que o anúncio dos serviços só poderia ser realizado em jornais médicos e não mais anúncios em publicações leigas.

Em 1910, foi introduzido o primeiro exame de ordem da sociedade com a realização de provas de massagem e exercícios suecos. Neste período havia a rejeição de homens como massagistas, de modo que somente os membros do exército e atendentes de asilos poderiam realizar o exame, mas não eram aceitos na sociedade.

Os exercícios suecos eram oriundos das técnicas criadas por Pehr Henrik Ling, método que buscava uma base científica para desenvolver e recuperar as capacidades físicas humanas. Estes objetivos tinham como meta fortalecer o povo sueco que se apresentava fragilizado devido às constantes guerras que enfrentara.

Neste mesmo período, na Sargent School nos Estados Unidos da América, cria-se uma escola de ginástica tendo no currículo, de duração mínima de dois anos as disciplinas de anatomia, fisiologia, cinesiologia, química, histologia, crescimento, reprodução, metabolismo, sensação e ações reflexas.

Oliveira (2002) destaca dois acontecimentos importantes que impulsionaram os estudos das técnicas utilizadas pelos fisioterapeutas: a epidemia de poliomielite e o considerável aumento de trabalhadores portadores de lesões e mutilações resultantes da nova política de trabalho adotada após a revolução industrial. Outro fator importante foi a

necessidade de melhorar as condições físicas dos homens durante as guerras que passavam períodos longos dentro de trincheiras, principalmente na primeira grande guerra.

Oliveira (2002) destaca que,

as rápidas mudanças nos níveis médico e social ocorridas nos Estados Unidos podem ser creditadas em parte ao progressivismo da Corporação Médica do Exército, mas também aos ortopedistas e a algumas das 1.200 jovens “auxiliares de reconstrução”, que enfrentaram as adversidades e trabalharam com energia durante a guerra. Essas jovens foram as precursoras da entidade conhecida atualmente como a American Physical Therapy Association.

Ainda nesta época a Harvard Medical School não permitia que homens realizassem a formação, sendo esta apenas permitido a mulheres entre 25 e 40 anos. Destaca-se que havia a necessidade de uma prescrição médica para se empreender as terapias de reabilitação.

Através do editorial da *Physiotherapy Review*, a American Physical Therapy Association publicava cada vez mais conteúdos de cunho científico, com temas sobre eletroterapia, a fisioterapia como uma profissão, postura, hidroterapia, espasticidade, poliomielite, artrite, etc. Além da proposta de modificação para a Constituição, que continha um regimento específico sobre a relação ética dos fisioterapeutas com a profissão médica, pois o papel de “auxiliar o médico” institucionalizado nas rotinas militares e hospitalares necessitava ser revisto.

Oliveira (2002) destaca a aprovação do Social Security Act, em 1935, nos Estados Unidos da América, que, além de garantir o seguro-desemprego, continha seções destinadas ao cuidado da saúde e a reabilitação.

Em 17 de novembro de 1943, a Chartered Society of Massage and Medical Gymnastics tornou-se definitivamente Chartered Society of Physiotherapy, a Corporação de Massagem passou a ser denominada Serviço de Fisioterapia e seus membros passaram a ser fisioterapeutas patenteados. Porém, a responsabilidade da equipe de reabilitação era ainda disputada pelo cirurgião ortopédico e especialistas em medicina física.

Na Inglaterra, no final de 1945, o Conselho de Fisioterapia iniciou um trabalho junto ao Ministério da Saúde com o objetivo de integrar essa forma de assistência ao National Health Service. Também buscou-se a alteração do termo ‘auxiliar médico’ mencionado no National Health Service, visto como depreciativo. Oliveira (2002) destaca que outras denominações alternativas foram sugeridas, tais como: ‘Profissão Suplementar Médica’, ‘Profissões Suplementares da Medicina’ e ‘Profissões Associadas à Medicina’, essa última escolhida e incluída na redação final do Partido Trabalhista, o Registro Estatal de 1956. Contudo, o título não foi efetivado, sendo mantida a denominação do Esquema para Registro

de Profissões Suplementares para Medicina, que provinha da formação de oito conselhos de registros contendo a maioria dos auxiliares médicos.

Apenas em 1951, a World Confederation for Physical Therapy foi oficialmente realizado no encontro inaugural que ocorreu em Copenhagem, acompanhado por 140 fisioterapeutas de 16 países, dos quais 10, incluindo a Inglaterra, foram representados por seus membros fundadores.

Embora a Chartered Society of Physioterapy agisse profissionalmente quanto aos seus procedimentos, ao código de ética, ao corpo de trabalho e ao alto padrão de suas qualificações, a Fisioterapia não tinha atingido ainda a independência clínica necessária para um profissionalismo completo.

Por volta de 1965, o Comitê Educacional da Inglaterra expôs a idéia de uma graduação em Fisioterapia, e, em 1967, a Universidade de Surrey concordou com a inclusão da Fisioterapia em seus cursos da área de biologia humana. Porém, a idéia maior não foi aprovada. Apesar disso, a University College, em Dublin, introduziu um diploma em Fisioterapia, cujo primeiro exame anual conferiu isenção das provas preliminares da Sociedade. Esse fato marca o início de um novo período na formação do profissional, caracterizando-a como um curso de nível superior.

Nos anos seguintes, assim como aconteceu na Inglaterra, o desenvolvimento tecnológico e os avanços no cuidado da saúde desenvolvidos nos Estados Unidos propiciaram o surgimento de várias especialidades dentro da Fisioterapia, destacando as áreas de pesquisa, licenciatura, administração, esportes, pediatria, eletrofisiologia clínica, dentre outras.

Na década de 1970, avançaram as conquistas do profissional da Fisioterapia na Inglaterra. Em 1972, pela primeira vez, o Presidente da Sociedade passou a ser um fisioterapeuta e não mais um médico, e a lei que definia o trabalho do fisioterapeuta sob direção do médico foi revista. Pelos pareceres oficiais do início da década e na reorganização do National Health Service, os fisioterapeutas obtiveram posições administrativas em todos os níveis.

Além da autonomia profissional, foram retomados os debates sobre a transformação da Fisioterapia em profissão graduada. Em 1975, o Conselho de Educação inglês aprovou um modelo para graduação em Fisioterapia sugerido pela Escola de Fisioterapia Northern School no Ulster College, Belfast, e, em setembro de 1976, os primeiros estudantes começaram seus estudos nessa nova modalidade (OLIVEIRA, 2002).

O Physiotherapy Access to Continuing Education é um sistema de educação continuada que possibilita aos fisioterapeutas melhores qualificações, atendendo às novas

demandas impostas às habilidades profissionais, gerenciais ou clínicas dos membros. Este foi lançado no ano de 1990 com o formato de pós-graduação devido ao aparecimento de novas técnicas que surgiam como recursos fisioterapêuticos.

No Brasil existiam, no Rio de Janeiro, serviços de hidroterapia e eletroterapia no período de 1879 a 1883. Porém o primeiro departamento de eletricidade médica foi fundado na Universidade Federal de São Paulo e, somente 10 anos mais tarde, o primeiro serviço de fisioterapia. Em 1951, foi criado o primeiro curso para formação de técnicos em fisioterapia no Hospital das Clínicas de São Paulo que perdurou até 1956. Somente em 1959 a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo iniciou com o curso de fisioterapia, com duração mínima de dois anos, para formar fisioterapeutas habilitados a atuarem em reabilitação (ÁVILA, 1993).

Com a regulamentação da profissão de fisioterapeuta no Brasil em 1969, através do Decreto-Lei número 938, fica determinado que é “atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”.

1.2 O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O contexto brasileiro que originou a reforma sanitária e posteriormente a criação do Sistema Único de Saúde era desolador em relação a saúde da população. O serviço de saúde era oriundo do período da ditadura militar e objetivavam a comercialização da saúde e não atendiam às necessidades da população. Destacando-se que neste período, pré-constituição de 1988, a saúde não era um direito de todos, mas somente aqueles que tinham Carteira de Trabalho assinada e pagavam o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) tinham direito à assistência médica. Assim, observou-se um grande crescimento dos serviços médicos privados, especialmente os hospitalares, que estavam concentrados nas grandes capitais. Estes serviços eram contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Já no início da década de 70, esse tipo de modelo de saúde se apresentava como concentrador da renda, não distribuindo benefícios sociais e deixando a população sem atenção à saúde, além do que a previdência já não era economicamente mais viável, pois começava a gastar mais que os benefícios que obtinha. Ao longo dos anos 70, surgiu um movimento de profissionais de saúde chamado de “reforma sanitária” que começaram a denunciar os efeitos do modelo assistencial e econômico sobre a saúde da população.

Apoiados pela abertura política que ocorreu no país e devido à pressão popular, este movimento não se restringiu apenas a denunciar, mas também propôs alternativas ao modelo vigente. Com a ampliação do movimento e adesão de políticos e sindicatos, houve, no ano de 1979, o I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, ocasião em que recebeu do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que representava este movimento sanitário, uma proposta de reformulação do sistema de saúde, que, na época, já se chamava de Sistema Único Descentralizado de Saúde. Esta propunha, além da democratização da sociedade, o direito universal à saúde, um sistema de saúde racional e público, descentralização da atenção em saúde, integração das ações curativas e preventivas, propondo ainda a participação da população.

Infelizmente, nesse momento, o interesse do Governo era outro, porém, devido à crise econômica que assolou o país nos anos 80, muitas das propostas aos poucos foram implementadas devido a pressão popular e crise econômica. O Governo tentou reorganizar o sistema de saúde através do chamado PREV-SAÚDE, que deveria integrar os Ministérios da Previdência e da Saúde, porém este nunca foi colocado em prática por conta dos movimentos de pressão da sociedade.

No intuito de sanear o déficit da previdência com o INAMPS, o Governo, em 1982, modifica a forma de pagamento, sendo não mais realizada por atos mas sim por diagnósticos. Assim, ao estabelecer convênios com os Estados e Municípios que possuíam sua estrutura de serviços em grande parte inativa, cria as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e a Ação Integrada em Saúde (AIS). A experiência positiva com as AIH foi imediata, baixando os custos de internação de forma drástica, porém por curto espaço de tempo. Conforme descreve Rodriguez Neto (1998), as AIS foram a primeira possibilidade das instituições públicas de saúde se conhecerem mutuamente, permitindo que fossem criadas Comissões Inter-Institucionais de Saúde, célula-mãe do que hoje conhecemos como Conselhos de Saúde.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, foi proposta a Reforma Sanitária, que tem como principais reivindicações: saúde deve ser entendida por um conjunto de condições de vida (acesso a emprego, salário justo, educação, boas condições de habitação e saneamento, transporte, boa alimentação, cultura, lazer, acesso ao sistema de saúde); saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Então, na Assembléia Nacional Constituinte, de 1987, o Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se lei, descrevendo a saúde como um direito de todos. Devemos entender que dentro de suas proposições o SUS é um sistema que integra os três níveis governamentais e pode ocorrer a contratação do setor privado conveniado. Outro ponto é o de estabelecer o

mesmo preceito em todo o país, além de proporcionar assistência a todos os cidadãos. A integralidade da pessoa deve ser respeitada e não ver o “paciente” como a mera junção de partes. A descentralização iniciada no início da década de 80, através do Programas de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), agora ganha força e municipaliza as decisões e ações em saúde que se refiram ao âmbito local, pois, quanto mais próximo do problema se está, melhor será a forma de solucioná-lo. Ainda prevê que os Estados participem através da organização que lhes compete, ficando a cargo do Governo Federal as ações nacionais.

Portanto, hoje, o Sistema Único de Saúde, aprovado em 1988, pela Assembléia Nacional Constituinte, faz parte do capítulo da Seguridade Social. Esta por sua vez é subdividida em Assistência Social, Seguridade Social e o próprio Sistema Único de Saúde.

O Governo demorou a implementar o SUS, e somente após a publicação da Norma Operacional Número 1, em 1993, é que se estabeleceu os procedimentos para a sua efetivação. O Decreto-Lei N. 8.080 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (LEI n. 8.080, 1990). Posteriormente o Decreto-Lei N. 8.142 remete sobre as normas e procedimentos para a descentralização das ações e serviços de saúde e sua viabilidade autônoma nas esferas municipais (LEI n. 8.142, 1990), possibilitando que esta descentralização fosse feita de forma gradual, a fim de que os municípios pudessem adaptar-se e tornarem-se autônomos na condução e gestão do Sistema Único de Saúde.

1.3 A FISIOTERAPIA NO SISTEMA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Por sua vez, a Prefeitura de Porto Alegre, no ano de 1983, estava em vias de aumentar o quadro de funcionários de servidores da saúde, ampliando-o com a entrada de outras profissões. Através de um empenho individual de um servidor público, construído junto aos vereadores e administradores públicos municipais, o cargo de fisioterapeuta foi criado. Este funcionário realizava na época o curso de fisioterapia do Instituto Porto Alegre, exercendo na Prefeitura um cargo de auxiliar administrativo. Percebendo a possibilidade de colocar o profissional de fisioterapia no quadro de funcionários da Prefeitura, devido a esta reformulação e incorporação de novas profissões da saúde, empenhou-se para mostrar a necessidade do fisioterapeuta dentro de um serviço municipal de saúde como o Hospital de Pronto Socorro.

No ano de 1986, ocorreu o primeiro concurso público para o cargo de fisioterapeuta na Prefeitura de Porto Alegre, seguido de mais dois concursos nos anos de 1992 e 2000. Atualmente, existem vinculados à Secretaria Municipal de Saúde 23 fisioterapeutas, distribuídos em cinco serviços que possuem diferentes níveis de complexidade: no Hospital de Pronto Socorro, há 5 fisioterapeutas; no Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes tem-se 9 fisioterapeutas distribuídos em 3 atividades distintas, de modo que 7 estão no ambulatório de fisioterapia, 1 no serviço de pronto atendimento e 1 no programa de redução de danos em HIV/AIDS (ADOTE); no Posto de Saúde do IAPI, há 1 fisioterapeuta; no Posto de Saúde Santa Marta tem-se 2 fisioterapeutas; no Hospital Presidente Vargas, 6 fisioterapeutas desenvolvem seus serviços.

Primeiramente os fisioterapeutas foram direcionados ao Hospital de Pronto Socorro para realizarem suas atividades propostas ao criar o cargo no serviço de saúde do município. Ao ser realizado o segundo concurso público, alguns fisioterapeutas ingressantes foram direcionados ao ambulatório do Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes. Ao chegarem ao ambulatório, depararam-se com uma estrutura ainda vinculada ao INAMPS, em que havia médicos reumatologistas prescrevendo tratamentos terapêuticos e auxiliares de fisioterapia realizando os atendimentos². Esta estrutura foi modificada durante a “construção” do Sistema Único de Saúde, principalmente pelo empenho dos fisioterapeutas em montar um serviço de reabilitação realizado por profissionais dessa área. Hoje, neste serviço, há somente um massoterapeuta, oriundo desse período, e fisioterapeutas realizando intervenção em saúde nesse ambulatório de fisioterapia.

1.4 OS CAMINHOS DA PESQUISA

Essa pesquisa tem como tema “a Fisioterapia no Sistema Único de Saúde”. Utilizando o campo de conhecimento da Antropologia do Corpo e da Saúde, visou a entender a forma de atuação e o papel do fisioterapeuta na promoção da integralidade no Sistema Único de Saúde na Prefeitura de Porto Alegre.

Por vezes pensamos que o simples aprendizado acadêmico é quem molda o sujeito perante suas práticas profissionais, o que nos leva à compreensão de uma prática profissional dualística em que se separa o conhecimento intelectual das vivências pessoais. Obviamente o

² O auxiliar de fisioterapia fez parte do processo de desenvolvimento da profissão de fisioterapeuta, descrito no capítulo 1, porém a experiência aqui descrita refere o trabalho realizado como auxiliar numa clínica de fisioterapia, diferentemente do que é permitido em clínicas de fisioterapia.

processo acadêmico é um aspecto importante na formação do fisioterapeuta, porém a compreensão de sua trajetória de vida pessoal e profissional também é fator incorporado no “etos” profissional. Desse modo, identificar as diferenças entre formação e trajetória de vida e como esses interferem nas relações e ações de profissionais de saúde da Prefeitura de Porto Alegre tornam-se fundamentais para se compreender os agentes do Sistema Único de Saúde e pensar as possíveis melhorias que se pode fazer.

A presente pesquisa privilegiou como técnica de coleta de dados a observação participante, associada como a realização de entrevistas semi-estruturadas (Roteiro de Entrevista em anexo). As entrevistas estão divididas em cinco categorias de modo a contemplar a trajetória de vida até o ingresso no serviço público; o papel do fisioterapeuta dentro do serviço e conseqüentemente sua relação com a equipe e principalmente com o usuário do Sistema Único de Saúde, as rotinas de trabalho e o significado de fazer parte de um serviço público de saúde. A análise de dados coletados tem como foco não apenas o conteúdo dos mesmos, mas também o contexto nos quais estes aparecem. A fim de dar conta do processo de formação dos fisioterapeutas, foram utilizados ainda com material de análise dados de fontes secundárias, tais como, planos de ensinos das Instituições de Ensino Superior, documentos produzidos pelo Conselho Federal e Regional de Fisioterapia (COFFITO e CREFITO, respectivamente) e observação de eventos da área, tais como, encontros de docentes e de coordenadores de cursos de fisioterapia e participação do Fórum Estadual de Formação e Assistência em Saúde promovido pela Universidade Franciscana de Santa Maria e CREFITO.

No intuito de garantir um procedimento ético do estudo, o projeto foi encaminhado para a avaliação pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde recebendo sua plena aprovação. Também foi solicitada autorização para a realização da observação em serviço aos responsáveis pelos serviços, bem com aos fisioterapeutas que foram observados. Nas entrevistas, foi utilizado o Termo de Consentimento Informado (em anexo).

A pesquisa teve por universo de investigação os serviços vinculados à Prefeitura Municipal de Porto Alegre que ofereçam atendimento de fisioterapia. Dentro desses serviços, privilegiaram-se os fisioterapeutas na medida em que é sobre suas práticas que o presente estudo se debruça.

Para viabilizar o estudo, foram destacados dentro deste universo dois serviços de fisioterapia de diferente complexidade. Os mesmos foram selecionados com o objetivo de compreender as diferentes práticas fisioterapêuticas que abranjam toda a variedade de ações

da profissão. Os locais escolhidos foram: o Ambulatório do Centro de Saúde da Vila dos Comercários (nível secundário) e o Hospital de Pronto Socorro. Após uma pesquisa exploratória em todos os locais, a seleção destes deu-se devido a possuírem maior número de fisioterapeutas trabalhando, a presença de estagiários com destaque para o Hospital de Pronto Socorro que é o único local da prefeitura que possui estágio pertencente à grade curricular e estagiários voluntários. Ambos estão situados em diferentes níveis de intervenção terapêutica, o que supre um dos objetivos do trabalho de verificar os vários tipos e níveis de intervenção terapêutica deste profissional. Estes locais são também os primeiros a terem o serviço de fisioterapia, inicialmente ocorrendo no Hospital e posteriormente no ambulatório. Os demais locais foram investigados na pesquisa exploratória.

O ambulatório situado dentro de um Centro de Saúde de nível secundário, possuindo especialidades para o atendimento das pessoas, de modo que a fisioterapia está localizada no primeiro andar, ao fundo do corredor, tendo como acesso as escadas ou uma rampa. Ao chegar no serviço de fisioterapia, há uma recepção e bancos no corredor para aguardar atendimento. Diretamente em frente a recepção, há uma das entradas para os boxes, onde se realiza a termo-foto e eletroterapia, assim como os turbilhões de hidroterapia. Ao lado da recepção, há dois consultórios em que são realizadas as avaliações fisioterapêuticas e o atendimento de massoterapia. Seguindo o corredor, ao término dos consultórios, encontramos a outra porta de acesso aos boxes e, quase em frente, há uma sala dividida em dois ambientes de uso exclusivo dos funcionários do serviço de fisioterapia com um pequeno escritório e uma sala de refeições. Mais adiante, no corredor, encontramos a entrada para a sala de cinesioterapia, onde são realizados os exercícios e manuseios dos pacientes. Nesta sala de cinesioterapia, também são realizadas algumas atividades em grupo. No final do corredor, encontramos uma sala onde são guardados materiais (orteses, aparelhos fora de uso, material de limpeza), dois banheiros, um de uso exclusivo dos funcionários do serviço de fisioterapia e outro para os pacientes e uma porta de acesso ao serviço utilizada somente pelos fisioterapeutas, funcionários e estagiários.

Buscando descrever o serviço de fisioterapia do Hospital de Pronto Socorro, caracterizado por possuir apenas uma sala de reunião e armazenamento de materiais de uso dos fisioterapeutas, enfatizarei os locais de maior circulação destes. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Traumatologia situada num andar distinto da sala dos fisioterapeutas possui em média doze leitos, em que, na maioria, os pacientes estão com monitoramento de muitos aparelhos, como, por exemplo, ventilador mecânico, bombas de infusão de

medicamentos ou dieta, controladores cardíacos, entre outros. No centro da sala, há o posto de atendimento onde ficam alocados os prontuários e a equipe de enfermagem. Em outro andar, há a UTI para paciente com acometimentos neurológicos, nesta sala, dividida ao meio pelo posto da enfermagem, há uma menor monitoração dos pacientes por aparelhos, apesar de, se necessário, estes estarem à disposição. Observei também a UTI para pacientes pediátricos, espaço este reformado recentemente, com capacidade para dez leitos. Em outros momentos estive presente aos atendimentos realizados nas enfermarias, nas quais os pacientes não necessitam de monitoramento com aparelhos, pois são considerados “estáveis”. Há, ainda, o setor de queimados, onde os doze leitos disponíveis são destinados a pacientes que sofreram queimaduras corporais, porém neste setor os leitos são separados uns dos outros por paredes de vidro, com o objetivo de diminuir as infecções. No centro deste setor, esta localizada o posto de enfermagem.

As situações que observei foram as mais variadas possíveis, por vezes acompanhei as avaliações realizadas no ambulatório, em outros momentos estive presente nas pequenas pausas realizadas para tomarem café, na minha livre circulação aos atendimentos na sala de cinesioterapia e termo-foto-eletroterapia. Ainda posso referir os momentos de descontração ao chegarem ou saírem do serviço, assim como no hospital, foi-me possibilitado observar todas as atividades que os fisioterapeutas realizaram. Também presenciei alguns momentos de discussão de casos, instruções e orientações aos estagiários.

Realizar uma pesquisa de campo pode parecer fácil para alguns, porém, para um pesquisador com pouca experiência com eu, esta tarefa torna-se árdua. Primeiramente pela proximidade que tinha com meu objeto de pesquisa, afinal também sou fisioterapeuta e, muitas vezes isto causou dificuldade para compreender os significados atribuídos a determinadas situações. Por outro lado, o fato de ser fisioterapeuta aproximou-me em muito do grupo pesquisado, pois, para muitos, apesar de estar realizando a observação participante, era visto como um colega com “funções diferentes”.

Parece contraditório este tipo de análise, mas justifico mostrando que ao realizar o projeto de pesquisa, aproximei-me de várias pessoas fisioterapeutas do serviço de saúde. Inicialmente usei como informante-chave uma fisioterapeuta, com quem já tinha uma relação de proximidade uma vez que ela tinha sido minha professora e orientadora durante a graduação e posteriormente na especialização em Pedagogias do Corpo e da Saúde. Ao entrevistá-la, procurei estabelecer contatos com outros profissionais que poderiam auxiliar na minha inserção em campo, tais como, a coordenadora do ambulatório de fisioterapia do Centro de Saúde Vila dos Comerciários e o fisioterapeuta que trabalhou para a criação do

cargo de fisioterapeuta no serviço de saúde da Prefeitura de Porto Alegre e membro da equipe do Hospital de Pronto Socorro. Ao entrevistar essas pessoas percebi que estava diante da própria história do serviço de fisioterapia da Prefeitura.

Com as informações desses, os que se autodenominavam de fisioterapeutas “jurássicos”, busquei me aparelhar para realizar a pesquisa de campo exploratória que resultaria na escolha dos locais em que realizaria a observação participante.

Ao iniciar a pesquisa, procurei sempre me destacar como pesquisador e não como fisioterapeuta, como se fosse possível me desvincular desta identidade. O curioso é que isso suscitou em muitas pessoas alguns comentários, como “tu vai ficar só olhando”, “não vai colocar a mão na massa”, entre outros. Creio que este tipo de fala só reforça a idéia de que o fisioterapeuta se constitui como um profissional de saúde apenas no “fazer terapêutico”. O não manusear o paciente é entendido por alguns como não trabalho e, que nos casos de diálogo entre, por exemplo, um paciente e um terapeuta, este deve ser sempre com objetivos técnicos de reabilitação.

No intuito de buscar compreender o que é feito pelos fisioterapeutas, por muitas vezes fui questionado sobre meus apontamentos, que de alguma forma geravam uma curiosidade muito grande, não apenas nos fisioterapeutas, estagiários e funcionário da recepção e limpeza, mas também nos próprios usuários. Alguns se sentiam como se meus apontamentos fossem uma censura, porém procurei sempre deixar claro que me interessavam mais as relações entre as pessoas que as técnicas em si. Provavelmente, isto levou a incompreensões de minha pesquisa. Pois, de uma forma geral, os fisioterapeutas e estagiários entendem fisioterapia como um mero processo de reabilitação e não visualizam que esta também é envolvida por questionamentos teóricos, ou então, que estas ações de reflexão não são oriundas da fisioterapia.

Em muitos momentos, fui questionado pelos fisioterapeutas sobre minha pesquisa, pois a fisioterapeuta Cristina e três estagiários referiram estarem muito curiosos sobre o que eu escrevia tanto em meu bloco de notas, referindo isso com certo tom de brincadeira. Questiono-me se minha presença era desafiadora ou questionadora das ações de saúde destes locais. Este tipo de comentário também foi evidenciado ao observar o trabalho no Hospital de Pronto Socorro.

Este tipo de incompreensão de minha pesquisa demonstra uma forma de pensar, como discutido anteriormente, em que a racionalidade que os fisioterapeutas estão inseridos é alicerçada nas ações técnicas de intervenção, com finalidade de reabilitar as funções cinéticas

dos pacientes³. No caso da fisioterapeuta Márcia, ela fazia alusão ao programa veiculado na televisão, chamado de Big Brother Brasil, em que pessoas ficam restritas a um ambiente, mas são observadas constantemente através de câmeras. Devo ressaltar que minha intenção nunca foi constranger ninguém e que, no processo de negociação com a fisioterapeuta, sempre que ela sentisse ou que eu percebesse esse tipo de constrangimento me afastaria. Em um dado momento da pesquisa, creio que após a entrevista com a Márcia, esse tipo de situação não ocorreu mais, permitindo que participasse mais dos momentos terapêuticos.

Curioso foi que mesmo após explicar por inúmeras vezes minha pesquisa aos fisioterapeutas e estagiários, no dia em que houve a paralisação dos municipais e concomitantemente a falta de luz no serviço, a fisioterapeuta Flávia pediu-me para auxiliar no atendimento de uma paciente, realizando os manuseios que lhe eram necessários. Neste momento, mesmo que meu objetivo não fosse de intervenção terapêutica, percebi que a negociação da minha participação no serviço fazia-se necessária. Curioso foi ter observado a expressão dos estagiários, ao me verem manuseando, como se fosse uma surpresa eu também saber realizar técnicas de fisioterapia.

Na negociação dentro do Hospital, o máximo que auxiliiei foi ajudar, em algum momento, no processo de aspiração das secreções pulmonares segurando algum objeto, em geral, o soro para estilar no tubo do paciente.

Apesar do ambiente do hospital não proporcionar tal contato com os fisioterapeutas e estagiárias, neste local as pessoas sentiram-se menos constrangidas pela minha presença, de modo que muitas estagiárias, em especial a fisioterapeuta Jane, constantemente buscavam algum tipo de informação que eu pudesse disponibilizar. No caso, das estagiárias, eram preconizados os aspectos da metodologia da pesquisa, já que muitas estavam no processo de conclusão de curso e deveriam realizar uma monografia. Por sua vez, a fisioterapeuta tinha interesse em saber quais os “caminhos” para ingressar no mestrado e de que fora ela poderia consegui-lo.

Sendo assim, ao realizar minha inserção em campo, vislumbrei as dificuldades de realizar um trabalho de campo pela perspectiva antropológica, mas que possibilita um entendimento de quem são os sujeitos, seu modo de pensar e agir frente ao processo de saúde/doença das pessoas.

³ Reabilitação cinético-funcional é a recuperação de uma habilidade perdida durante o processo de adoecimento, ou mesmo nunca existente. Esta visa à aquisição de melhora das habilidades corporais, sejam na marcha, na higiene pessoal - como o escovar dos dentes - ou ainda na alimentação diária, buscando-se a independência do sujeito frente as suas atividades de vida diária.

CAPÍTULO 2 – O SERVIÇO PÚBLICO COMO UM PROJETO FAMILIAR

Este capítulo aborda a hipótese de que as pessoas, a partir de sua posição social, desenvolvem uma trajetória social, vinculada ao grupo de pertencimento social, que em geral é a família. Esta por sua vez possui valores que são passados aos membros do grupo, definindo os caminhos que os sujeitos podem percorrer. Na busca pela melhora da condição social de vida, há um contato com novos valores, adquirido pelo sujeito no processo de escolarização, percurso este desejado e incentivado pelo grupo familiar. Devido à escolarização, novas possibilidades de trabalho são abertas, como o serviço público, o qual não se apresenta como uma mudança de rumo em relação ao projeto familiar, mas sim, uma nova fase da vida do sujeito que deve, de alguma forma, retribuir ao grupo essa nova posição social adquirida. Devemos ainda ter em mente que nesta reciprocidade podem ocorrer conflitos entre as gerações, principalmente devido à mudança de valores adquiridos nas diversas experiências sociais e que não necessariamente possibilitaram a reprodução dos valores familiares, gerando conflito nas questões de reciprocidade dentro da perspectiva familiar.

Uma questão interessante e polêmica é verificar até que ponto as trajetórias de vida das pessoas são influenciadas pela participação em um estilo de vida e em uma visão de mundo, com graus de especificidade diversos, de modo a implicar uma adesão ao “projeto familiar”, que é um dos elementos sociais de definição dos *scripts* pessoais (BOURDIEU, 2004b). Quando pensamos em sujeitos sociais, devemos ter sempre em mente a relação destes

a um mundo que os cerca, o qual é construído socialmente e conseqüentemente os molda como pessoas.

As falas dos fisioterapeutas remetem à escolha da fisioterapia como conseqüência de um “preparo para a vida” a partir da posição familiar, de modo que a busca pela formação superior é apresentada como uma possibilidade imanente de sustentabilidade.

Este entendimento do sujeito no mundo é importante para compreendermos que as escolhas não são tão livres e que os indivíduos estão “presos” a valores de um grupo maior, mesmo que esse grupo seja apenas um dentre diversos de uma sociedade, como a família. Por isso que compreender as trajetórias de vida e quais escolhas leva as pessoas à fisioterapia e posteriormente a atuarem dentro de um serviço público torna-se relevante no entendimento de como esse profissional de saúde é constituído para realizar suas práticas em saúde.

2.1 AS POSIÇÕES SOCIAIS

A posição social das pessoas do grupo estudado não deve ser pensada como estática mas sujeita a uma certa mobilidade. A posição social reflete à estrutura da sociedade, que pode ser entendida da forma pela qual as pessoas reproduzem historicamente, a partir da relação familiar, os valores de determinada sociedade de forma a produzir categorias sociais distintas. Os fatores determinantes de enquadramento destas categorias são atribuídos pelas características econômicas, sociais e culturais apresentadas pelos sujeitos (BOURDIEU, 1983). Entender como as pessoas demonstram seus pontos de vista dos fatos históricos, mesmo que sejam pessoais, é construído a partir da significação dada aos acontecimentos pelas outras pessoas, ou como diria Durkheim (2000), pela “coerção social do indivíduo”. Mesmo que a interpretação dos fatos seja pensada de forma individual, é na coletividade que ela ganha seu significado e a partir dessas biografias se criam “mundos sociais específicos, aos quais estão ligados sistemas de significados específicos” (BERGER, 1976, p.74).

Historicamente, a posição social da fisioterapia é apresentada como hierarquicamente inferior em relação a algum tipo de chefia, esta posição apresentada no capítulo - 1 através do desenvolvimento histórico da profissão, agora associado ao processo pessoal a que os sujeitos estão submetidos, vem ao encontro da idéia de que as pessoas são influenciadas pelo grupo ao qual pertence.

Ao falar sobre suas famílias, as narrativas dos entrevistados mostram que essas são pertencentes ao que poderíamos chamar aqui de camadas baixa e média. Um exemplo é o

caso de Jane⁴ que refere que seus pais não possuíam o primeiro grau completo, tendo o pai trabalhado como chapeador de carro e a mãe como dona de casa. Evidenciado pela narração da condição sócio-econômica proporcionada pela renda familiar, na qual ela e seu irmão “não chegaram a passar fome”, mas não tinham uma condição econômica que proporcionasse “algum tipo de luxo”. Ela ainda destaca outro ponto importante ao lembrar das palavras que seus pais lhe diziam: “não temos bens, não somos pessoas de dinheiro” e o “legado que temos para dar para vocês, que nós não conseguimos ter é educação, assim vocês vão conseguir chegar mais à frente.”.

A condição econômica das pessoas estudadas é destacada por serem oriundas de segmentos médios e baixos, evidenciado pelas ocupações dos pais que, em sua grade maioria, são trabalhadores assalariados e as mães são donas de casa, como mostra o quadro - 1.

NOME	PAI		MÃE	
	Escolaridade	Ocupação	Escolaridade	Ocupação
Flávia	Ensino Fundamental completo	Gerente de manutenção elétrica de uma Cooperativa	Ensino Fundamental completo	Do Lar
Denise	Ensino Superior completo	Médico Clínico Geral	Ensino Médio completo	Do Lar
Cristina	Ensino Médio completo	Reparo de Máquinas grandes	Ensino Fundamental incompleto (4ª. Série)	Do Lar
Margarete	Ensino Médio completo	Mecânico (falecido)	Ensino Fundamental incompleto	Do Lar
Márcia	Ensino Superior completo	Gerente Financeiro	Ensino Fundamental incompleto (4ª. Série)	Do Lar
Jane	Ensino Fundamental completo	Pintor de carro	Ensino Fundamental completo	Do Lar
Artur	Ensino Médio completo	Comerciante	Ensino Médio incompleto	Do Lar
Lídia	Ensino Médio incompleto	Gerente de Banco (falecido)	Ensino Superior completo	Bioquímica e Historia Natural
Rúbia	Ensino Fundamental incompleto (4ª. Série)	Trabalha com Comércio e extração de calcário	Ensino Fundamental incompleto	Do Lar
Maristela	Ensino Fundamental completo	Supervisor de Supermercado (falecido)	Ensino Médio incompleto	Do Lar
Fernanda	Ensino Superior completo	Graduado em Economia, trabalhou como Coronel da Brigada Militar	Ensino Fundamental incompleto	Do Lar

QUADRO - 1

Muitos dos informantes começaram a trabalhar muito antes da colação de grau como uma estratégia para diminuir os custos familiares. Como o caso de Margarete que trabalhava

⁴ A discussão ética sobre o sigilo das identidades dos informantes é orientada nessa pesquisa, com o intuito de preservar as pessoas, de modo que, os sujeitos não serão identificados com seus nomes reais mas sim fictícios. Mesmo se houver a necessidade de referenciá-los em relação a algum cargo público que ocupem, enfatizando-se assim, não a pessoa, mas seu posto.

não para trazer dinheiro para casa, ou seja, ajudar no sustento da família, mas de um modo indireto ela não retirava mais dinheiro dos pais para comprar coisas para si ou lhe proporcionar algum tipo de custo com diversão.

É evidente que o sustento do lar, na maioria das vezes, é uma atribuição masculina. Todas as mães trabalham exclusivamente como dona de casa, possuindo o pai o papel de provedor. A única exceção é a mãe de Lídia, que, conforme narrado em uma conversa informal, casou-se com seu pai para o desagrado de seu avô materno, pois este acreditava que a diferença social e cultural seria algo que inviabilizaria em algum momento esta relação. O pai não possuía o ensino médio completo em detrimento da formação superior da mãe, além de que o pai vinha de uma família com menos posses que a de sua mãe. Os demais fisioterapeutas possuem uma estrutura familiar diferente, com o pai além de ser o que trabalha fora possui uma escolaridade melhor que a da mãe.

Dos informantes, apenas quatro apresentam pai ou mãe possuindo curso superior, sendo um dos pais formado em administração (Gerente Administrativo), outro formado em economia e o outro formado em medicina, e a única mãe que possui graduação, formada em Bioquímica e História Natural. Evidencia-se o fato da maioria dos pais dos fisioterapeutas entrevistados não possuírem ensino médio completo e alguns apresentam como escolaridade a 4^A série do ensino fundamental.

A conquista de um diploma de nível superior por parte dos filhos, representa uma ascensão na condição da família. Segundo Bourdieu (2004b), a educação é apresentada como um valor característico e possibilitador de ascensão social. Este valor adquirido e reproduzido pelas pessoas, é demonstrado pelas camadas médias da população de uma forma geral, de modo a orientar as condutas e os pensamentos, proporcionando tomadas de caminhos não tão inocentes quanto se possa pensar nas escolhas dos sujeitos. Por exemplo, na escolha profissional, que segundo Lígia, cuja mãe tem formação superior, “a faculdade era uma obrigação.” Ou ainda Rúbia, cujos pais não possuem o ensino médio completo, mas o caminho apontado era a educação, porém não necessariamente a formação superior. Evidencia-se nesse caso a busca pelo estudo como uma condição de ascender socialmente, noção passada aos filhos pelos pais.

Essa idéia de que o estudo ajuda a melhorar a condição social do grupo é expressa de forma indireta pelos informantes, apesar de não colocarem explicitamente a questão de buscar o terceiro grau como uma forma de “subir na vida”, este é destacado como possibilitador da melhora social. O desejo de ascender socialmente é internalizado pela família e transmitido aos descendentes através da valorização da escolarização.

A noção de “trajeto social”, discutida por Bourdieu (2004b), evidencia a possibilidade de mobilidade social. Um elemento possibilitador desta mobilidade é a educação. Mesmo os pais possuindo em sua grande maioria baixa escolaridade, a educação escolar é sempre reconhecida como de grande importância e impulsionadora da ascensão social.

Há um investimento, uma maior valorização pela formação na área da saúde, por este se constituir socialmente como um campo do conhecimento possuidor de um capital social mais eminente. Mas a formação na área da saúde, no caso das mulheres, só é alcançada se anteriormente houve algum outro filho que já ingressou no ensino superior. Em sua maioria os irmãos e as irmãs mais velhos que os informantes buscam estabelecer uma profissão mais de acordo com a expectativa do grupo social, de modo que os homens mais velhos buscam a área das exatas, as mulheres a pedagogia, exceção feita à irmã mais velha de Maristela que é formada em Fonoaudiologia.

Procurei até o momento mostrar a posição social à qual os sujeitos pertenciam dentro de seus respectivos contextos familiares, para assim demonstrar o valor da educação como algo perpassado por todas as famílias do grupo estudado. Este valor é refletido independentemente do grau de formação educacional que os pais possuam, demonstrado por Bourdieu (2004b) como uma noção típica de camadas médias.

2.2 A ESCOLARIZAÇÃO COMO UM PROJETO FAMILIAR

A família aparece desempenhando um papel fundamental na escolha de fazer uma formação acadêmica. A variabilidade de como isso foi colocado mostra-se na forma como Jane refere ao relatar a influência dos pais sobre sua decisão: “não tinha uma cobrança do tipo – “se tu não estudar tu não vai ser nada” – mas havia sempre o incentivo.” Isso é demonstrado quando os pais, mesmo com condições financeiras precárias, faziam o possível para que os filhos concluíssem no mínimo o ensino médio.

Bourdieu refere que a família investe na prole, com a idéia de “perpetuar seu ser social, com todos os seus poderes e privilégios, que é a base das estratégias de reprodução de fecundidade, estratégias matrimoniais, estratégias de herança, estratégias econômicas e, por fim, estratégias educativas” (1996, p.35). Isso é verificável na fala de Márcia quando afirma que o terceiro grau “não era um incentivo, era praticamente uma obrigação.” Porém esta informante refere não corresponder completamente às expectativas familiares, quando relata que o pai, após saber que ela havia ingressado no terceiro grau através da aprovação no vestibular, coloca a idéia de que “poderia ter sido melhor”, em detrimento à vontade de que o

vestibular fosse para medicina e não para fisioterapia. Tentando contextualizar essa expectativa, é de se entender o capital social que o *status* de médica poderia trazer não só para Márcia, mas para toda a família, ainda mais se pensarmos que ela ingressou na faculdade em torno de 1986, onde a profissão de fisioterapeuta era bastante desconhecida. Além do que Márcia possui uma irmã mais velha que é formada em educação física, e a expectativa era de que a segunda filha alcançasse uma posição melhor dentro do mercado das profissões, ou seja, superior a de sua irmã que é professora. Isso demonstra como o processo educacional pode fazer parte de um projeto familiar de melhoria das condições de vida, principalmente das mulheres, já que a mãe de Márcia é do lar e não possui educação superior.

Acredito ser esclarecedor situar os sujeitos dentro da prole, deste modo no quadro - 2 evidencio a posição de nascimento das pessoas, sua escolarização e ocupação.

NOME	Sua posição na prole	Escolaridade dos irmãos	Ocupação dos irmãos
Flávia	2ª. filha de dois	1º. irmão Ensino Superior completo	1º. irmão é professor de Física e vice-diretor de escola estadual
Denise	4ª. filha de quatro	1º. irmão ensino Superior completo 2º. irmão Ensino Superior completo 3º. irmão Ensino Superior completo	1º. irmão é Professor de História 2º. irmão é Médico Anestesiologista 3º. irmão é Zootecnista
Cristina	2ª. filha de dois	1º. irmão Ensino Superior completo 2º. irmão Ensino Superior incompleto (3 anos do curso de Engenharia Mecânica)	1º. irmão é Professor de Educação Física 2º. irmão trabalha com o pai na construção e manutenção de máquinas pesadas.
Margarete	2ª. filha de cinco	1º. irmão Ensino Médio incompleto 2ª. irmã Ensino Superior completo 4ª. irmã Ensino Médio completo 5º. irmão Ensino Superior incompleto (cursando Administração de Empresas)	1ª. irmão é Mecânico 2ª. irmã é Enfermeira 4ª. irmã é Auxiliar Administrativo 5º. Irmão é Bancário
Márcia	2ª. filha de dois	1ª. irmã Ensino Superior completo	1ª. irmã é Professora de Educação Física
Jane	3ª. filha de três	1º. irmão Ensino Superior completo 2º. irmão Ensino Superior completo	1º. irmão é Administrador 2º. irmão é Professor de Física na UFRGS
Artur	2º. filho de dois	1º. irmão Ensino Médio completo	1º. irmão concursado no INSS
Lídia	8ª. filha de oito	1ª. irmã Ensino Superior completo 2ª. irmã Ensino Superior completo 3ª. irmã Ensino Superior completo 4ª. irmã Ensino Superior completo 5ª. irmã Ensino Superior completo 6ª. irmã Ensino Superior completo 7º. irmão Ensino Superior completo	1ª. irmã é Formada em Letras e Biblioteconomia 2ª. irmã é Matemática 3ª. irmã é Farmacêutica e Bioquímica 4ª. irmã é Engenheira Química 5ª. irmã é Enfermeira 6ª. irmã é Odontóloga 7º. irmão é Analista de Sistemas
Rúbia	2ª. filha de dois	1º irmão com Ensino Superior completo	1º irmão é Administrador de Empresas trabalha no setor administrativo de em Fábrica
Maristela	2ª. filha de três	1ª. irmã Ensino Superior completo 2º. irmão Ensino Superior completo	1ª. irmã é Fonoaudióloga 2º. irmão trabalha com Robótica
Fernanda	filha única	-----	-----

QUADRO 2

Em oposição à Márcia, Lídia busca a escolha do curso de fisioterapia, após a primeira tentativa para medicina, recebendo influência de seu primo, que morava com a família e tendo o apoio da mãe, uma vez que seu pai já era falecido. A mãe de Lídia investiu para que todos os oito filhos tivessem curso superior, pois este era visto como um valor evidente que proporcionaria a sustentabilidade econômica da família.

Destacar que a educação também é um modo de “controle” moral dos sujeitos é evidenciar o projeto familiar a que estão submetidos. É o caso relatado por Lídia, visto que sua mãe via na educação uma forma de controle das atitudes morais, pois seus filhos não se tornariam “vagabundos ou maconheiros”, posições estas reveladoras de desprestígio moral.

Os irmãos dos informantes em sua grande maioria alcançam à formação superior; porém um dos irmãos de Cristina optou por não concluir o terceiro grau e trabalha atualmente com o pai na montagem e manutenção de maquinário para indústria pesada e o irmão de Artur não realizou vestibular, mas sim, concurso público para o INSS, fazendo carreira nesta instituição.

Desse modo, a escolarização é entendida como possibilitadora da ascensão social dos sujeitos e conseqüentemente da própria família, fazendo parte de um projeto coletivo, desenvolvido de modo individual pelos sujeitos do grupo. Mesmo os que não estão inseridos na formação superior, estão de alguma forma colocados em posições de trabalho que são entendidas pelo grupo como locais de estabilidade econômica, como o caso dos irmãos de Artur e de Cristina.

Os mecanismos tradicionais de controle familiar parecem ter muito peso diante de situações novas. Cristina não apresenta um direcionamento de escolha profissional na sua narrativa, mas evidencia em outros momentos o valor educação, pois afirma que “temos que sempre continuar estudando” e que “não dá pra ficar parado” quando se refere à necessidade de uma educação permanente na sua formação profissional, demonstrado no momento de vida pelo processo de conclusão de seu mestrado.

2.3 ESCOLARIZAÇÃO POSSIBILITADORA DE NOVOS VALORES

A relação entre a escolha pela fisioterapia e o caminho percorrido pelas pessoas até o serviço público é evidenciado através de suas trajetórias familiares. Percurso este que reflete suas idéias onde a inserção do grupo familiar é um elemento da estrutura social.

Ao buscar a escolarização como um caminho para a ascensão social, essas pessoas entram em contato com conhecimentos que são perpassados por novos valores. Há a idéia de

que a educação possibilita uma igualdade de posições entre os sujeitos masculinos e femininos, uma vez que eles adquirem condições de ascensão social idêntica. Apesar da sociedade brasileira estar baseada numa organização hierárquica, os valores escolares produzem a possibilidade da igualdade, de modo a passarem a noção de que com a educação as pessoas podem, num movimento individual, almejar qualquer objetivo em sua vida.

Quando observamos que as mulheres entrevistadas alcançaram o terceiro grau, a reprodução da estrutura familiar dos pais onde a mulher além de possuir escolaridade inferior não trabalha fora não é mais possível. Nesse sentido, é interessante notar que, em dois casos, as informantes são quem possuem o grau de escolaridade maior em relação a seus respectivos maridos, estando uma delas concluindo seu mestrado e o marido ainda com o desejo de realizar o ensino de terceiro grau. Esta biografia, em particular, é contada de modo que Cristina está em posição de compartilhar o provimento do lar, posição esta alcançada com a entrada no serviço público.

A possibilidade de inversão do modelo de hierarquia de gênero da família de origem, particularmente no que se refere à escolaridade, aproxima as entrevistadas dos valores da sociedade moderna. Entretanto, como demonstra Salem (1989) o igualitarismo entre os sexos é questionado por ocasião do nascimento de um filho, situação na qual o homem volta a assumir sua posição tradicional de provedor e a mulher de mãe e do lar. Margarete, outra entrevistada, também tem uma trajetória pessoal parecida, sendo que ela, por sua vez, “abre mão” de qualquer tipo de formação posterior à faculdade para “ficar mais próxima” de seu filho. Apesar de as informantes retomarem seus postos de trabalho posterior ao afastamento proporcionado pelo evento do nascimento dos filhos, elas assumem um papel dúbio que oscila entre a sustentabilidade do lar e a função tradicional de educar os filhos. Porém, apesar de não ter “investido” mais profundamente na carreira profissional, Margarete demonstra o desejo de “algum dia” dar continuidade a seus estudos. Possivelmente a vontade de continuar estudando seja ainda um reflexo dos valores familiares de melhorar sua condição social, além do que o profissional do serviço público possui algumas vantagens financeiras na aquisição de formações complementares.

Segundo Berger (1976, p. 64), os acontecimentos dessas trajetórias biográficas são destacados, em lugar de outros, pelo “momento crítico” que eles representam para os sujeitos. Situações as quais podem ser re-significadas no momento em que se conta a história ou pelo simples fato da necessidade de se completar ou dar fluidez à narrativa. “À medida que nos lembramos do passado, o reconstruímos de acordo com nossas idéias atuais sobre o que é e o que não é importante” (BERGER, 1976, p. 65).

A busca por aperfeiçoamento profissional reproduz a noção de melhora social almejada através da busca pela faculdade, pois os sujeitos ao entrarem no mercado de trabalho concorrem agora com outros sujeitos que possuem no mínimo a mesma escolaridade. Evidencia-se a educação como ponto de partida na busca de um caminho que venha a melhorar a condição social do grupo.

A melhora da qualidade social expressa um valor moral que independe da escolarização dos pais, visto que os pais de Margarete não possuíam o ensino fundamental completo. Por sua vez, para Lídia, que possui mãe com formação superior, sempre teve evidenciado, por sua mãe, após o falecimento de seu pai quando tinha 13 anos, que “filho meu não vai ser *vagabundo* ou *maconheiro*, filho meu vai estudar para ser alguém na vida”⁵. Esse estudar passava necessariamente pela universidade, mas ao referir que seus dois filhos hoje jogam futebol e se destacam dentro desta modalidade desportiva, Lídia menciona que se eles forem bons prefere que sigam a carreira esportiva e depois completem seus estudos. Afinal ela destaca, “quem ganha como fisioterapeuta o que um jogador de futebol ganha?” Apesar de referir a importância da educação, mesmo que postergada pela carreira desportiva, ela apresenta uma noção de capital econômico destacado pelo que em nossa sociedade os “grandes” jogadores de futebol ilusoriamente demonstram com seus salários milionários apresentados constantemente nos noticiários. Deste modo, apresentando uma mudança no valor atribuído a educação, muito em decorrência da “decepção” com sua própria escolarização que não garante mais uma ascensão social. Levanto também a hipótese de que essa situação é permitida por se tratarem de filhos homens e apesar de não demonstrarem situação que comprovem ou contradigam minha argumentação, questiono se o mesmo seria aceito caso se tratasse de filhas mulheres, as quais no mundo esportivo, assim como no mundo do trabalho, possuem remuneração inferior à dada aos homens. Além de uma situação assim estar em desacordo com o que é normalmente planejado dentro da família como percurso social a ser percorrido para as mulheres.

2.4 O SERVIÇO PÚBLICO COMO ESTRATÉGIA DE ASCENÇÃO SOCIAL

Os valores familiares interferem nas escolhas das pessoas, já evidenciados na busca pela formação superior, caminhos que refletem além da melhora de vida a manutenção desse lugar. A estabilidade econômica é evidenciada como uma necessidade, uma vez que ser

⁵ Grifo meu, objetivando destacar o valor moral atribuído aos sujeitos que não estudam sendo vistos como desocupados.

profissional liberal em um país como o Brasil, com economia não solidificada, é difícil. O serviço público proporciona se não uma grande melhora do padrão de vida, uma estabilidade econômica grande por possibilitar uma série de vantagens, como remuneração “garantida”, apesar de apresentar-se deficitária, em detrimento da instabilidade econômica do profissional autônomo; estabilidade no emprego; *status* social; aposentadoria diferencial.

O ingresso no serviço público aparece diretamente vinculado às expectativas familiares e a valorização da estabilidade, mesmo que esta muitas vezes implique ganhos financeiros menores. A possibilidade de conjugar uma profissão liberal com um posto público parece ser o ideal das famílias e dos próprios entrevistados. Ideal que é possibilitado por possuírem formação superior, sendo esta uma das exigências do concurso público para o cargo de fisioterapeuta.

Na reflexão do aporte econômico proporcionado aos informantes pelo serviço público, destaco o processo que os levaram a alcançarem o *status* de municipais. Ao observar que todos os entrevistados tiveram um apoio familiar muito grande na preparação para o processo seletivo que possibilitou o ingresso no serviço público, esse “desejo familiar” é demonstrado de uma forma mais unificada. Todos tiveram pouco tempo de prática profissional até a escolha pelo concurso público. Por exemplo, Jane que colou grau em 1991 e no ano seguinte realizou o concurso. O que normalmente varia é o tempo de ingresso após a aprovação, onde alguns entraram diretamente após e outros, como Cristina, que realizou a prova em 2000 e teve seu ingresso, ao ser “chamada” em 2003, perfazendo um tempo de aproximadamente três anos entre a aprovação e sua efetivação.

Destaco ainda o grande investimento destinado à preparação para o cargo público, sendo que a entrevistada que estudou por menor período foi Margarete, perfazendo um tempo de dois meses, 8-9 horas por dia. Nessa construção de suas aprovações todos tinham um grande apoio de suas famílias, pois, como destaca Márcia, o emprego público trazia à família a percepção de que ela estaria com a sua sustentabilidade econômica garantida, uma “sensação de conforto”. A estabilidade também é reconhecida por Artur, mas destaca a defasagem salarial que vem se aprofundando, principalmente após a retirada, em abril de 2003, das reposições pelo IGPM⁶ que os municipais recebiam.

Acredito ser necessário realizar uma pequena contextualização, pois o cargo de fisioterapeuta do município foi criado em 1983 de modo que o primeiro concurso público foi

⁶ Os municipais possuíam até abril de 2003 uma reposição salarial baseada no Índice Geral de Preços do Mercado (IGPM) que incorporava bimestralmente ao salário os desgastes econômicos sofridos em decorrência da inflação do período.

realizado em 1986. Neste apenas Artur já era funcionário público, sendo escriturário da própria prefeitura da capital. Interessante refletir que nenhum dos demais informantes possuía o serviço público como objetivo de trabalho, mesmo assim, valorizavam a possibilidade da estabilidade econômica, numa incorporação dos valores familiares. É assim que na fala de Márcia, mesmo com as perdas salariais a que os funcionários públicos estão sujeitos, há ainda a valorização da estabilidade referida pelos informantes que afirmam que muitos amigos sempre perguntam quando haverá um novo concurso público, demonstrando a valorização desse trabalho para além da condição econômica.

Bourdieu (2004a) destaca que o serviço público, assim com o valor educação, é visto pelas “camadas baixas da pequena burguesia” como uma “tendência ao formalismo ou o extremo rigor da relação com o regulamento” conferido pela organização burocrática atribuída a este tipo de serviço. Associado a esse valor do serviço público há a busca da ascensão social, já iniciada no processo educacional proporcionado pela graduação. Esta rigidez de valores corresponde e se reflete na incorporação dos valores familiares a que os sujeitos estão submetidos.

2.5 A NECESSIDADE DA RECIPROCIDADE

Já discutimos sobre a condição de incentivo familiar ao estudo, que é incorporado e posteriormente modificado pelos informantes. Neste momento buscarei desenvolver as idéias de como e porque isso acontece. Um projeto coletivo não é vivido de modo totalmente homogêneo pelos indivíduos que o compartilham. Existem diferenças de interpretação devido a particularidades de *status*, trajetória e, no caso de uma família, de gênero e geração (VELHO, 2003).

Devido às possibilidades proporcionadas pela família às pessoas, especialmente no que se refere à conclusão do ensino superior, há uma necessidade de se retribuir ao grupo familiar os investimentos disponibilizados. Este retorno ao grupo pode ser expresso de várias maneiras. Para Jane o projeto familiar de sustentabilidade e melhora da condição social, aconteceu, uma vez que hoje ajuda os pais financeiramente, seja pagando um seguro saúde privado, seja ajudando a mapear os problemas que os acometem. Destaca-se, porém a idéia de que seu projeto pessoal de melhora da condição social passa pela universidade, diferente de sua mãe que possui escolaridade até a 4ª. série do ensino fundamental, mas acredito que esse projeto pessoal seja mais o reflexo dos valores familiares de ascensão social.

A profissão de fisioterapeuta é vista pelas famílias não apenas como um emprego, talvez me atreva a dizer que há uma noção mais social de que quem cuida da saúde dos outros é um sujeito diferenciado, pois possui um entendimento sobre assuntos que, conforme Cristina, “um leigo não entende”. Na sua narrativa ela afirma que realiza os cuidados com saúde dos pais, da mesma forma que Márcia é procurada por sua família para cuidar da saúde, onde a família não se restringe a uma união conjugal, visto que tem relação com toda uma parentela.

Ao pensarmos que em grande parte os informantes por serem hoje profissionais de saúde estão em graus variados incumbidos do cuidado da saúde da família, demonstra a presença daquilo que Mauss (2003) chama do dever da reciprocidade. Esta aparece ao retornarem à família o “investimento” feito através do incentivo e, conforme a condição econômica familiar, o suporte financeiro no processo de formação educacional.

Para a maioria dos informantes, há um processo de disputa de poder pois eles, ao buscarem o cuidado da saúde de seus familiares, não conseguem por vezes alcançar a orientação desejada, mais pela confusão que acontece entre suas identidades de mãe/pai ou filhos em detrimento a de serem profissionais de saúde. Em alguns casos há a busca constante por orientação, como ocorre com Márcia que utiliza a orientação “do que buscar” ou “qual profissional deve ser consultado”, e por vezes não é entendida visto que a demanda é por uma solução mais direta aos acometimentos. Mesmo quando ela “bota dinheiro do próprio bolso na roda”, conforme afirma, esse ato é visto como insuficiente.

Porém o conflito entre a intervenção ou orientação e a tomada de atitude em prol da saúde da parentela é demonstrada como uma obrigação a ser seguida, lembrando a noção do *hau* dos Maori estudados por Mauss (2003, p.198). A obrigação da reciprocidade entendido aqui como o retorno à família ocorre mesmo nos casos em que os fisioterapeutas não gostariam de realizar este “trabalho”. Pois mesmo que não sejam aceitas as orientações, estas podem ser expressas, como no caso de Jane, em que ela é responsável pelo pagamento do seguro saúde privado dos pais.

Demonstrar os valores familiares de “perpetuação do ser social” através da ascensão social adquirida pela prole e de seu retorno à família nos cuidados, sejam eles financeiros ou de atenção em saúde. É desta forma que é assegurada a reciprocidade, conforme evidenciada por Lídia que apesar de desejar que seus filhos acendam socialmente, refletindo um valor familiar, questiona a educação escolar como único caminho possível para a melhora econômica da família. Mas mesmo ao discutir este processo educacional, entende que há a necessidade de se investir nos filhos como um dos modos possíveis de retorno à família.

Muitas vezes os fisioterapeutas referiram realizar o cuidado com a saúde dos pais. E deste modo, apesar de ser expresso como uma condição facilitada por serem profissionais da saúde, esta é uma obrigação incorporada dentro dos valores familiares. Por vezes a obrigação do retorno ao grupo não fica clara para os fisioterapeutas, e estes entendem seus esforços não são valorizados, gerando conflito com a família.

A obrigação da reciprocidade não é um dado colocado de forma explícita pelos fisioterapeutas. Possivelmente pelo fato do cuidado com a saúde da família, e mesmo o dever de retribuir ao grupo familiar os investimentos despendidos, seja um valor importante. Ficou muito evidente entre as mulheres que o cuidado para com a família é um valor a ser mantido e os investimentos, neste sentido, são em parte reconhecidos. Não sei se há um comparativo com o valor dado pelos Maori aos bens uterinos em relação aos bens masculinos, mas de certa forma o valor atribuído em nossa sociedade ao cuidado é exercido através de um valor feminino.

Por outro lado, declarar explicitamente a obrigação de reciprocidade pode ser compreendido como uma forma de ingratidão e de “traição” do projeto familiar. A família, mesmo quando esta obrigação de reciprocidade é questionada, continua a ser um valor importante entre os entrevistados.

Dentro da necessidade do cuidado com a família em especial os pais, que ocorre de forma a preservar um papel de destaque dentro do grupo, uma vez que se há no processo de escolarização um valor intrínseco, o profissional de saúde pode retribuir melhor todo o investimento e apoio por ele recebido no momento de cuidar da saúde dos pais. Caso o retorno não ocorra se estabelece uma perda de prestígio perante seu núcleo familiar.

O tipo de empenho a ser retornado independe das condições econômicas da família pois, como destaca Margarete, mesmo os pais não tendo muitas condições econômicas e havendo a necessidade de utilizar o crédito educativo para realizar o ensino superior, esta sente-se na obrigação de cuidar dos pais. Ao demonstrar esse tipo de cuidado, ela está estabelecendo, além do retorno a família, um papel de destaque perante os demais membros.

O lugar de prestígio que o retorno ao grupo familiar proporciona é demonstrado com orgulho, independentemente da forma que este ocorra. Porém estas situações de reciprocidade podem ser estabelecidas através de conflitos, conforme destacou Márcia, mas mesmo assim há a realização do retorno ao grupo familiar do conhecimento adquirido pela escolarização.

Além de estabelecer uma relação de cuidado, os fisioterapeutas propiciam um papel de destaque ao grupo, pois além de serem profissionais de nível superior, estão inseridos no serviço público. Deste modo independentemente de haver uma intervenção direta através de

“atenção à saúde” de suas famílias, os fisioterapeutas proporcionam um *status* social, executando a reciprocidade desejada pelo grupo familiar.

CAPÍTULO 3 – O VALOR DA PRÁTICA NO *HABITUS* PROFISSIONAL

Ao longo do processo histórico dos séculos XIX e XX, observamos que o campo científico legitimou-se ao estabelecer leis gerais e específicas das condições humanas. Na fisioterapia esse processo ocorreu durante o século XX de forma a destacar tanto o modo técnico de agir como a quem cabia este ato terapêutico, fortemente influenciado pelo pensamento científico vigente. Moldou-se, então, uma profissão para sanear os acometimentos humanos baseada em técnicas de intervenção corporal, possuindo um caráter eminentemente reabilitador⁷.

Neste capítulo, busco mostrar como o campo científico influencia as direções que o meio acadêmico toma como modo de intervenção em saúde. Porém, por vezes, há alguma dissonância entre como a academia e os locais de prática agem no processo terapêutico das pessoas, principalmente devido à mediação do encontro paciente-terapeuta. Outro ponto a se destacar nesta diferença de espaços é a atuação dos estagiários que estão no meio deste conflito de perspectivas, ainda mais ao refletirmos sobre o ensino mediado pela prática terapêutica.

Deste modo, destacar a concepção dos fisioterapeutas frente à terapêutica e às pessoas que são submetidas a estas intervenções, torna-se relevante e fundamental na compreensão do que é saúde para estes profissionais.

⁷ Ao referir as doenças ou perturbações das pessoas estarei utilizando o termo “acometimentos” como forma a respaldar tanto as percepções dos profissionais de saúde como das pessoas leigas.

3.1 A FISIOTERAPIA E O CAMPO CIENTÍFICO

O conceito de campo científico é destacado aqui como parte fundamental no processo que irá formar o campo da saúde e posteriormente a profissão de fisioterapeuta dentro deste. O campo científico estabelece as regras que legitimam e normatizam as concepções e as práticas que devem ser aplicadas tanto dentro quanto fora do próprio campo científico. Ao observarmos o campo científico, vemos que as ciências biomédicas criam uma forma de tratar fundamentada nas estruturas orgânicas do ser humano. Sendo assim, o diagnóstico é extremamente relevante para poder fazer algum tipo de intervenção na pessoa que busca auxílio (FOUCAULT, 2004a).

Bourdieu (ORTIZ, org, 1994) destaca que o campo científico é legitimado pela “capacidade técnica e capital social” que ele conseguiu adquirir, o que lhe concede “autoridade científica”. Porém destaca também que não são meras competências técnicas que devem formar um profissional, mesmo este estando respaldado por um método, há que se considerar o contexto das ações e principalmente as pessoas que estarão submetidas às suas intervenções.

O campo científico divide-se em áreas do conhecimento, as quais estabelecem regras próprias na determinação de quem pode ser considerado seu membro, de modo que dentro destas áreas, há subdivisões e hierarquias. Podemos dizer que no campo científico, a área da saúde constitui-se como um campo de conhecimento possuidor de maior capital que outras áreas, como a das ciências sociais.

O campo da saúde é subdividido em várias profissões, dentre elas a de fisioterapeuta, a qual está em uma posição não tão privilegiada em relação à hierarquia das profissões. No topo desta escala encontramos a medicina com toda sua organização interna e locais de poder dentro da estrutura do próprio Estado.

Ao longo do tempo, a medicina se esforçou para ser a profissão com maior capital científico dentro do campo da saúde, utilizando para isso vários elementos, que podem ser destacados: um método de investigação rigoroso, uma formação longa, a exclusividade de determinados procedimentos, uma linguagem própria e, devido à proximidade com a morte, há certo controle social sobre os aspectos da saúde/doença, estabelecido na relação estreita com o Estado.

Foucault (2004a) refere esta aproximação, ao descrever como a medicina filia-se ao Estado, na França, por volta do final do século XVIII, onde os médicos exercem a função de

controlar a população, através da fiscalização sanitária, ao passo que o Estado garante o exercício da medicina a um determinado grupo com título para tal.

Importante definir que o campo científico visa a estabelecer, a partir de um método, as evidências que formularão uma teoria criando assim um *habitus* profissional, em contrapartida, o campo da saúde se utiliza deste método científico para gerar suas particularidades e instâncias de poder, que estão subjugadas à esfera do social, da qual o campo da saúde faz parte.

Dentro do campo da saúde, é importante destacar sua estrutura que permite a algumas profissões um local de destaque tanto pelas fontes de informações como pelo poder financeiro que esta adquire. No Brasil as primeiras faculdades foram as de direito e medicina, construindo um espaço de privilégios a estas categorias profissionais, como no caso da medicina, por exemplo, em que no Estado do Rio Grande do Sul todas as oito instituições federais de ensino superior possuem cursos de medicina em comparação à fisioterapia que é oferecida apenas na Universidade de Santa Maria com curso de formação. Este dado pode parecer apenas ingenuamente uma variação do número de cursos, mas demonstra a valorização da profissão médica pelo Estado.

O médico atual é um profissional socialmente legitimado que busca resolver os problemas de saúde da população embasados num método científico, o qual é por vezes usado como sendo o único método legítimo das ações em saúde.

Por sua vez a fisioterapia busca criar seu próprio método de trabalho, visto que, até bem pouco tempo, possuía um caráter meramente reabilitador (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Certamente após a segunda guerra mundial, a fisioterapia teve um incremento muito grande na sua constituição, desde o reconhecimento como profissional de fisioterapia somente aqueles que possuísem curso superior, até a estruturação dos órgãos de gerenciamento da profissão, como o Conselho Federal e os regionais no Brasil e a World Confederation for Physical Therapy, órgão mundial das associações de fisioterapia.

Porém, isso não basta para uma profissão ser reconhecida socialmente como uma profissão autônoma, visto as disputas que ocorrem dentro do campo da saúde. Observa-se, hoje, no Brasil, por exemplo, a tentativa da categoria médica de retomar uma posição hierarquicamente superior às demais profissões através do Projeto de Lei número 25/2002 também chamado de “ato médico”. O objetivo deste projeto de lei é além de criar uma lei que regulamente a profissão médica, hoje sendo reconhecida socialmente mas não legalmente, ainda, possibilitar a que apenas os médicos sejam habilitados pelo Estado a diagnosticarem e a prescreverem tratamentos terapêuticos. Porém as demais categorias profissionais da área da

saúde já reconhecidas legalmente reivindicam também a competência ao diagnóstico e prescrição de tratamento. Ocorre, deste modo, uma luta de categorias profissionais por mercado de trabalho, sendo conseqüentemente uma disputa econômica, que se utiliza da legitimidade do campo científico, como no caso da medicina, para demonstrar mais poder ao buscar a aprovação do “ato médico”.

Ao reivindicar a exclusividade do diagnóstico e prescrição terapêutica, a medicina reserva para si o que poderíamos chamar de “função nobre” dentro do campo da saúde, ou seja, o trabalho propriamente intelectual. Neste sentido, relega às demais profissões da área o “trabalho braçal”, ou seja, o cuidado, o manuseio, que na nossa sociedade são considerados como tarefas simples e menos prestigiosas.

Esta legitimidade da medicina é mesmo reconhecida pelas outras profissões da saúde como salienta uma das entrevistadas que refere que o profissional médico tem mais capacidade de diagnosticar devido a sua formação mais ampla, idéia esta não compartilhada por seus colegas.

3.2 A FISIOTERAPIA: UM “TRABALHO BRAÇAL”

A Fisioterapia caracteriza-se por uma proximidade com o paciente e por haver um contato diferenciado das demais profissões da saúde, em que ao tocar, através do manuseio, o paciente com muita frequência, centra por vezes seu fazer profissional nesta característica.

Outro ponto a se destacar dentro do campo científico é o tipo de formação que a fisioterapia possui, apesar de, em sua maioria, buscar copiar um modelo biomédico dentro dos cursos de formação superior. Essa se destaca por possuir um papel de ênfase para as ações práticas de intervenção em saúde. A fisioterapia busca como um membro do campo científico seus referenciais e métodos de intervenção corporal respaldados por um arcabouço de saberes legitimados dentro das ações em saúde. Esta percepção, por vezes automatizadas nos fisioterapeutas, é demonstrada não apenas na sua forma de pensar, mas também no seu agir. Como no caso do estagiário André que ao atender uma criança realizava de forma precisa as técnicas de fisioterapia respiratória, porém utilizava uma linguagem técnica ao nomear as partes corporais e os objetivos de suas ações, como “abrir os alvéolos”, “re-expandir o pulmão”, “retirar as secreções do pulmão”.

Na construção ou perpetuação do modo de agir dos sujeitos profissionais transmitido a cada novo profissional, é imerso em modos de pensar sobre o corpo – impregnado por um simbolismo mediado pela maneira de apreender e atuar no mundo. De modo que aprender a

“ver” num novo mundo é fundamental, para a construção do objeto da fisioterapia, onde construir pessoas doentes como pacientes - percebendo, analisando e apresentando um tratamento terapêutico apropriado – ao estudar o corpo e a valorização atribuída a esse, são cruciais para este processo de ensino profissional (GOOD, 1994). Exemplo disso é a idéia destacada constantemente pela fisioterapeuta Flávia de que os pacientes não possuem “esquema corporal” e por isso demoram a recuperar suas funções motoras. Ao questioná-la sobre o que entendia por esquema corporal ela respondeu que é a percepção do próprio corpo, na execução de exercícios. Afirmou que os pacientes não aprendem isso como “nós [fisioterapeutas], que por qualquer coisa incorporamos os exercícios.” Esta construção do corpo e noção do que é um corpo demonstra o modo como Flávia aprendeu a cuidar do outro, onde o corpo é um receptáculo de estímulos e que estes devem sempre produzir alguma forma de reação em direção à recuperação da função orgânica. Outro aspecto destacado constantemente pelos fisioterapeutas, de uma forma geral, é que a recuperação da funcionalidade é atrelada ao quanto cada pessoa compreende suas atividades diárias e que, a partir deste fazer, o corpo é moldado e adaptado dentro de uma relação de melhor eficácia das ações e menor custo ao corpo.

Desse modo, na busca de legitimar suas ações tanto frente ao campo científico como frente ao campo da saúde, a fisioterapia se aproxima de um modelo médico de tratar as pessoas, buscando no paciente um arcabouço de sinais e sintomas para identificar o acometimento e assim poder intervir na busca do combate à doença. Rebelatto e Botomé (1999) destacam como a fisioterapia se direciona para a busca do combate à doença, adquirindo um caráter eminentemente reabilitador no seu fazer terapêutico. Isso vai ao encontro da proposta médica ao abrir mão da “arte de curar” para buscar um modelo científico embasado em procedimentos de investigação, diagnóstico e tratamento com destaque para as patologias e não para a saúde das pessoas (CAMARGO JR., 1997).

Outro ponto a ser referendado na constituição do campo da saúde é a forma de pensar, que é embasada dentro de uma racionalidade em que o paciente não é mais uma pessoa, mas uma patologia, um diagnóstico. Este aspecto já trabalhado anteriormente neste capítulo recebe de Camargo Jr. (1992) o termo de racionalidade médica, uma forma de pensar apreendida dentro da academia que molda o futuro profissional desde seu modo de ver o paciente até a forma de pensar, comunicar-se e tratar que, por muitas vezes, está mais preocupado em diagnosticar do que cuidar do outro como uma pessoa.

3.3 O CAMPO DA SAÚDE

A área da saúde é um campo de poder que busca no campo científico modos de legitimar suas ações de maneira a justificá-las frente à sociedade. Bourdieu (ORTIZ, org, 1994) nos remete ao acúmulo de capital social que os profissionais de saúde adquiriram principalmente durante o século XX e reforçado pela explanação foucaultiana em que descreve como os procedimentos técnicos foram normatizados para legitimar e reconhecer apenas determinados sujeitos como os profissionais que se enquadravam dentro de uma doutrina específica (FOUCAULT, 2004a).

Mesmo os fisioterapeutas serem reconhecidos como membros de um grupo, chamados de “profissionais de saúde”, termo este inserido dentro da área da saúde em 1993, através da Resolução N. 44 do Conselho Nacional de Saúde, por seu Presidente e Ministro de Estado da Saúde Jamil Haddad, tornando todos os membros desta área sujeitos iguais, e não mais classificados hierarquicamente como para-médicos e médicos, esta hierarquia ainda se mantém na prática. Dentro do Sistema Único de Saúde a hierarquia ainda está presente, de forma que o profissional que é o pilar do sistema é sempre o médico. Esta diferença de posições é refletida desde quem é autorizado a prestar o primeiro atendimento ao usuário do sistema, até no número de atendimentos disponibilizados à população pelo próprio SUS. Para a fisioterapia há um cálculo sobre o número total de atendimentos médicos, ficando a fisioterapia com direito a 9% de atendimentos a seu dispor, a partir deste total.

Outro aspecto destacado por Bourdieu (2000) refere-se à desvalorização que algumas profissões dentro do campo científico possuem por serem “feminilizadas”. No caso da fisioterapia, esta feminilização ocorre desde seu desenvolvimento visto que este aparece vinculado aos técnicos de raios-X e enfermeiras, ocupações estas exercidas quase que unicamente por mulheres, como demonstrado no capítulo 1. Além de que, por volta de 1894, a *Society of Trained Masseuses*, umas das sociedades que vieram a formar o profissional de fisioterapia, rejeitava homens como seus membros, tendo estes apenas ingressado após a Segunda Guerra Mundial, à exceção apenas os membros militares com formação na área. Historicamente, a profissão de fisioterapeuta sempre foi muito vinculada a um papel de subserviência à categoria médica que, em vários momentos da história, buscou deixar claro esta posição. A fisioterapia, quando olhada hoje em seus bancos escolares, apresenta uma característica marcante de gênero, sendo dominada pelas mulheres. Isto segundo Bourdieu (2000) é um dos elementos que confere à profissão um local de inferioridade perante a profissão médica que historicamente era masculina. Nos registros do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de 5ª. Região encontra-se um número significativo de

mulheres fisioterapeutas em Porto Alegre: 1149 em comparação aos 302 fisioterapeutas homens, dado este reproduzido em nível estadual com 3272 mulheres e 803 homens registrados no conselho regional como fisioterapeutas. Ponto importante a se destacar é que do grupo de fisioterapeutas da Prefeitura de Porto Alegre apenas três são homens e vinte são mulheres e dos estagiários observados no período da pesquisa um era do sexo masculino e as demais (mais de trinta) eram mulheres.

Outro elemento de desvalorização da fisioterapia dentro do campo da saúde é sua associação ao cuidado, papel este eminentemente feminino. Os fisioterapeutas, como um dos profissionais que por muito tempo estão junto ao leito do hospitalar, exercendo o cuidado com seus pacientes, assim como os profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, quando comparados com o tempo despendido pelo médico.

Mais um ponto importante a se destacar nesta posição ocupado pela fisioterapia no campo da saúde é o citado por Oliveira (2002) de que devido ao papel relevante na reabilitação dos soldados principalmente durante a primeira guerra mundial, no século passado, a medicina acaba criando, por volta de 1935, em seu quadro de especialidades a Medicina Física voltada à reabilitação.

Neste contexto, a fisioterapia se coloca no Sistema Único de Saúde como uma profissão sem um lugar definido, por vezes é apresentada como mais uma especialidade e por outras como um profissão de segundo nível. Ao observar o papel do fisioterapeuta no hospital, este parece estar mais próximo de uma especialização, idéia sustentada pela fisioterapeuta Lídia, que acredita ser seu trabalho independente, possuindo um *status* de especialidade, vinculando à fisioterapia, à medicina física como se fossem uma única “especialização”. Porém, confrontar-se esta idéia com as das fisioterapeutas do ambulatório, a idéia de trabalho em equipe multidisciplinar, noção esta destacada pelas fisioterapeutas, principalmente quando referem o Projeto da Rede de Reabilitação que foi desenvolvido por um grupo de profissionais de saúde da Prefeitura, porém ainda não colocado em prática pela Municipalidade. Desse modo cada profissão possui seu núcleo de conhecimento e estes juntos formam um campo de conhecimento em prol da saúde do paciente.

Assim como Bourdieu (1996) refere-se aos nomes próprios como designadores de uma identidade e de um lugar dentro da sociedade, podemos pensar a identidade profissional do grupo estudado como uma identidade socialmente construída. Desse ator social é esperado certo tipo de posição, que provém de um conhecimento na execução de alguns procedimentos terapêuticos, que não necessariamente coincidem com sua própria visão do que é ser um fisioterapeuta. A questão fica evidenciada pelo relato dado, na busca de esclarecimentos a

outros atores sociais com posições de poder maior que o entrevistado, do que a fisioterapia poderia desenvolver como profissão. Além do próprio desenvolvimento da profissão perante seus membros, onde Artur refere que, quando ingressou no Hospital de Pronto Socorro, não imaginava que o fisioterapeuta poderia atuar como profissional de saúde fora de um hospital, como no caso do ambulatório de fisioterapia da Vila dos Comerciários. Ou ainda, a dificuldade que alguns dos informantes têm em vislumbrar um fisioterapeuta trabalhando em atenção básica, papel que não é ainda exercido dentro da Prefeitura pelos fisioterapeutas, muito mais por haver uma defasagem de profissionais do que pelo entendimento de seu papel. Além de haver ainda dentro do Sistema Único de Saúde uma valorização da assistência terapêutica em saúde em detrimento de processos preventivos de atenção em saúde.

O Projeto da Rede de Reabilitação realizado por uma equipe multiprofissional da Prefeitura, surgiu a partir de uma queixa realizada por um usuário do sistema de saúde. Esta reclamação gerou uma discussão do que é reabilitação dentro do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre e, conseqüentemente, a abrangência dentro da cidade. O resultado da discussão foi a criação do projeto chamado de Rede de Reabilitação, com o objetivo de expandir para a atenção primária, junto aos Programas Saúde da Família (PSF), a inserção do fisioterapeuta. Desse modo, contemplando a atenção primária em saúde e expandindo as possibilidades de trabalho dos PSF, hoje, em Porto Alegre, restrita ao médico, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Com o propósito também de reestruturar os serviços de fisioterapia, tornando-os multiprofissionais, o Projeto da Rede de Reabilitação visa a contemplar vários aspectos dentro do processo de reabilitação, tais como: a integralidade do sujeito, o aumento do atendimento à população, e a qualificação dos serviços. Porém este projeto ainda mantém o processo centrado na doença e não nas ações em saúde.

3.4 O CORPO COMO OBJETO DE INTERVENÇÃO

Ao observar os fisioterapeutas, verifico que, na maioria das vezes, a técnica é priorizada em detrimento da relação paciente-terapeuta e, normalmente, os pacientes são referidos por seus acometimentos e não por serem pessoas. Pode-se argumentar que, em um hospital como o de Pronto Socorro, é muito difícil saber o nome de todos os pacientes ainda mais devido à alta rotatividade que eles apresentam. Porém, quando são referendados, estes parecem ser apresentados como “não-humanos”, uma vez que são identificados pelo número do leito ou pelo acometimento que possuem de modo que humanizar o sujeito é verificado como algo não-importante.

Ao longo da pesquisa vivenciei momentos em que o paciente era tratado, ou melhor, servia de “material” para explicar um procedimento aos estagiários. Outras vezes, as fisioterapeutas recém-formadas, que faziam um “banco de horas”⁸, apenas se dirigiam ao paciente para pedir-lhe que se acalmasse, parecendo que a agitação do paciente, devido à intervenção fisioterapêutica, atrapalhava seu trabalho. Porém, o tempo todo do atendimento conversavam entre si sobre os fatos e acontecimentos das suas vidas.

Merhy (2004) destaca que as intervenções em saúde estão descompromissadas com o usuário e centradas nos diagnósticos e procedimentos terapêuticos. Algumas vezes ocorreram situações em que os profissionais ou mesmo os estagiários sentiam-se “donos” dos usuários, como no caso em que uma paciente resolveu interromper o tratamento, pois ela tinha que vir muito cedo pela manhã ao ambulatório e, como estávamos no inverno, era muito frio. Isso gerou uma reação em alguns fisioterapeutas e estagiários de modo a criticar o desejo da paciente. Muitos não falaram abertamente, porém eu os instiguei a comentarem o assunto. O estagiário André, que estava atendendo a paciente, referiu que não era o ideal interromper o tratamento, e que a “desculpa” usada não era suficientemente justificada, mas “fazer o que”, “se ela quer assim”. Outra estagiária, Silvia, falava alto pelos corredores dizendo “que absurdo isso, onde já se viu parar [o tratamento] pelo frio”. Quanto questionei a fisioterapeuta Denise, esta referiu que “é uma questão social ou até mesmo cultural” mostrando que é difícil explicar ao paciente as reais necessidades de seu caso, porém outra fisioterapeuta comentou que “é, mas tem que respeitar a decisão da paciente, colocar os prós e contra, mas respeitar”. Posteriormente questionei a estagiária que esbravejava pelo corredor sobre a vontade de interromper o tratamento da paciente e esta com um tom agressivo disse-me, reiterando sua posição, de que “é um absurdo” e que “depois volta pior”. Então perguntei se a paciente não tem o direito de escolher o que fazer, afinal é seu corpo que está sendo tratado, esta referiu que a paciente “não tem noção” de seu problema (osteoartrose de joelho) e que iria “piorar com certeza”⁹. Acredito ser importante ressaltar que percebi que a situação gerou uma discussão nada amigável entre as pessoas e que era melhor neste momento não investigar mais sobre esse fato. O curioso é que ninguém ofertou um horário mais tarde onde o frio matinal não fosse tão intenso, independentemente se este tipo de colocação fosse realmente colocar o desejo da paciente e dos profissionais no mesmo caminho.

⁸ Havia no serviço do Hospital de Pronto Socorro três fisioterapeutas que se formaram em julho de 2005, durante a pesquisa e que faziam estágio voluntário, após colação de grau, visando a terem em seus currículos um número de horas trabalhadas em atendimento fisioterapêutico hospitalar.

⁹ Osteoartrose de joelho – doença degenerativa da superfície articular acometendo um ou mais componentes ósseos, apresentando como principais sintomas dor e perda dos movimentos articulares.

Este exemplo serve para discutir alguns pontos importantes dentro da fisioterapia. Inicialmente, a relação paciente-terapeuta, que é colocada como o profissional detentor de todos os conhecimentos e por isso responsável e único compreendedor dos acometimentos corporais humanos. Em segundo, que a fisioterapia não se utiliza das *tecnologias leves* em suas intervenções em saúde, baseando suas ações no uso das *tecnologias duras*. Em terceiro lugar, a vontade do paciente em interromper o processo terapêutico é desconsiderado em relação a continuidade do tratamento, visto que este é considerado uma espécie de obrigação do paciente.

A relação paciente-terapeuta é objeto de discussão desde o início da formação acadêmica embasada em uma racionalidade de saúde, porém esta é enfatizada como uma forma de compreender ou traduzir a fala do paciente em sinais e sintomas que possam auxiliar no diagnóstico e posteriormente no tratamento da pessoa. Como no caso da referência da estagiária Lúcia quando perguntei quem ela havia avaliado, sua resposta foi referindo-se ao acometimento e não à pessoa que foi avaliada. Assim como Cristina comentou comigo que havia avaliado um esporão calcâneo¹⁰.

Camargo Jr. (1997) destaca que há uma característica importante na forma de intervir em saúde, que ao menos discursivamente o sujeito é visto como um ser biopsicosocial. Destaca, ainda, que a mera justaposição destas dimensões não torna a pessoa um ser integral, uma vez que o psíquico e o social estão subordinados à dimensão discursiva do biológico. No exemplo acima da paciente que desejava interromper o tratamento e, ao fazer referência a ela, por seu acometimento, percebe-se que esta perspectiva de supremacia do orgânico ante os demais elementos subjetivos é evidente e que, em poucos momentos de observação das intervenções terapêuticas, percebi uma mudança desta hierarquia¹¹. Como destaca ainda o autor, as “doenças são percepções concretas e verificáveis” dentro da lógica dos profissionais de saúde “mensurável através de seus sinais e sintomas”.

Para os pacientes, os critérios utilizados na percepção de quem é um bom profissional de saúde é oriundo da relação entre o tempo empreendido no atendimento, a clareza nas explicações dos acometimentos muito vinculadas com o tipo de linguagem empregada, as soluções dadas e o valor cobrado pelo profissional, o qual no caso dos pacientes dos serviços de fisioterapia é realizado de forma gratuita por pertencer ao Sistema Único de Saúde

¹⁰ Esporão calcâneo – devido ao aumento da tensão na fásia plantar ocorre um depósito de cálcio na inserção desta no osso calcâneo gerando uma pequena ponta óssea, apresentado como principais sintomas a dor em região plantar do calcâneo, podendo levar a impossibilidade de realizar a marcha.

¹¹ O aspecto subjetivo é visto neste trabalho como um dos elementos das pessoas, de difícil mensuração, em comparação aos elementos do orgânico, porém utilizo este termos sem o enfoque da psicologia em relação às questões do “self”.

(BOLTANSKI, 1989). Como salienta Boltanski (1989), por não acumular os critérios técnicos para a avaliação do profissional de saúde, os pacientes acabam por utilizar critérios das relações pessoais.

Como destaca Merhy (2004, p. 3), o usuário não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, compreendendo que o uso de “tecnologia” é para além dos equipamentos físicos, mas envolve também o conhecimento técnico do profissional de saúde, porém se queixa da “falta de interesse e de responsabilidade dos serviços em si e do seu problema”, permanecendo esses usuários “inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados”. Ao chegar à Unidade Básica de Saúde, durante o período de observação, encontrei um dos pacientes que aguardava auxílio para poder subir a rampa de acesso à fisioterapia, pois, devido a sua condição de usuário de cadeira de rodas, não conseguia realizar esta tarefa com independência. Ao auxiliá-lo, este referiu que muitas vezes os “guardas” o ignoram e fazem de conta que não o vêem para não terem que empurrá-lo até o serviço de fisioterapia que se localiza no primeiro pavimento. Durante o percurso, o paciente pede para que eu coloque em minhas anotações este tipo de descaso que as pessoas sofrem ao buscarem auxílio nos serviços de saúde pública.

A prioridade conferida à técnica faz com que os procedimentos terapêuticos utilizem fundamentalmente o que Merhy (2004) denomina de *tecnologia dura*. Para este autor, no caso da fisioterapia, são os equipamentos, o local de trabalho, o prontuário do paciente e todos os componentes necessários para realizar um exame. Por sua vez o conhecimento técnico do profissional e seus modos de agir sobre o acometimento do outro são denominados de *tecnologia leve-duras*. E por fim a *leve* é um saber incorporado em sua forma de pensar e agir, mas não na forma do tecnicismo e sim na direção do atendimento acolhedor e humano, estando este contido na escuta às necessidades do usuário, em uma relação estabelecida pela confiança e dedicação a este, no vínculo formado através de uma relação terapeuta-paciente moldada, agora, pelo centramento do usuário e não mais dos procedimentos.

São poucos os espaços em que se observa uma priorização dos aspectos subjetivos na abordagem do paciente. A forma de abordar o paciente com acolhimento foi muito evidenciada dentro da UTI - Pediátrica onde havia uma conversa com ele e com os familiares, além de uma boa relação com os demais membros da equipe de saúde. Levanto a hipótese de este ocorrer pelo sentimento que as crianças geram na sociedade, por possuírem uma imagem de seres frágeis, que necessitam de amparo e proteção. Assim, há algum tipo de comoção por parte dos profissionais de saúde ao lidarem com as crianças, em virtude da necessidade de

adequação à linguagem, de um sentimento de “paternidade e maternidade” despertado nos profissionais.

Ao observarmos a fisioterapia pela ótica das *tecnologias leves*, esta não apresenta um arcabouço teórico próprio, tendo que buscar em outros núcleos de conhecimento, como a enfermagem ou as ciências sociais, referenciais teóricos para embasar suas ações.

3.5 O CORPO, O CENÁRIO E A FISIOTERAPIA

As noções de corpo/pessoa aparecem de formas variadas dentro dos serviços de fisioterapia, onde no ambulatório há uma possibilidade maior de disponibilizar ao paciente que este tenha sua “intimidade” resguardada. Porém este tipo de ação é colocado apenas como uma preservação das partes corporais, de modo que presenciei dentro do “ginásio” (termo êmico para o local onde os pacientes realizam seus exercícios) os fisioterapeutas terem que, mesmo que de forma rápida, realizarem algum tipo de suporte emocional ao paciente, pois estes estavam emocionados, referindo seus problemas pessoais. Esse tipo de situação permite que pensemos o que, na concepção dos fisioterapeutas, deve ser resguardado e o que pode ser mostrado em um serviço ambulatorial de fisioterapia.

O corpo físico é algo a ser preservado, o cuidado em puxar cortinas, que nunca fecham totalmente, o box onde o paciente está, visa a tentar impedir que alguém veja um dorso ou uma paciente mulher apenas com suas roupas íntimas. Esta atitude demonstra a valorização do aspecto físico do paciente em detrimento das questões psíquicas e sociais, oriundos de uma formação mais técnica.

Ao presenciar situações em que pacientes do sexo feminino estavam chorando dentro do ginásio, pude observar que estas necessitavam de algum tipo de suporte, o qual, nestes momentos, uma das fisioterapeutas se apresentava para auxiliar, enquanto os estagiários ficavam a distância observando o que ocorria. Percebi que os pacientes das macas ao lado também possibilitavam certo isolamento da pessoa que necessitava auxílio, permitindo a intervenção das profissionais de saúde. Durante os momentos de amparo, que devo frisar foram raros, percebi que o auxílio foi sempre no intuito de controlar a situação e nunca com o objetivo de executar algum tipo de intervenção psicoterapêutica. Ao descrever esta situação, não entro em contradição com minhas observações anteriores em que afirmo uma ênfase no orgânico e certo descaso nas questões psicossociais, pelo contrário, reafirmo que estes momentos de apoio eram realizados como forma de solucionar um problema evidente e emergencial, a fim de evitar a perda de controle sobre os pacientes.

Percebi que esse tipo de situação ocorreu apenas com mulheres e que, no caso dos homens, qualquer tipo de situação era de algum modo tornado público, principalmente de forma a debochar da situação. Era como se para um homem a manifestação de seus problemas fosse sempre vinculado à masculinidade e, no momento em que esta não é sustentada, a “cobrança” social é de diminuir seu poder através das brincadeiras. A fofoca, que segundo Fonseca (2000) é uma estratégia feminina para minimizar o poder dos homens em relação à posição social inferior que essas possuem, também aparece no ambulatório, utilizada pelas fisioterapeutas e, às vezes, pelos próprios pacientes homens. Como uma forma de lidar com as questões subjetivas que vem à tona durante a intervenção terapêutica.

Em comparação com o ambulatório, no Hospital de Pronto Socorro, o corpo está sempre à mostra, ainda mais nas diversas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A preservação do corpo físico é evidenciada apenas na chamada “fralda”, em que todos os pacientes de unidades intensivas possuem, referida muitas vezes como importante, por todos os profissionais de saúde, para movimentar o paciente no leito em suas trocas de decúbito. Nunca ouvi algum tipo de referência de que o “fraldões” fossem para preservar a partes íntimas do paciente. Foram poucas as vezes em que verifiquei que as mulheres atendidas tinham sobre as mamas um pano solto, mas este só era encontrado nas pacientes que estavam acordadas, ou seja não estavam em algum grau de torpor ou coma.

Assim, a preservação do corpo e mesmo a própria concepção deste, apresentam as particularidades segundo os locais observados, de modo que, de uma forma geral, no hospital não há uma privacidade e no ambulatório esta é relativa. No âmbito hospitalar não apenas o corpo é desprovido de privacidade como de controle, pois independentemente do profissional que nele pretenda intervir, o paciente nunca é solicitado a permitir a intervenção, mesmo que esta seja inevitável. A pretensa possibilidade da morte, mais evidente no Hospital de Pronto Socorro, torna o corpo do paciente desprovido de “direitos”, onde o mais importante é preservar a vida do que sua “eventual” dignidade.

Então o que vem a ser este sujeito chamado de paciente? Para os fisioterapeutas é alguém que de alguma forma necessita de auxílio, para realizar suas funções de vida, sejam elas vitais, como no caso de uma fisioterapia respiratória, ou menos expressiva como no caso de dores e desconfortos corporais que representam menores risco de morte.

Observa-se, ainda, uma variação na forma de atender aos pacientes, destacando a “enfermidade” como algo que é inevitavelmente compartilhado com o paciente a responsabilidade da recuperação (FREIDSON, 1978). Além disto, os fisioterapeutas acabam exercendo a função de moralização do corpo ou, como chama Freidson (1978), de

“empresário moral”, visto que muitas vezes relacionam o acometimento do paciente com o seu “mau conceito”. Como, por exemplo, quando um fisioterapeuta comentava no hospital que uma paciente havia levado um tiro de arma de fogo, mas “também ela estava num baile funk”, orientando-a a evitar “lugares perigosos”.

Este tipo de julgamento gera uma classificação dos pacientes em categorias apesar desta não ser explícita. Há uma divisão dos pacientes que considera os diferentes níveis de dificuldade de intervenção, a dedicação que o paciente apresenta ao tratamento e a sua disponibilidade de mudança de estilo da vida e o risco de morte que este apresenta.

No primeiro caso, a dificuldade que o paciente apresenta é expressa de duas formas: uma desafiadora, pois ajudar o paciente a superar a complexidade de seu acometimento leva a uma grande satisfação pessoal por parte dos profissionais e outra referente ao tempo a ser disponibilizado, uma vez que, dentro do ambulatório, decidiu-se que pacientes com acometimentos neurológicos com mais de seis meses de intervenção sem uma melhora significativa serão encaminhados à rede auxiliar de fisioterapia que por sua vez possui a “fama” de não ser de qualidade.

O segundo aspecto de classificação dos pacientes refere-se à dedicação do paciente e é abordado de uma forma ampla, pois vai desde a pontualidade e assiduidade do paciente, passando por sua compreensão da disfunção, até suas tentativas de mudança de hábitos vistos como não-adequados à sua condição, como, por exemplo, o sobrepeso, a consciência corporal, a execução das orientações dos exercícios de forma correta, entre outros.

A iminência da morte, terceiro aspecto destacado na classificação dos pacientes, é um fator determinante tanto do investimento terapêutico na busca de soluções, refletido no nível de intervenção a ser realizado, além da possibilidade do paciente estar correndo risco de morte, mede o quanto o paciente é autônomo para decidir sobre as intervenções que sofrerá. Ou seja, quanto maior a possibilidade de o paciente vir a falecer, os tipos e formas de intervenções são relegados a critérios técnicos decididos pelos profissionais de saúde e não mais pelo paciente ou seus responsáveis.

O quanto se investe em um determinado paciente dependerá da sua condição, tanto moral como orgânica. O segundo aspecto é vinculado à sua possibilidade de morte, destacada por Giglio-Jacquemot (2005), como percebido pelos profissionais de saúde através de critérios que classificam as pessoas em casos de urgência e emergência. A urgência refere-se ao paciente que necessita de um atendimento imediato, pois sua condição exige cuidados para evitar a morte, como ocorre com os pacientes do hospital em que o investimento terapêutico é realizado com mais atenção em pacientes com condições críticas de vida, mas que possuam

alguma possibilidade de melhora e recuperação da sua condição de vida. Já a emergência é vista como uma condição menos preocupante, pois esta, ao não oferecer uma possibilidade de morte, não requer uma atenção imediata e nem tão intensa em termos de controle das funções vitais, por exemplo. Percebe-se a condição de urgência e emergência como possibilidade terapêuticas de intervenção em que o paciente é avaliado e classificado conforme seu acometimento, independentemente de este estar no hospital ou ambulatório, e o investimento no número de atendimentos semanais a ele despendidos é atribuído em relação a esses critérios.

Então podemos pensar o que vem a ser esta pessoa que é categorizada por sua condição orgânica e, conseqüentemente, moral, denominado de paciente? Para os fisioterapeutas é alguém que a partir de uma classificação orgânica de “enfermidade”, no sentido dado por Freidson (1978), necessita de algum tipo de auxílio para reestabelecer sua condição de vida através da busca da funcionalidade, pois só assim poderá “retornar” a vida social do trabalho.

CAPÍTULO 4 – O CORPO/SAÚDE/DOENÇA E A REABILITAÇÃO

Ao longo do processo histórico, a fisioterapia constitui-se como uma profissão que busca a recuperação dos acometimentos físicos do humano, destacando as questões relacionadas com a doença física. Percebe-se, durante o desenvolvimento da profissão, a eleição das formas de tratar as enfermidades. Os fisioterapeutas lidam com concepções do que é saudável e o que não é. Esse modo de abordar os acometimentos, pautado unicamente no processo de reabilitação, torna os limites da atenção em saúde reduzidos a uma intervenção técnica e por muitas vezes incoerente com a proposta de integralidade do Sistema Único de Saúde, como abordado no capítulo anterior. Neste capítulo, busco discutir como os fisioterapeutas entendem saúde e as estratégias de ação utilizadas para tratar os acometimentos. Este processo de reabilitação é pautado apenas na eliminação da doença ou na melhora da qualidade de vida das pessoas através de projetos de prevenção e promoção de saúde, proporcionando sua inserção social? Assim de que forma a busca da saúde está relegada a uma visão moralizante dos acometimentos que as pessoas apresentam. Pode-se questionar se isto faz parte de uma racionalidade aprendida na academia ou do controle imposto pela estrutura dos serviços de saúde da Prefeitura de Porto Alegre apoiada numa hierarquia profissional colocada nos locais de trabalho do Sistema Único de Saúde. Dessa forma as tentativas de abordagens mais humanas e projetos mais coletivos de saúde são inviabilizados? Como os fisioterapeutas lidam com estas questões neste contexto? Neste capítulo busco compreender a noção dos fisioterapeutas sobre saúde, seus caminhos para trabalhá-la e de que modo esta se desenvolve no momento terapêutico.

4.1 CONCEPÇÃO DE SAÚDE/DOENÇA

A fisioterapia, ao aproximar-se das demais profissões da saúde, acaba utilizando uma visão mais naturalizada da doença, centrando seu olhar aos aspectos orgânicos das pessoas e conseqüentemente a partir desta visão o direcionamento para o que vem a ser a qualidade de vida das pessoas. Esta concepção é discutida por Foucault (2004a) ao explicar como a medicina, ao criar a fisiopatologia, elege um arcabouço teórico sobre os acometimentos humanos, embasados na microscopia orgânica, relegando a um segundo plano todos os demais ingredientes vinculados à doença, construindo um modo de adoecer e conseqüentemente um caminho para sua cura.

Na sociedade atual, o discurso biomédico impõe-se como o legítimo na determinação das representações de corpo. Dessa forma ocorre uma universalização de como somos e como devemos agir e nos portar. Porém, quando olhamos as diversas nuances existentes no social, esse discurso não contempla todos os sujeitos e formas de pensar, produzindo culturalmente concepções de normalidade e anormalidade, de saúde e doença, de identidade e diferença. Obviamente que existe anatomicamente e fisiologicamente certo grau de universalidade, porém conforme destaca VÍctora et al (2000, p.11),

a maneira como as diferentes sociedades concebem o corpo, os cuidados que dispensam a ele, os limites que estabelecem entre o interno e o externo, entre o normal e o anormal, bem como as maneiras e as regras que cada sociedade estabelece para a utilização do corpo são extremamente variadas.

As diversas concepções sociais sobre o corpo estão entrelaçadas por disputas de poder, como destaca Foucault (2004b). Essas diferenças no modo de compreender o corpo, podem criar socialmente o que é aceito como normal assim como o que o grupo social coloca à margem. A forma como entendemos as diversas “regras sociais” levam o sujeito à margem ou ao centro do social, possibilitando-o desta forma usufruir ou não dos recursos sociais referentes ao acesso à saúde. O profissional de fisioterapia é um sujeito envolvido por essas problematizações, e a forma como entende o sujeito molda o modo de abordagem destes.

Quando se discute o significado da palavra doença, encontramos algumas variações próprias dos sujeitos que as utilizam, por exemplo, no encontro entre um profissional de saúde e seu paciente. Será que ambos possuem a mesma concepção acerca dos acometimentos que afetam o sujeito-paciente? Helman (1981) nos mostra a diferença entre *disease* e *illness*. Apesar de possuírem a mesma tradução para o português – doença - *disease* refere-se às “anormalidades da estrutura e função dos órgãos e sistemas do corpo”, nos remetendo à concepção de patologia que afetam um organismo. Por sua vez *illness* designa a experiência subjetiva da doença, que pode estar afetando não apenas a pessoa, mas aos outros que estão ao

seu redor, assim, como ele “percebe a origem e significado dado ao evento e quais os encaminhamentos que tomará para remediar esse processo” que é diferente da concepção do profissional de saúde. Há um terceiro termo *sickness*, cunhado por Alan Young (1982), o qual é o significado social dado à doença através das afecções da pessoa acometida. Essas formas de significados estão presentes no modo como representamos o mundo, onde para um fisioterapeuta, por exemplo, a alteração cinético-funcional está mais presente que a perturbação sofrida pelo sujeito em seu mundo social.

Este tipo de diferença é percebido na pesquisa de campo quando, por exemplo, a estagiária Silvia ao se dirigir a uma paciente que está acometida por um Acidente Vascular Cerebral (AVC), que se encontra, na sua visão, “dispersa”, julga que ela não tem feito os exercícios em casa, uma vez que as deficiências funcionais não melhoraram. Neste tipo de observação, a contextualização da realidade da paciente não é levada em conta, pois posteriormente verifiquei com a estagiária que ela não sabia referir quem cuidava e como eram os cuidados dispensados à paciente em casa. Fica evidente que a mera reabilitação física é privilegiada de modo que a paciente não é considerada um ser social, o que poderia levar a um maior engajamento dessa no tratamento. Também o aspecto emocional da paciente é desvalorizado ou ao menos não é considerado, como se este não fizesse parte de um atendimento de fisioterapia. Evidencia-se, neste exemplo, uma perspectiva patologizada com uma noção de doença orgânica, a fim de restaurar a função da paciente, a estagiária busca soluções para os acometimentos físicos, porém, como estes são expressos emocionalmente ou socialmente pela paciente, no seu dia-a-dia, não é considerado.

Em comparação observei que uma paciente apresentava vários hematomas, inclusive no rosto, e pergunto a Denise o que ocorreu. Esta refere que a paciente caiu ao vir para a fisioterapia, então ao nos aproximarmos da paciente, a fisioterapeuta sugeriu o uso de bengalas, o que foi prontamente descartado, uma vez que comenta que já caiu com ou sem bengalas e que “se Deus quer que passe por isso, eu vou passar”. Neste exemplo verifica-se que o fato de a paciente cair, referido pela fisioterapeuta como “perda de equilíbrio” é percebido pela paciente como algo para além de uma limitação física, envolvendo uma determinação sobrenatural, denotando uma perspectiva de perturbação, conforme o conceito de *illness* de Helman (1981).

Os fisioterapeutas entendem o cuidar dos outros, a partir de uma racionalidade apreendida na academia, onde os aspectos físicos são mais valorizados que os aspectos psíquicos e sociais dos sujeitos conforme destaca Camargo Jr. (1997). Este aprendizado mais acadêmico fica explícito no caso de uma estagiária que se encontra numa posição de conflito

entre o que sua orientadora acadêmica deseja, que é baseado nos acometimentos físicos e respostas orgânicas decorrentes da “patologia” AVC, e o que a estagiária e a co-orientadora fisioterapeuta do serviço desejam, que é a compreensão do acometimento e suas repercussões subjetivas a este, onde o subjetivo aqui é entendido como a compreensão por parte dos pacientes e de seus familiares da patologia, seu contexto atual, e as formas de lidar com esta nova realidade. Percebe-se que o conflito de idéias está muito mais vinculado à concepção do que um fisioterapeuta “pode” fazer por uma pessoa com este tipo de acometimento relacionado a uma forma apreendida de fisioterapia. De modo que mesmo no meio acadêmico ocorre a reprodução de valores, no qual a fisioterapia é vista como uma profissão que trabalha apenas as questões orgânicas das pessoas em processo de recuperação.

Interessante ver que esta noção mais ampla de saúde não parte do banco acadêmico e sim de um local de trabalho público, onde mesmo com as dificuldades expressas por uma fisioterapeuta para implementar este serviço, é um modo que não aborda apenas o lado físico dos pacientes, mas também há uma valorização de outros aspectos das pessoas. Ao entendermos que a academia realiza uma formação baseada nos aspectos orgânicos dessas, com ênfase na reabilitação física, há certo conflito com o campo da saúde que busca perspectivas mais abrangentes dos processos de cura, centrados no sujeito e sua busca pela qualidade de vida. Esse conflito ocorre pelo meio acadêmico de um processo científico ao solucionar os acometimentos, tornando-se, por vezes, mais teóricos e descontextualizados da realidade social.

Um bom exemplo de uma perspectiva que visa a algo diferente é apresentado pelas fisioterapeutas Márcia e Jane ao idealizarem e implementarem um serviço de atendimento em grupo para pessoas pós-processo de reabilitação, com a intenção de proporcionar um maior entendimento do que lhes havia acontecido, os cuidados necessários para minimizar as seqüelas e viabilizar uma maior reintegração social. Apesar de já haver no serviço um grupo coordenado por outra fisioterapeuta objetivando as melhoras posturais para pacientes pós-processo de reabilitação normalmente com problemas posturais, criou-se o projeto chamado pelas fisioterapeutas de “grupos”, divididos em dois – um para as pessoas acometidas por osteoartrose e o outro para os que foram acometidos por acidente vascular cerebral. Durante a pesquisa de campo foi-me relatado que, para implementar estes grupos, houve muita dificuldade por parte da gerência do serviço, devido a uma visão muito “conservadora” do que é fisioterapia baseada apenas no processo de reabilitação física do sujeito. Esses relatos vieram ao encontro de pequenas observações que fiz da forma de atender da gerente, onde a ênfase dos atendimentos era, na maioria das vezes, direcionada à parte orgânica da pessoa e

possuindo um papel muito centralizador das decisões sobre como o serviço deveria funcionar. Outro aspecto destacado por Jane é a dificuldade encontrada de trabalhar com grupos, pois a formação acadêmica não contempla este tipo de abordagem, realizando sempre atendimentos individuais.

Em um outro momento, observo a estagiária Ana atender a uma paciente com dor no ombro esquerdo e durante o manuseio ela se apresenta com uma voz com tom e volume médios e um semblante sério, mas não sisudo, porém quando a paciente, ao sentir algum desconforto, realiza uma contração do braço segurando-o, a percepção que tenho é de que a estagiária não fica confortável pelo fato de a paciente sentir dor, como se ela desejasse que a paciente ignorasse a dor e soltasse o braço para poder ser manuseado. Esta descrição que fiz é bem comum de um tipo de situação que ocorre durante o atendimento no ginásio, onde se as respostas dos pacientes aos manuseios forem indesejadas e se fosse possível manusear um paciente sem “sua” intervenção esta seria uma situação ideal. Fato que corrobora para mostrar como os aspectos mais subjetivos do paciente são sempre deixados de lado e considerados por vezes inoportunos ao processo de reabilitação.

Percebe-se que as diferenças entre os locais de trabalho são marcadas por concepções próprias do que é saúde e doença, porém a forma como são trabalhadas apresentam algumas diferenças marcadas principalmente pelas questões de que, no hospital, o objetivo maior é possibilitar ao sujeito a permanência no estado vivo e as “seqüelas” deverão ser posteriormente tratadas possivelmente dentro de um ambulatório. Porém este caminho nem sempre é seguido uma vez que o fisioterapeuta do hospital não possui a autonomia para encaminhar um paciente ao ambulatório.

4.2 REABILITAÇÃO E O MANUSEIO DO PACIENTE

A fisioterapia é vista, ainda hoje, como uma profissão reabilitadora, mantendo em alguns aspectos seu papel histórico de “auxiliar de reconstrução” (OLIVEIRA, 2002). Este papel em parte ocorre pela fisioterapia centrar-se na doença como seu “objeto de trabalho” e não nas questões da saúde (REBELATTO; BATOMÉ, 2002).

Este papel de reabilitação da fisioterapia deve-se, em parte, a sua dependência de um diagnóstico médico, agindo assim como “auxiliar” no tratamento médico. A importância conferida ao diagnóstico médico é variável conforme o serviço.

Durante o trabalho de campo, observei que, no ambulatório, havia uma rotina de atendimento que era seguida independentemente do acometimento das pessoas. Inicialmente o

paciente passava por uma avaliação fisioterapêutica, mesmo que já houvesse uma avaliação médica com um diagnóstico prévio, o que foi comentado por Jane como algo necessário para se compreender as necessidades terapêuticas do paciente e a partir daí se estabelecer as condutas fisioterapêuticas a serem seguidas. Flávia referiu que há a necessidade da avaliação médica prévia, pois este profissional possui uma “formação mais ampla” que a do fisioterapeuta, opinião essa que não é consenso entre os fisioterapeutas uma vez que muitos acreditam ser o fisioterapeuta um profissional independente e autônomo, fato que é respaldado perante a legislação brasileira. O assunto foi comentado por Jane ao referir a necessidade de uma avaliação fisioterapêutica visto que os diagnósticos médicos por vezes são “muito vagos” e “imprecisos”.

Posteriormente à avaliação, há o estabelecimento das condutas fisioterapêuticas e a combinação com o paciente dos horários e dias a serem realizados os atendimentos. As condutas são estabelecidas conforme a necessidade de cada paciente, porém ocorre certa rotina de atendimento que o paciente realiza ao chegar ao serviço, iniciando pelas técnicas de termoeletroterapia e posteriormente se dirige ao ginásio para realizar os manuseios ou seus exercícios conforme as necessidades de cada um¹².

Já no hospital a rotina seguida se modifica, pois a fisioterapia é solicitada por um médico não havendo um momento de avaliação fisioterapêutica com anamnese e exame físico completo que chamarei de “avaliação clássica”, mas há a cada atendimento uma avaliação mais sucinta para saber como está à condição clínica do paciente e assim poder realizar suas intervenções, ante um prévio e rápido estudo do prontuário. Neste local observei que o fisioterapeuta, apesar de possuir um *status* mais próximo ao de um especialista, possui menor autonomia sobre o paciente, pois depende de uma série de recomendações para realizar suas intervenções. Destacam-se as questões hemodinâmicas do paciente, seus acometimentos pós-cirúrgicos, sempre enfatizando as questões físicas.

Ao observar a fisioterapeuta Maristela conferindo os pacientes que receberiam atendimento fisioterapêutico através do registro no computador da UTI de traumatologia, vejo que a opção “por especialidade” está selecionada e esta se referia aos pacientes com acompanhamento fisioterapêutico para esta unidade do hospital, outra forma de visualizar os pacientes no sistema de informática seria a opção “por setor”. Conversando com a fisioterapeuta Lídia sobre o fato de a classificação da fisioterapia no sistema de informática

¹² Técnicas de Termoterapia são aquelas que utilizam o calor ou frio, podendo ser realizadas através de aparelhos de ondas-curtas, ultra-som, forno de Bier, lâmpadas de infravermelho ou turbilhão. As técnicas de Eletroterapia são aquelas que utilizam as correntes elétricas para analgesias, reforço da musculatura ou mobilizações de líquidos corporais podendo ser realizadas através de aparelhos de corrente galvânica ou TENS.

estar como uma especialidade, indaguei se isso era de fato uma visão do local de trabalho frente a este profissional ou meramente uma organização do sistema de informática. Ela me respondeu que acreditava ser isto uma organização do sistema de informática, porém concordava com essa visão da fisioterapia como uma especialidade que faz parte da “medicina de reabilitação”.

A abordagem reabilitadora é evidenciada nos diferentes locais onde a fisioterapia está inserida, enfatizando-se a busca pela melhora física do paciente e não sua re-inserção social, provavelmente devido aos fisioterapeutas terem uma concepção de a fisioterapia ser apenas uma profissão reabilitadora dos acometimentos físicos das pessoas. Mesmo quando há projetos mais inovadores, como os grupos no ambulatório, há um trabalho físico vinculado às atividades que esses desenvolvem, como que deixar de lado este aspecto seja quase que uma “blasfêmia” de um fisioterapeuta.

A concepção de reabilitação encontra-se extremamente vinculada ao valor atribuído ao manuseio do paciente na prática fisioterapêutica. O não-manuseio do paciente é visto quase como um não-atendimento. O “colocar a mão” no paciente é apresentado pelos fisioterapeutas como uma “arte” que caracteriza a profissão e distingue os profissionais. O fato de apenas orientar e realizar técnicas eletroterapêuticas é visto como um trabalho incompleto do processo de reabilitação.

A própria definição de reabilitação em fisioterapia é uma condição particular, pois visa ao reestabelecimento cinético-funcional das condições físicas do paciente. O que vem a ser isto então? Podemos entender que através de um movimento corporal, realizado pelo paciente ou através do manuseio do fisioterapeuta, busca-se a recuperação das condições físicas que possibilitem uma função nas atividades de vida diária do paciente. Mas esta condição alcançada não necessariamente é a mesma de antes do acometimento sofrido pelo paciente e esta é dependente de uma série de fatores como: condição física do paciente, tipo e extensão da lesão, atividade a ser realizada pelo paciente, compreensão por parte do paciente do processo de reabilitação e engajamento na terapêutica, além da avaliação do profissional perante a dedicação física e moral do paciente e da avaliação das condições orgânicas dentro do processo de reabilitação.

Dentro destes aspectos, o manuseio do paciente é visto como parte importante da recuperação, pois ao realizar a mobilização, o fisioterapeuta está colocando seu “melhor momento” no processo de intervenção, pois esta “arte” necessita de experiência, conseguida na prática profissional, além de, conforme os fisioterapeutas, “quem vai reabilitar é o exercício”. A recuperação é entendida como mais “eficaz” se o paciente é manuseado, pois

assim o fisioterapeuta consegue realizar movimentos com o corpo do paciente que este é incapaz de realizar, ou pela falta de “esquema corporal” ou pela incapacidade que o acometimento traz.

O investimento no manuseio do paciente depende de suas próprias qualidades, onde este é visto como incapaz de “soltar o braço” ou não apresentando uma dedicação à terapêutica, não há um merecimento de “ser manuseado”. Porém o paciente que, ao contrário, apresenta esta condição adequada ao processo parece receber a “honra” do manuseio pelo profissional. Apresentando ainda uma dedicação na atenção por parte do profissional para com o paciente, demonstrado no conversar e explicar incansavelmente as condições e necessidades de que o caso necessita.

A valorização do manuseio provavelmente é oriunda das técnicas que qualificaram os “auxiliares de reconstrução” a tornarem-se fisioterapeutas dentro do processo histórico, pois a massagem, técnica primordial nas origens deste profissional, é uma técnica de manuseio que em muitos casos é entendida como precursora de várias técnicas de terapia manual na atualidade. É acrescida a uma noção de que, para se realizar uma “boa” massagem ou mobilização manual, necessita-se de conhecimento da técnica e principalmente uma experiência refletida na prática contínua destas técnicas. Porém fica contraditório quando há um massoterapeuta dentro do serviço de fisioterapia para realizar esta prática. Este técnico já estava no serviço desde o período do INPS, realizando a massagem nos pacientes. Ávila (1993) refere que o fisioterapeuta sente-se desvalorizado quando realiza a técnica da massagem, mas não seria este um ponto contraditório, uma vez que, as pessoas que realizavam esta técnica no século XVIII vieram a formar o profissional de fisioterapia de hoje. O conflito nunca ficou claro, mas parece que ao manusear o paciente ocorre a valorização da técnica vista como mais moderna e eficiente. O curioso é que muitas destas técnicas de manuseio são oriundas da massagem clássica ou ainda reproduzem elementos idênticos aos realizados na massagem.

Esta concepção de saúde vista através do manuseio é característica da formação profissional em que o atendimento é individualizado e personalizado pela concepção do que é um paciente para os fisioterapeutas. Diferentemente, os trabalhos nos grupos realizados no ambulatório refletem as dificuldades de trabalhar em grupo, já comentadas anteriormente no capítulo 3, pela condição de que, no grupo, não ocorre o manuseio constante e direto e individualizado do paciente, assim como, nestes momentos terapêuticos proporcionados pelo trabalho em grupo moldado pelo esclarecimento ao paciente da sua “patologia” e principalmente a busca pela re-inserção destas pessoas no contexto social objetivando também

uma condição de independência física minimizando eventuais “recidivas”, mesmo que esta seja de difícil realização devido ao comprometimento físico.

O valor conferido ao manuseio do paciente é também uma forma de colocar este como “dependente” do fisioterapeuta, ou seja, de não lhe conferir maior autonomia frente aos seus próprios movimentos. Nas situações em que é possível uma maior autonomia, esta muitas vezes não é incentivada, um exemplo é a não-correção dos eventuais erros dos pacientes ao realizarem seus exercícios, seja por fazê-lo rápido demais ou por executá-lo de forma inapropriada para os objetivos propostos. Como no caso em que questionei a estagiária Silvia sobre o modo como um paciente estava realizando seus exercícios, ela referiu que já conversara com o paciente e que Flavia também o fizera, mas o paciente acreditava estar bem melhor e que os pesos e exercícios propostos não estavam adequados a sua condição física e que poderia realizar exercícios com maior dificuldade e carga. Ao conversar com o próprio paciente este referiu seguir as orientações dos fisioterapeutas e estagiários, mas que poderia ser colocado mais “peso” nos exercícios, pois ele estava bem melhor em relação a sua condição inicial de tratamento. Como de costume verifiquei que, muitas vezes, os pacientes são orientados a realizarem seus exercícios independentemente dos fisioterapeutas, é claro, a partir do momento terapêutico em que isso é possível, mas o que notei foi que havia certo “abandono” destes pacientes, pois não ocorriam correções necessárias e quando estas eram realizadas, como no caso citado acima, os profissionais e estagiários o faziam apenas uma vez ou duas sem tentar mostrar ao paciente as reais necessidades de se realizar corretamente o proposto, de forma que, por não ser mais um momento de manuseio, este não requer muita atenção pelos profissionais.

Flavia comentou comigo, várias vezes, que os pacientes não apresentavam um “esquema corporal” adequado e que não eram como “nós fisioterapeutas” que ao realizarmos qualquer exercício aprendíamos como fazê-lo rapidamente. Não sei se aprendemos mais rápido, como se os fisioterapeutas possuíssem alguma predisposição genética à facilidade de executar exercícios, ou se é pelo fato de nós trabalharmos mais nossos corpos, e estudarmos mais os movimentos do corpo humano que nos possibilita essa aprendizagem rápida dentro de uma racionalidade corporal, em comparação aos pacientes que, muitas vezes, nunca realizaram algum tipo de exercício físico a não ser no máximo suas atividades laborais.

Ao mesmo tempo em que o manuseio é valorizado, ele é percebido como erigindo um grande esforço físico por parte dos profissionais. Ao entrevistar Margarete, esta refere que os fisioterapeutas devem se revezar dentro do ambulatório nos atendimentos aos pacientes de modo a evitar sobrecarga em algum profissional que atue em fisioterapia respiratória, por

exemplo, pois há alguns desgastes físicos dos profissionais em relação a este tipo de acometimento dos pacientes. Ela refere que já sentiu este tipo de problema, pois hoje ainda sente os reflexos de uma tendinite do músculo supra-espinhoso do ombro direito, que lhe dificulta o manuseio dos pacientes¹³. Sua tendinite é oriunda de realizar, por um longo período, somente manuseios respiratórios com técnicas de compressão e vibração da caixa torácica dos pacientes com secreções pulmonares. Por isso ela defende a idéia de que os fisioterapeutas são generalistas e não especialistas tendo que atender a todos os tipos de acometimentos físicos que o serviço absorve.

A ênfase na reabilitação dificulta a inserção da fisioterapia em outros espaços da área da saúde, como é o caso do Programa Saúde da Família. Apesar de haver um projeto de inserção do fisioterapeuta nos Programas Saúde da Família, este não é visto como um tipo de atendimento de fisioterapia, mesmo que tenha sido desenvolvido pelas fisioterapeutas do ambulatório em parceria com outros profissionais da área da saúde. A visão de que o fisioterapeuta é um profissional reabilitador fica evidente ao discutir com as fisioterapeutas sobre este projeto, onde suas idéias me parecem ser muito mais de “atendimento domiciliar” que promoção e prevenção da saúde das pessoas. Destaco estas diferenças em primeiro lugar pelo tipo de objeto de trabalho onde, no atendimento domiciliar, o foco permanece centrado na doença e, na perspectiva da prevenção e promoção, o foco desloca-se para a saúde, mudança esta de paradigma essencial como demonstrado por Czeresnia (2003) em seu texto sobre “o conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção”.

4.3 O CONTROLE MORAL NA SAÚDE

Neste item, procurarei demonstrar como as pessoas estão sob um controle coletivo de seus modos de agir e pensar, independentemente se são fisioterapeutas, estagiários ou pacientes. Esse fato nos remete a conceitos sobre saúde oriundos a partir da qualidade moral dos sujeitos.

Duarte (1992) refere que, ao passar dos anos, as pessoas sofrem alguns tipos de julgamentos em relação às suas atitudes, sejam profissionais, sejam pessoais. Este julgamento pode ocorrer em relação às horas trabalhadas, de modo que no serviço, tanto ambulatorial quanto no hospitalar, há um controle interno que deve ser entregue mensalmente para

¹³ Tendinite é um processo inflamatório de um tendão, no caso citado do músculo supra-espinhoso que se localiza no ombro e realiza os movimentos de abdução do ombro. Muito utilizado em manobras fisioterapêuticas respiratória como vibração da caixa torácica dos pacientes.

averiguar a jornada de trabalho de cada servidor público ou ainda frente às rotinas a serem cumpridas, como por exemplo, a arrumação semanal que ocorre o ambulatório havendo uma alternância do turno responsável a cada semana pela troca dos lençóis e organização dos materiais ou na escala para os plantões no hospital. Poderia citar várias formas institucionais de controle das pessoas frente ao serviço, porém me interessa muito mais os controles morais a que as pessoas estão submetidas, seja este oriundo da chefia, seja este vindo dos colegas ou pacientes dos serviços de fisioterapia.

Um termo muito utilizado pelos fisioterapeutas, ao referirem como deveria ser alguém que trabalha no serviço público, é denominado de “perfil”. Este, por sua vez, enfatizado por Flavia ao comentar que os profissionais de saúde para trabalharem na prefeitura devem se “adequar ao perfil” de um profissional do serviço público, denotando sempre a idéia de que há um modo de se comportar e pensar que é desejado ao ingressar no serviço. Cada fisioterapeuta, ao passar pelo concurso público, e ser chamado para o trabalho, deve realizar um estágio probatório obrigatório por três anos, sendo avaliado por seu supervisor, a cada mês. A fisioterapeuta Flavia, coordenadora do ambulatório, havia comentado que estes três anos são necessários para se “conhecer a pessoa” e ver se tem “perfil para o serviço público”, mas o que significa isso? Percebi que o tal perfil é uma forma na qual os profissionais devem agir dentro do serviço, dedicando-se à assistência terapêutica e às rotinas de trabalho, buscando aperfeiçoamento e sempre trabalhando para melhorar o serviço, independentemente se este “melhorar” é possível sem algum tipo de intervenção de instâncias superiores, como no caso do projeto da Rede de Reabilitação que não foi implementado porque as “chefias” não o “tiraram da gaveta”.

Ao observar que os estagiários são constantemente cobrados por suas atitudes, seja na atenção frente a uma explicação, seja no volume da voz ao lidar com um paciente, verifiquei que nestes casos ocorre uma avaliação de quem está sendo apto a se tornar um fisioterapeuta. Por exemplo, quando Artur, numa das UTI, explicava às estagiárias a forma correta de aspiração, ele percebeu que muitas estavam mais atentas aos sons emitidos pelos demais pacientes ou pelas intermináveis campanhas de alerta dos aparelhos “conectados” aos pacientes. O fisioterapeuta, em forma de “brincadeira”, comenta que “ouviu dizer que as mulheres têm uma capacidade maior de prestar atenção que os homens” e que ele gostaria de saber qual delas iria “explicar corretamente” o procedimento que ele havia demonstrado. Parece uma simples chamada de atenção o exemplo citado, mas demonstra um modo de controle sobre as estagiárias que devem estar atentas ao que é “importante” sem perder a atenção nas ações “corretas” do fazer fisioterapêutico.

Esse tipo de controle sobre a forma de agir é evidenciada quando ouço Jane referir que um fisioterapeuta deve estar sempre realizando atividade física para poder suportar o ritmo de trabalho. Idéia que remete a um preparo adequado para suportar longas horas de trabalho manual, reforçando a idéia de que o fisioterapeuta realiza mais atividade manual que intelectual. Esta perspectiva também reforça o controle social a que os corpos estão submetidos, com a incorporação de valores e modelos de corpos socialmente produzidos, onde mesmo sem perceber conscientemente, há a reprodução dos valores incorporados no convívio social, no caso dos fisioterapeutas, reforçado durante o processo acadêmico através do cuidado do corpo.

Esta forma de controle moral, que Duarte (1992) chama a atenção, também ocorre em relação ao que os fisioterapeutas e estagiários referem de seus pacientes. Nos poucos momentos observados de correção por parte dos profissionais da forma de execução dos exercícios por parte dos pacientes, por realizarem estes de forma incorreta, o que foi definido por Flavia como falta de “esquema corporal”, devido a pouca compreensão dos gestos adequados ao processo de reabilitação.

Outro exemplo é o julgamento que fez Flávia de um paciente, ao referir que o fato da paciente estar acima do peso “pré-julgado” como ideal, era uma questão de “falta de vergonha”, comentando como uma pessoa poderia se deixar chegar nesta situação era algo “de descuido e desleixo”, pedindo a Deus que nunca seja assim, ela demonstra como as pessoas são vistas. Este pré-julgamento também é verificado quando estava conversando com Denise sobre um paciente que havia sido avaliado. Ela refere que era um “esporão calcâneo”, ou ainda em outra situação em que ao se referir a um paciente este foi nomeado como “deprimido” devido aos seus acometimentos. Nestes julgamentos, está sempre implícita uma condição de doença ou de uma “anormalidade” oriunda de uma falta de cuidado corporal que em algum momento é definidor da condição moral da pessoa, seja esta classificação mais evidente ou não. Interessante pensar que mesmo num local de trabalho, onde os aspectos físicos são muito valorizados, há uma vinculação com a questão comportamental dos sujeitos, impondo-lhe sempre uma condição de inferioridade, pois ao não se cuidarem fisicamente eles demonstram falhas do caráter pessoal.

Nesta forma de julgar as pessoas, sejam elas profissionais de saúde ou pacientes que buscam a melhora das condições de saúde, ocorre sempre uma desvalorização da condição humana, onde o outro é colocado em uma falsa posição de “visibilidade”, mesmo quando não tão aparente, em relação a sua condição marcante na posição social. Esta estigmatização das pessoas parece ocorrer de forma a preservar uma posição superior na hierarquia social, de

modo que o sujeito que sofre por possuir um marcador social de estigma é sempre jogado para baixo, preservando a posição superior da condição social do que julga (GOFFAN, 1988).

Ao refletir sobre esta condição de julgamento, verifiquei que ela pode chegar a alguns pontos mais extremos, como no caso do hospital em que as fisioterapeutas estavam discutindo as condições de um paciente que estava “desenganado”. Uma delas referiu que se o paciente estivesse mesmo sem perspectivas de sobrevivência ela não realizaria nenhum atendimento nele, pois havia muitas outras pessoas que necessitavam de atendimento com condições de “melhora efetiva do quadro clínico”. Colocando um valor moral muito alto, uma vez que se elege em quem se deve “investir” e buscar a recuperação e quem não é merecedor desta condição, reforçando a idéia de merecimento do paciente da atenção e manuseio por parte dos fisioterapeutas.

4.4 A EXPERIÊNCIA NA PRÁTICA PROFISSIONAL

Venho destacando que os fisioterapeutas dentro do processo de reabilitação valorizam o manusear o paciente como importante para a cura, porém este manusear é perpassado pelo conhecimento adquirido através dos anos como profissional, desta forma a experiência é elevada a uma instância que por vezes supera o conhecimento científico. Recordo-me de um momento em que Artur, no hospital em meio a um debate com as estagiárias, comentou que nem tudo que se faz é comprovado como “mais eficiente” ou com “comprovação científica”. Algo bastante relevante para um profissional que, além de fisioterapeuta da Prefeitura de Porto Alegre, possui um cargo de supervisor de estágio em uma instituição de ensino superior do curso de fisioterapia. Ele utilizou um exemplo de sua atuação profissional em que, ao realizar a postura de drenagem num paciente, gerou muito deslocamento e conseqüentemente expectoração da secreção pulmonar¹⁴. Em contraponto referiu um autor brasileiro que havia feito um estudo sobre a drenagem postural e o deslocamento das secreções pulmonares, onde, neste estudo, visto como científico, não apresentava uma comprovação da eficácia da técnica, sendo esta então desaconselhada. Nesse exemplo, busco mostrar como, em alguns momentos, os fisioterapeutas se utilizam de percepções pessoais como modo de agir sobre os acometimentos dos pacientes.

¹⁴ Postura de drenagem são posicionamentos em que se coloca a pessoa para, através da ação gravitacional, promover o deslocamento de algum tipo de líquido corporal, o caso as secreções pulmonares que estavam dificultando a ventilação pulmonar e conseqüentemente a perfusão (trocas gasosas) que ocorrem entre os alvéolos e capilares sanguíneos pulmonares.

Mesmo quando vemos as formas mais tradicionais de pensar como o fisioterapeuta deve agir em seu ritual, para a cura do paciente, como no caso de uma avaliação, percebe-se que, em muitos casos, há uma rotina do serviço, mas também se apresenta um modo pessoal de abordar a pessoa. Alguns começam perguntado o que o traz ali, outros pedindo seus exames e como tem se sentindo em relação ao seu acometimento. Independentemente de como isso aconteceu, percebi que a seqüência de uma avaliação é feita em virtude do que o profissional acredita ser o melhor para entender as necessidades do paciente e lhe mostrar as rotinas de tratamento, mesmo tendo todos os profissionais aprendido na academia uma forma vista como “adequada e ideal” para este tipo de procedimento. Esse tipo de ação diferenciada ocorre mais no ambulatório em que há uma avaliação mais formal do paciente recém chegado ao serviço, ainda no caso de alguns fisioterapeutas há a busca para se estabelecer uma relação de vínculo com o paciente. No hospital a rotina é mais ou menos a mesma, variando um pouco mais a relação com a equipe do que com o próprio paciente, talvez em virtude de que o paciente esteja muitas vezes em um estado de torpor que o impossibilita de uma comunicação verbal, mesmo quando dito pelos profissionais às estagiárias que existem “estudos que comprovam que o paciente em coma ouve e percebe tudo ao seu redor”, desta forma havendo o direcionamento para que as estagiárias ao realizarem seus atendimentos mantenham algum tipo de relação com o paciente, mesmo quando o estado de consciência deste não for perceptível.

Independente do modo com que o paciente é abordado, há sempre um “jogo de forças” no intuito de convencer a pessoa que o caminho escolhido pelo profissional é o mais adequado para se alcançar a cura da enfermidade. Percebe-se que a experiência é um bem que é utilizado em momentos de conflito, como um valor de reserva que sustenta a quem o possui no momento da negociação de como proceder em relação às técnicas a serem utilizadas.

Devemos pensar ainda na técnica escolhida pelo fisioterapeuta, ao realizar suas intervenções, pois estas, mesmo possuindo um direcionamento pessoal, demonstram muito as formas de perceber os acometimentos. Por exemplo, um profissional que visa dentro de seu atendimento a entender como a pessoa se sente em reação ao processo de doença que lhe acomete, como são suas atividades diárias, sejam elas laborais ou domésticas, estabelece uma relação bem mais próxima com o paciente e conseqüentemente um vínculo terapêutico maior. No que resulta essa proximidade paciente-terapeuta? Pelo que observei, há uma maior crença nas ações do profissional em direção a cura, de modo a estabelecer um processo de compreensão de todas as possibilidades terapêuticas que pode eleger para as necessidades de vida diária do paciente, mas para esse profissional, na maioria das vezes, a utilização destes

procedimentos a partir de sua experiência, o direcionar a necessidade de mapear para o caso determinado estes fatos objetivando a reabilitação de forma mais eficiente.

As formas de agir são, em muitos momentos, relegadas ao plano subjetivo do profissional e conseqüentemente implicando na forma do processo de cura, que está centrada em sua grande maioria no orgânico. Destaco como contraponto o caso dos grupos de apoio a pacientes acometidos por osteoartrose e acidente vascular cerebral, os quais possibilitavam uma abordagem mais subjetiva do estado de saúde das pessoas visando a um acompanhamento e a um entendimento do processo de cura e da condição de vida que, em muitos casos, era limitada, mas obviamente não impossibilitada, assim reconduzindo estas pessoas a uma vida social normal, mesmo que, em alguns momentos, houvesse algum tipo de limitação seja este físico ou cognitivo. Porém, mesmo quando este tipo de abordagem é encontrada, ela é baseada na experiência que os profissionais possuem para o entendimento do paciente por aspectos menos orgânicos e mais sociais, além de que estes profissionais, que trabalham com os grupos, estão alicerçando seu fazer na formação e nas vivências pessoais que acumularam através dos anos.

4.5 A ESTRUTURA DO ESTÁGIO

A Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional (LEI N. 9.394, 1996) rege que o estágio pode ser realizado pelo discente que estiver regularmente matriculado, não estabelecendo vínculo empregatício, podendo o estagiário receber bolsa de auxílio.

Ao conversar com os estagiários, estes referiam realizarem “estágio curricular” ou “extracurricular”, de modo que, no ambulatório, este é apresentado apenas na forma “extracurricular” e no hospital é de ambos os modos.

Torna-se importante ressaltar que estas expressões de modos de estágio “curricular” e “extracurricular” não aparecem na forma da Lei de Diretrizes e Bases, apenas contemplado através do termo “estágio”. Para tanto devemos entender que o estágio é para aquele que o realiza sempre pertencente ao seu currículo, independentemente de fazer parte da grade curricular do seu curso de formação. O termo extracurricular é empregado pelas pessoas para distinguir o estágio que não pertence à grade curricular de um curso de fisioterapia, permitindo aos locais de estágio uma distinção entre aqueles que estão realizando suas atividades acadêmicas e os que buscam algum tipo de contato pré-profissional a mais do que o oferecido na grade curricular.

A estrutura mínima para que haja um estágio é definida na Resolução 139/92 do Conselho Federal de Fisioterapia, como necessitando de ao menos três partes, a instituição de ensino, a unidade cedente e o estagiário, podendo ainda intermediar esta relação tripartite uma agência de estágio. Nessa relação há a necessidade de um contrato de estágio entre as partes, no qual segundo a resolução deve constar um fisioterapeuta responsável técnico, chamado de preceptor, caso este não tenha vínculo com a instituição de ensino, numa relação de “1 (um) preceptor para cada 3 (três) acadêmicos”.Necessitando ainda que o estagiário esteja no mínimo no “6º. período da graduação, por ser parte do ciclo de matérias profissionalizantes”. No caso do “estágio curricular”, ocorre ainda a possibilidade de variar apenas o número de acadêmicos sob supervisão nos casos em que “for promovido diretamente por Instituições de Ensino Superior – IES, com preceptor do seu quadro docente, será de 1 (um) preceptor para um contingente máximo de até 6 (seis) acadêmicos” (CREFITO 5, 2004).

No ambulatório, o candidato ao estágio busca através da Secretaria de Saúde de Porto Alegre uma vaga, ficando a seleção a cargo dos fisioterapeutas do serviço. No caso do hospital, os estagiários “curriculares”, as instituições de ensino já possuem um contrato com a unidade, como no caso dos acadêmicos da FEEVALE que possuem supervisão direta do fisioterapeuta Artur, ou ainda como a UNIFRA que encaminha os estagiários ficando estes sob a supervisão de um preceptor do hospital. Há ainda os estagiários extracurriculares que buscam diretamente no serviço de apoio científico uma vaga para estágio, de modo que estes também são selecionados para estágio pelos próprios fisioterapeutas do serviço.

Todos os locais em que há estagiários num serviço de fisioterapia, realizando este tipo de função, estão dentro das normas previstas nas resoluções e definidas na LDB ou estão em situação irregular, podendo o profissional da unidade ser responsabilizado perante o Conselho de Fisioterapia e ainda constituir uma relação de vínculo empregatício, o que acarreta por parte da unidade cedente as responsabilidades perante a lei trabalhista vigente no país.

Os estagiários em sua maioria buscam esta forma de prática, com o intuito de aperfeiçoar suas condições técnicas e conseguir algum tipo de remuneração, uma vez que recebem remuneração e auxílio para o deslocamento até o local de estágio.

O conhecimento que é visado está vinculado principalmente à questão da prática, uma vez que muitos estagiários acreditam possuir um conhecimento teórico próximo ao dos profissionais. Pode-se questionar o porquê realizar um estágio, então? A valorização da prática profissional, o manuseio correto, o contato com o paciente é almejado, pois, por mais que a academia disponibilize estas experiências, os estagiários acreditam ser diferentes dentro

da “realidade” de trabalho, ainda mais se for dentro do Sistema Único de Saúde, conforme destaca a estagiária Carla.

Apesar desta relativa equidade entre os conhecimentos teóricos, percebe-se uma valorização da experiência dos profissionais pelos estagiários, de modo que aqueles que estão no serviço público há mais tempo são vistos como profissionais melhor qualificados em relação aos mais novos, havendo uma valorização evidente do fazer fisioterapêutico perpassado pela prática. Esta discussão será retomada no capítulo seguinte.

A intervenção em saúde é apresentada dentro do que Freidson (1978) destaca como uma construção coletiva de um grupo específico, os quais, ao formularem suas regras de conduta, baseiam-se eminentemente nas ações técnicas de intervenção. Estas ações são normatizadas e tidas como condutas básicas deste grupo, objetivando-se um controle sobre as ações dos sujeitos profissionais. Participei por algumas vezes de encontros de docentes de fisioterapia promovidos pelo CREFFITO-5, os quais tinham como objetivo principal discutir a forma e o que se vem ensinado dentro dos cursos de formação de fisioterapia. Num deles, em especial, discutiu-se a “identidade do futuro profissional de fisioterapia”, tema enfatizado na fala da presidente da entidade.

Os fisioterapeutas acreditam ser muito importante o acadêmico realizar alguma forma de estágio, pois assim, este futuro profissional está aprendendo que a “realidade é diferente da teoria”, como destaca Cristina, que entende a forma da academia de tratar os acometimentos humanos muito teórica e em certos aspectos “distante da realidade social em que vivemos”. Ela justifica sua afirmação referindo que, apesar dos estagiários terem sempre alguma novidade em termos de técnicas de intervenção, o manuseio e a segurança frente ao paciente deixa a desejar, e o estágio proporciona este tipo de experiência.

Interessante pensar que praticamente todos os fisioterapeutas comentam haver a necessidade de aumentar o número de profissionais para suprir a demanda de pacientes e que os estagiários não substituem a mão de obra de um fisioterapeuta, mas poucos referem que o estagiário é utilizado pelos gestores públicos, de certo modo, como substituição de mão de obra. Esta discussão também é feita pelo Conselho de Fisioterapia, o qual busca ao aproximar-se das Instituições de Ensino uma parceria no esclarecimento dos acadêmicos de não servirem como “mão de obra barata” e de que deve haver no estágio uma relação de aprendizado, algo que os próprios estagiários vêem ocorrer dentro do serviço de fisioterapia da Prefeitura de Porto Alegre.

A busca pelo local de estágio e sua prática vem ao encontro de uma racionalidade, uma vez que existe uma reprodução do modo de agir por parte dos estagiários, em relação ao

“fazer” terapêutico aprendido. Este é reforçado ao entrarem em contato com o paciente, pois ao terem uma relação de trabalho próxima aos profissionais, reproduzem sua forma técnica de agir dos fisioterapeutas e, em alguns casos, até o modo de abordar e a relação estabelecida com o paciente.

4.6 APRENDIZAGEM DA PRÁTICA

As formas de aprender são passadas a cada nova geração de futuros profissionais nos bancos acadêmicos, Good (1994) destaca que a partir de uma racionalidade aprendida, os estudantes iniciam um novo modo de ver e agir no mundo, conseqüentemente criam doenças e pessoas doentes. Apesar de, por vezes, haver um conflito entre o aprendido no curso de formação em relação à prática de atendimento vivenciada nos estágios, conforme discutido anteriormente, os estagiários visam através do contato direto com o paciente à melhora de pontos vistos como fundamentais de um “bom profissional”, como: um bom manuseio, segurança na relação paciente-profissional, aprender “o” fazer prático do fisioterapeuta, possibilitando-lhe alguma experiência em relação aos colegas que não realizam atividades de estágio e em alguns casos a necessidade do apoio financeiro que o estágio proporciona.

O manuseio é apresentado como algo fundamental na prática dos fisioterapeutas e para os estagiários adquirir ritmo, toque, “pegada” torna-se um ponto a ser perseguido, pois este “bom manusear” demonstra que o estagiário é apto a realizar a intervenção no paciente. Este contato terapêutico é considerado pelos estagiários como em igual nível de uma prática profissional de fisioterapeuta, como se fosse um ensaio para que “logo mais” ele mesmo faça sua prática profissional.

Ao analisar a ênfase dada ao manuseio, percebe-se a reprodução de valores que qualificam um profissional, de modo que esta ação terapêutica é quem reabilitará o paciente de seus acometimentos. Vinculado ao manuseio, há a prática adquirida através da experiência profissional, como se, ao mobilizar um paciente, o toque possibilitasse uma leitura corporal que os outros sentidos não propiciam. Enfatizar esta forma de tratar é colocar-se em alguns momentos próximo às dificuldades do paciente devido às incapacidades que a doença causa, visando através da mobilização a um “desfazer” da doença.

A prática aprendida através do estágio possibilita ao acadêmico que questione algumas formas de tratamento, conforme destacou a estagiária Cláudia ao referir uma discussão que teve com sua professora em sala de aula. Apesar das inferências fisiológicas apresentadas pela professora, a estagiária comentou que havia atendido um paciente de outra forma, obtendo

sucesso na reabilitação. Este tipo de conflito ocorre pela valorização da prática onde a experiência do atendimento possibilita a acumulação de um capital próprio do fazer fisioterapêutico.

O encontro paciente-terapeuta parece ser um dos momentos mais temidos pelos “novos” estagiários. Durante a pesquisa de campo, observei o desligamento de alguns estagiários e a chegada de novos. Inicialmente há insegurança percebida na voz e atitude frente ao paciente que, em poucos dias, é superado, como se o novo estagiário apresentasse receio deste contato. Conversando com os estagiários mais “antigos” encontrei em suas descrições o relato do receio ao entrarem em contato com o paciente, vivenciado quando eram recém-chegados ao serviço. Já para alguns fisioterapeutas, esta insegurança ocorre devido à academia não proporcionar uma formação adequada e por vezes muito teórica. Em relação ao encontro terapêutico, porém, o receio do estagiário é superado ao conversar com os profissionais e no encontro direto entre paciente e estagiário.

A valorização da experiência prática que o estágio proporciona representa para o estagiário uma economia, como se fosse uma poupança em relação aos seus colegas que não vivenciaram alguma situação de estágio, onde depois de formados esta poupança é vista como um valor agregado para se conseguir um posto de trabalho. Não sei se este tipo de pensamento reflete a realidade de mercado para o fisioterapeuta recém-formado, mas demonstra que, mesmo após vivenciarem uma prática de estágio em um serviço público, todos desejam trabalhar em algum tipo de serviço técnico em clínicas particulares ou em hospitais, mesmo que o hospital represente um local público de trabalho. A ênfase é pela prática técnica.

Há uma diferença no tipo de estágio proporcionado nos serviços de fisioterapia, em que, no ambulatório, os estagiários são remunerados e recebem auxílio para o deslocamento, enquanto que no hospital isso não ocorre. Para alguns, o fato de a remuneração existir foi um dos fatores primordiais de realizarem o estágio no ambulatório, visto que o recurso financeiro que recebiam servia para auxiliar em gastos pessoais.

Em algumas situações, como a que ocorreu no hospital, as estagiárias referiam sentirem-se “usadas”, pois ao estarem realizando atendimento a pacientes, duas fisioterapeutas conversavam em um canto próximo ao posto de saúde. Percebi que o diálogo se estendeu por todo o período dos atendimentos daquele setor, e que, nesta situação, as fisioterapeutas não estavam prestando auxílio às estagiárias. Parece que o fato dos estagiários, ao adquirirem certa prática, independentemente desta ocorrer no hospital ou no ambulatório, são menos supervisionados uma vez que já adquiriram o capital suficiente para atenderem sem a necessidade de uma supervisão intensa e, apenas nos casos de dúvidas ou de

necessitarem de auxílio do fisioterapeuta que está responsável pelo estagiário este é consultado.

Como expliquei, ao descrever a estrutura que envolve o estágio, deve haver uma relação de aprendizagem dentro dessa situação, visto que o estagiário não deve exercer função de “substituição de mão de obra profissional”, mas ao deixa-lo estagiário sem uma supervisão mais intensa, buscando trocar conhecimentos ou até mesmo averiguando o correto procedimento terapêutico, o preceptor está rompendo com a lógica de aprendizagem do estágio, não proporcionando de certa forma a aprendizagem prática tão valorizada.

Para os profissionais, a atualização, referida constantemente como importante, apresenta um fim diferente, mas dentro da mesma lógica do conhecimento prático. Diferente devido a já serem profissionais os cursos de aperfeiçoamento, especialização ou mestrado vem ao encontro de uma situação pessoal como no caso da fisioterapeuta Márcia que realizou uma especialização em Psicologia do Trabalho, pois, naquele momento de sua vida, fazia parte de um projeto que objetivava a criação de uma empresa de prestação de serviços de ergonomia.

O título acadêmico de pós-graduação gera aos profissionais da Prefeitura de Porto Alegre um acréscimo na remuneração e melhor posição no plano de carreira profissional dentro do serviço público. Esta melhora da posição reflete, no aspecto econômico, e no eventual desejo de troca de local de trabalho dentro dos serviços de fisioterapia da Prefeitura.

A busca por aperfeiçoamento profissional, em sua grande maioria, ocorre com o objetivo de melhorar a prática já realizada dentro do serviço de cada fisioterapeuta, em que Lídia comenta os constantes cursos de treinamento para operar os novos ventiladores mecânicos que chegam ao hospital ou ainda alguma jornada científica que foi realizada para atualização de determinada técnica. Na relação do encontro entre o profissional e os estagiários de fisioterapia, há uma troca de informações sobre o que a academia refere ser a forma de tratar mais “moderna” e a prática profissional com todos os capitais que ela produz. Há por parte de alguns profissionais o interesse em saber com o estagiário o que é ensinado na academia, mas este interesse é sempre no sentido de aprender alguma técnica de algum novo manuseio que o profissional desconhece, permitindo assim conforme relatado por Cristina que ela se mantenha atualizada sem gastar com cursos caros.

A ênfase no manuseio é sempre um fator importante ao se decidir qual curso de aperfeiçoamento deve ser feito e somente em casos em que há algum tipo de interesse mais pessoal esta lógica é rompida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar sobre a prática terapêutica dos outros é em certa medida refletir sobre o meu modo de atuar em fisioterapia. Creio que este trabalho ajuda a elucidar alguns pontos importantes na compreensão de quem são estes profissionais de saúde, além de demonstrar que eles não estão lá por acaso, mas sim são frutos de contextos históricos e de trajetórias sociais.

Ao propor a abordagem antropológica para este estudo, busquei a compreensão de como os fisioterapeutas são através de seu próprio entendimento do que vem a ser sua prática profissional. Assim, ao utilizar as representações sociais e as observações da prática fisioterapêutica, objetivei compreender vários pontos que refletiram quem são e como estão inseridos os fisioterapeutas no serviço de saúde da Prefeitura de Porto Alegre e, conseqüentemente, do Sistema Único de Saúde.

O primeiro aspecto que busquei compreender é o que levava essas pessoas a serem fisioterapeutas. Verifiquei que, a partir de uma dada posição social, existem trajetórias mais ou menos comuns que direcionam essas pessoas a uma escolarização. Isso ocorre muito em função de a escola ser vista como um valor que possibilita certa ascensão social do sujeito e conseqüentemente do grupo familiar. Há um investimento da família para que os filhos realizem um curso superior.

O serviço público é visto como uma possibilidade de concretizar o projeto familiar de ascensão social, visto que o emprego público representa certos valores, tais como: a estabilidade no emprego, o *status* social, uma renda fixa.

O processo de escolarização acarreta também o contato com novos valores para os sujeitos que o vivenciam, ocasionando transformações nos valores familiares, de modo, que as mulheres não reproduzem o papel de suas mães que, em sua maioria, eram “do lar”.

O conflito maior ocorre no momento de devolver ao grupo o investimento familiar na escolarização e, conseqüentemente, o alcance do serviço público. Devido aos novos valores incorporados na escolarização e à dificuldade da família de entender que ser um profissional da saúde não corresponde a compreender ou conseguir solucionar todos os problemas de saúde que porventura ocorram, podendo, assim ser geradas. Para solucionar este problema, a estratégia encontrada é em alguma medida orientar e negociar possibilidades terapêuticas para as necessidades das pessoas da família.

Outro aspecto importante para compreender como os fisioterapeutas pensam e agem frente à saúde dos outros é entender que a formação profissional é um processo de construção do sujeito fisioterapeuta. Ao moldar a forma de ver o mundo, através de uma racionalidade técnica, o acadêmico de fisioterapia descobre um modo de entender o corpo e seu funcionamento.

As estruturas anatômicas e patológicas estudadas direcionam o olhar desse profissional para identificar doenças, ou mais precisamente, alterações cinético-funcionais. Através desta discussão, a compreensão do que é o campo científico e suas influências dentro do campo da saúde tornaram-se fundamentais, seja por mesclarem idéias ou por colocar uma hierarquia entre as formas de pensar e agir. Evidenciou-se assim que os conhecimentos dentro do campo da saúde são hierarquizados, muito em função do processo histórico de construção das profissões da saúde, principalmente no que tange à relação de trabalho intelectual e manual. Essa diferença é apresentada como um conflito para os fisioterapeutas, na medida em que o manusear do paciente é visto como um ponto extremamente valorizado. Talvez este seja um dos motivos de desvalorização da profissão, pois ao enfatizar o trabalho manual, hierarquicamente menos valorizado dentro do campo científico, estão assumindo uma posição inferior em comparação a outras do campo da saúde, como por exemplo, a medicina, que está centrada no diagnóstico (trabalho intelectual).

Quando referi a desvalorização da profissão de fisioterapeuta, esta se deve a historicamente ser uma profissão feminilizada, e conseqüentemente vinculada ao papel e cuidado do outro. Esta enfatiza e reforça a idéia de um trabalho manual direcionado por “ordens” médicas, como destaquei na revisão do processo de criação da profissão de fisioterapeuta e posteriormente na discussão sobre o trabalho intelectual e manual.

O valor dado ao manuseio do paciente é visto pelos fisioterapeutas não como um demérito, mas contrariamente, é a mobilização que lhe caracteriza e legitima como um profissional qualificado para a prática da reabilitação. Esse processo é construído dentro de uma visão de como o corpo se comporta frente a seus infortúnios, onde para os fisioterapeutas as disfunções orgânicas são o centro de sua intervenção terapêutica. Mesmo quando há projetos de promoção da saúde, como no caso dos “grupos”, ainda há uma ênfase na disfunção, ainda que tenha como objetivo a reinserção social das pessoas. Obviamente, visualizar a saúde do paciente é algo de conflito entre os fisioterapeutas, pois o processo de incorporação da visão de doença está muito arraigado dentro do campo da saúde.

Esses conflitos ocorrem principalmente no encontro paciente-terapeuta em que há a busca pela melhora física, deixando outros aspectos, vistos como mais subjetivos, de fora do processo terapêutico. O acadêmico de fisioterapia que realiza estágio no serviço de saúde da Prefeitura busca um aprimoramento, reproduzindo em parte as perspectivas culturais dos fisioterapeutas. Essas ficam evidenciadas na valorização do aspecto físico do processo terapêutico, na construção de pessoas doentes, principalmente no que se refere ao “paciente”. O sujeito, paciente moldado dentro de aspectos mais físicos, em comparação aos contextos sociais e psíquicos, gera certa desumanização da relação e conseqüentemente do serviço. Mas os estagiários diferem dos profissionais por serem menos hábeis no manuseio e, como ocorre com os estagiários iniciantes, possuem menor segurança ao dialogarem com seus pacientes.

Um ponto de discussão deste trabalho é se o estagiário é usado pelo gestor público como uma solução para a carência de mão-de-obra profissional. Os fisioterapeutas identificam a necessidade de mais profissionais outros locais ainda não contemplados pela presença deste profissional de saúde. Porém acreditam que mesmo havendo esta necessidade de mais profissionais, os estagiários, mesmo auxiliando para suprir a demanda de pacientes que é sempre alta, não substituem a carência de fisioterapeutas.

Hoje a estrutura do serviço de fisioterapia da Prefeitura de Porto Alegre é limitada, pois quando formulam um projeto como o da “Rede de Reabilitação” para a cidade, visando a aumentar o serviço de fisioterapia à população, este esbarra num processo burocrático e por vezes sem vontade política de implementação. Há muitas queixas por parte dos fisioterapeutas em relação ao vários projetos não-desenvolvidos pelos gestores públicos, mas a “Rede de Reabilitação” é vista como a mais frustrante, pois demandou esforço de uma equipe multiprofissional.

O presente trabalho utilizou as representações sociais para compreender o contexto e, na observação das práticas profissionais, a superação dos limites impostos às pesquisas de

representações sociais. Acredito ser justificável uma pesquisa de cunho antropológico, pois há a necessidade de compreendermos quem somos como fisioterapeutas e quais os caminhos que desejamos para nossa profissão. Deste modo a antropologia nos auxilia a desvendar através de pesquisas a identidade do profissional e porque em alguns aspectos somos vistos ainda como “paramédicos” ou “auxiliares” e não como membros de um corpo de profissionais da saúde. Possivelmente o papel histórico de “auxiliar de reconstrução” ainda seja muito evidente dentro das profissões da saúde, e o “fazer terapêutico” com a valorização do manuseio nos remeta a um papel de descrédito perante o trabalho mais intelectual.

Porém não seria contraditório desvalorizar um “trabalho intelectual” como esta pesquisa, demonstrado nas inúmeras indagações sobre quando eu colocaria a “mão na massa” e, ao mesmo tempo, almejar um lugar de igualdade frente às demais profissões da saúde, uma vez que demonstrei a desvalorização do trabalho manual em relação ao intelectual. Creio que não é visto neste sentido pelos fisioterapeutas e estagiários, mas que o trabalho intelectual de um fisioterapeuta também ocorre, porém este é técnico, ou seja, o que é valorizado como teoria dentro da fisioterapia é vinculado aos estudos do corpo através de seus aspectos físicos e como estes podem ser recuperados. Isso é demonstrado desde a construção de pessoas doentes nos bancos acadêmicos até as abordagens fisioterapêuticas.

A formação acadêmica é descontextualizada na medida em que não prioriza o Sistema Único de Saúde dentro dos princípios que lhe dão sustentação, principalmente o da humanização. Ao enfatizar as “tecnologias duras” e “leve-duras” há uma ruptura na totalidade das pessoas atendidas, pois não ocorre um atendimento que priorize as necessidades dos sujeitos. Enfatizar a relação entre o paciente e o fisioterapeuta, utilizando para isso as “tecnologias leves”, estará propiciando a população um serviço de saúde humano e conseqüentemente mais apto a solucionar os infortúnios das pessoas que procuram os serviços de saúde.

Destaco ainda que, muitas vezes, observei os profissionais fazerem uso do acolhimento aos usuários dentro do serviço, o questionamento anterior vem com a intenção de mostrar que a formação acadêmica é ainda em muito defasada em relação à humanização das ações e que não basta um currículo acadêmico possuir disciplinas de sociologia e antropologia, pois estas devem ter uma continuidade, que em meu estudo sobre a compreensão da antropologia e de seu uso em saúde com formandos de fisioterapia demonstrou não haver (FÉLIX, 2002).

Devemos repensar o modelo que desejamos para a formação acadêmica, pois também é importante entendermos que o mercado de trabalho exige do profissional de saúde um

acolhimento e não a mera solução do problema. Possivelmente deslocarmos nosso foco de atenção não mais para a doença e, sim, a para saúde da população auxilie a modificar este quadro. As perspectivas que enfatizam o ser humano visando à qualidade de vida nos remetem a uma condição que envolve vários setores da sociedade. Destaca-se que para alcançar este nível de saúde devemos pensar em aspectos mais amplos, como: emprego, habitação, saneamento básico, lazer, alimentação, entre outros, direitos definidos constitucionalmente. Assim, além da academia rever seu modo de formação, os governos devem repensar suas políticas sócias.

Um aspecto ainda não comentado é que os profissionais de saúde estão em certa medida muito distantes uns dos outros, mesmo quando tentam trabalhar em equipe, o sistema burocrático dificulta a atuação. Talvez repensar a estrutura do serviço de fisioterapia, onde montar serviços de reabilitação em equipe multidisciplinar seja um início. Destaco que o fisioterapeuta não é um profissional limitado a apenas serviços de reabilitação, mas tem qualificação para projetos de prevenção e promoção da saúde da população.

Ações de prevenção em saúde são definidas por intervenções orientadas, a fim de evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Ao utilizar a epidemiologia como base para essas intervenções, o discurso preventivo, através de ações educativas e preventivas alicerçadas na informação e recomendações comportamentais normativas baseadas em evidência científica, tem como objetivo o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas e outros agravos específicos. A promoção da saúde abrange uma esfera mais ampla de ação que a prevenção, visto que trabalha com ações não-diretivas de uma doença específica, mas com o aumento da saúde e o bem estar geral das pessoas. Dessa forma seu processo estratégico é mais complexo devido à demanda intersetorial das formas de promoção baseadas na melhoria das condições de vida e de trabalho que acomodam as estruturas subjacentes aos problemas de saúde.

Pensar ações em saúde, principalmente de prevenção e promoção, é colocar-se em diálogo com os diversos sujeitos sociais e, conseqüentemente negociar as ações em saúde. Para tal, é necessário estruturar a saúde da população por microrregiões e junto com estas comunidades solucionar eventuais problemas, de forma a horizontalizar as ações em saúde e não mais de forma burocrática. Somente dessa forma, estaremos efetivamente colocando as propostas do Sistema Único de Saúde em ação através de seus três princípios básicos de universalidade, equidade e integralidade.

Kato e Silveira (1994) referem à importância do fisioterapeuta nas ações de prevenção e promoção ao trabalhar em atenção primária em saúde, referendado nas necessidades encontradas em seu estudo, oriundas da demanda do Centro Social Urbano do município de Londrina. Conforme Carvalho (apud. CZERESNIA, 2003), o reconhecimento dos limites do modelo sanitário baseado na exclusividade médica está esgotado e devemos levar em conta as dimensões ambientais, sociais, políticas, econômicas, comportamentais, associadas à área da saúde. Com um modelo complexo de ação, as abordagens de saúde transportam-se a um patamar mais interdisciplinar, obrigando aos diversos atores sociais (antropólogos, sociólogos, fisioterapeutas, médicos, gestores públicos em saúde, políticos, sociedade civil) a trabalharem de forma igualitária em prol da prevenção e promoção em saúde.

Quando refletimos sobre as questões da interdisciplinaridade há a necessidade de se repensar alguns conceitos. Ayres (2002) em seu texto “Repensando Conceitos e práticas em Saúde Pública” realiza um processo de reflexão acerca de subjetividade/intersubjetividade, identidade/alteridade, controle técnico/sucesso prático e tratamento/cuidado. Desse modo, o ato de cuidar passa pela aplicação de técnicas, porém não se restringe apenas a isso, evoca as práticas em saúde pública de tratar, curar ou controlar as afecções, cuidar do outro numa relação de reciprocidade. Mattos (2001) baseada nas proposições do Sistema Único de Saúde chama esta prática de integralidade. Viana e Morato (2003) avaliaram a satisfação dos usuários da fisioterapia do Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SAST Pampulha) coberto pela Universidade Federal de Minas Gerais e constataram a necessidade de adequação da linguagem do fisioterapeuta em suas explicações devido a esse poder ser um fator de exclusão do processo terapêutico, uma vez que, no grupo que abandonou o tratamento, 88% referiram não entender com clareza o profissional. Também relatam que 75% apresentaram algum tipo de “doença osteomuscular e do tecido conjuntivo”, demonstrando a necessidade de mais profissionais, pois havia apenas um fisioterapeuta contratado pelo serviço, porém não sendo esta a única inserção possível deste profissional de saúde dentro do Sistema Único de Saúde.

As diferentes formas de entendimento do cuidado dispensado ao outro podem ser verificadas na forma como se pensam as concepções de saúde/doença. Um aspecto importante das “representações e práticas” é considerar que a doença se constitui também e principalmente em significações, ao utilizar o discurso das pessoas como meio de acesso para os sistemas simbólicos, podemos compreender como esses atores sociais se colocam no mundo. Os estudos de representações sociais podem colaborar nas soluções dos problemas

enfrentados pelos diversos grupos sociais, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

No intuito de alcançar um serviço de qualidade com ações integrais em saúde, devemos pensar em prevenção, recuperação e manutenção da saúde dos sujeitos com ações do Estado que possibilitem através de empreendimentos sociais e econômicos a garantia de possibilidades das pessoas desenvolverem uma vida com qualidade e inserção social. Mattos (2001) refere três conjuntos de princípios de integralidade possibilitadores de um serviço de saúde atento às necessidades do usuário: “o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do Sistema Único de Saúde; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde”. É possível adotar a idéia de que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para ser alcançada na forma mais completa possível. Inicialmente, ela deve ser oriunda do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe interdisciplinar, no espaço concreto e próprio do serviço de saúde pública. A demanda do usuário, bem como a correta tradução de sua necessidade pelos profissionais e serviços, deve ocorrer dentro do entendimento das afecções que o sujeito busca solucionar. Obviamente a questão, aqui referendada, é a busca por uma saúde que contemple todos os aspectos da vida do indivíduo, desde a prevenção até a solução e sua recolocação no convívio social, independentemente do grau de complexidade que lhe afeta.

A pessoa que passa pelo processo de reinserção social se destaca pela indireta colaboração com o próprio sistema de saúde, uma vez que ela pode adquirir subsídios que corroborem na manutenção de seu estado de saúde. Apresentam-se então duas questões: a de diminuição da demanda e conseqüentemente menor oneração ao serviço possibilitando a aquisição de um estado antes não considerado: o de cidadão incluído socialmente.

Por isso, verificar como as representações em saúde dos profissionais de saúde locados na Prefeitura de Porto Alegre são determinantes do modo de ação sobre os sujeitos se torna de profunda relevância. Dessa forma, têm-se a necessidade de se repensar os currículos acadêmicos, tornando-os mais dialógicos com os serviços públicos de saúde. O estudo pode subsidiar as concepções de currículo utilizadas na formação desses profissionais. Uma vez que esses profissionais são o constructo de saberes adquiridos ao longo de sua formação. Além da relevância acadêmica desse trabalho, é importante pensar em sua relevância social, pois ao se falar de um sistema que é gerenciado e financiado por órgãos públicos, a sociedade

civil deve manter um controle fiscalizador sobre suas ações objetivando sempre que o serviço de caráter público, principalmente o de saúde, seja estruturado e eficiente.

Na perspectiva da integralidade observamos um desenvolvimento dos currículos dos cursos de fisioterapia no Brasil, introduzindo de forma sistematizada no início dos anos 50 com o foco voltado apenas para a reabilitação. As terminologias, modelos administrativos, recursos, técnicas e equipamentos empregados na terapêutica eram embasados num modelo médico-cêntrico (OLIVEIRA, 2002). A elaboração de um currículo acadêmico constitui um espaço de disputa de poder, que caracterizam o controle por territórios entre os grupos profissionais socialmente reconhecidos incluindo os de recente surgimento. Em meio a estas disputas de poder ocorre o encontro entre os profissionais de saúde e as pessoas que utilizam o Sistema Único de Saúde.

No encontro terapêutico, há sobre um mesmo objeto a atribuição de significados diversos, como no sentido colocado à doença, onde a “enfermidade seria, então, o modelo que permitiria a mediação possível entre os participantes, que jogam com seus saberes e admitem uma certa lógica de condutas e práticas” (GOMES, MENDONÇA, PONTES, 2002). Se os sujeitos da ação estão em conflito permanente ao buscarem suas identidades e conseqüentemente seu “capital social ou cultural” (BOURDIEU, 2004a), podemos entender que os próprios “agentes” de saúde possuem uma disputa de legitimidade sobre o campo de ação, os corpos dos pacientes.

Ao pensar o corpo como possuidor de limites internos e externos de modo que o interno é visto apenas como interações fisiológicas e o externo como comportamentos de saúde/higiene e, conseqüentemente estes estão vinculados entre si na manutenção da “boa saúde”, estamos agindo de forma reducionista em relação à saúde das pessoas. As relações entre ambiente ou microrregiões e corpo interno ou fisiologia ou para além da fisiologia, de modo que a importância social dada a tal evento fisiológico, seja num rito de passagem de uma menina da infância para fase adulta, devido à manifestação de sua menstruação, devem ser entendidas como simbólicas. Obviamente não estou desprezando a importância do conhecimento científico técnico, principalmente em nossa sociedade, mas estou chamando a atenção para os valores além do orgânico que o corpo possui e que muitas vezes definem a própria forma de intervenção sobre esse corpo-sujeito.

As representações sociais tornam-se a expressão de estratégias e vivências dos sujeitos, de modo que as instâncias de sua regulação não representam meras explicações ou classificações em categorias, mas o lugar de poder gerador do discurso hegemônico. Assim, para compreender os significados nas narrativas dos informantes, devemos realizar uma

interpretação das experiências sociais, como por exemplo, a valorização de um aspecto da doença, como descreve Helman (1994) ao se referir ao processo de dor.

A idéia de que a fisioterapia é profundamente implicada na imagem contemporânea do que constitui o sofrimento e que está restrita ao campo biológico reduz a possibilidade de atender aos anseios dos pacientes além de impossibilitar uma terapêutica mais completa, que contemple as dimensões sociais da doença. A importância de uma formação mais qualificada fica evidente no estudo de Viana e Mereny (2003) em que demonstra a integração ensino-serviço-comunidade como um fator importante nas ações integradas em saúde sejam elas de prevenção ou promoção.

Com a noção da construção social das idéias podemos pensar no conceito de *habitus* descrito por Bourdieu (2004a) para referir as concepções sociais dadas ao corpo/saúde/doença e por consequência ao *habitus* profissional, como no exemplo nas representações e práticas dos fisioterapeutas. Não nos esqueçamos de que a identidade social de uma pessoa é colocada sempre de forma relacional e arbitrária, devido a sua dependência do convívio para a sua formulação.

Assim, identidade profissional configura-se como uma identidade coletiva, como uma construção social um *habitus* profissional que se desenvolve no interior dos grupos e das categorias que estruturam a sociedade e que conferem à pessoa um papel e um “capital” construído nas mediações estabelecidas nas relações humanas.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Simone Nunes. **As Implicações da Paramedicina na Identidade do Fisioterapeuta**. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) - Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [1993].

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Repensando Conceito e Práticas em Saúde. IN: **Aprimorando o Debate: respostas sociais gente a AIDS: anais do seminário: prevenção a AIDS: limites e possibilidade na terceira década**. Parker, Richard e Tertó Jr., Veriano (org.) Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

BERGER, Peter. **Alteração e Biografia** (ou: como adquirir um passado pré-fabricado). In: **Perspectivas Sociológicas**. São Paulo: Editora Vozes, 1976.

BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Simbólicas**. 5.ed., São Paulo: Perspectiva, 2004.

a. _____. **O Poder Simbólico**. 7^A. edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. **La Distinción: criterios y bases sociales del gusto**. 2.ed., Buenos Aires: Taurus, 2000.

_____. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996.

_____. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Editora Merco Zerro, 1983.

BOTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo**. 3.ed., Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. (Ir)racionalidade Médica: os paradoxos da clínica. IN: **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva** (Sexualidade e AIDS). V2, n1, 1992 (203-228) – IMS/UERJ, Relume Dumará.

_____. A Biomedicina. IN: **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva** (Saúde Coletiva, Racionalidades Médicas e Novas tecnologias). V7, n1, 1997 (45-68) – IMS/UERJ, Relume Dumará.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 5ª. REGIÃO. **Legislação**: leis e atos normativos das profissões do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional. 3.ed, Porto Alegre: CREFITO 5, 2004.

CZERESNIA, Dina. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexos, tendências. CZERESNIA, Dina (org.). Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

DUARTE, Luis Fernando Dias. **As Perturbações Físico-Morais e o Trabalho**: Questões de sentido. IN: SILVA Fº., J. F.; RUSSO, J. Duzentos Anos de Psiquiatria: trabalhos apresentados na Jornada de Psiquiatria do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.

DURKHEIM, Émile; MAUSS, Marcel. Algumas Formas Primitivas de Classificação: contribuindo para os estudos de representações coletivas. In: Mauss, Marcel. **Ensaio de Sociologia**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

DURKHEIM, Émile. **As Formas Elementares da Vida Religiosa**: o sistema totêmico da Austrália Martins Fontes: São Paulo, 2000.

FÉLIX, Mauro Antônio. **A Consciência Corporal**: uma possibilidade fisioterapêutica na construção da saúde. Porto Alegre: EsEF/UFRGS, 2002 (Monografia de conclusão do curso de Especialização em Pedagogias do Corpo e da Saúde).

FONSECA, Cláudia. **Família, Fofoca e Honra**: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 6.ed, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a.

b. _____. **Vigiar e Punir**: o nascimento da prisão. 28ª. Edição, Petrópolis: Vozes, 2004.

FREIDSON, Eliot. **La Profesión Médica**: um estudo de sociologia del conocimiento aplicado. Barcelona: Ediciones Península, 1978.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. **Urgência e Emergência em Saúde**: perspectiva de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GOMES, Romeu; MENDONÇA, Eduardo Alves; PONTES, Maria Luiza. **As Representações Sociais e a Experiência da Doença**. Cad. Saúde Pública, v.18, n.5, Rio de Janeiro: set./out. – 2002.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOOD, B. How Medicine Constructs its Objects. IN: **Medicine, Rationality and Experience**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 2.ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. **Disease Versus Illness in General Practice**. Journal of the Royal College of General Practitioners, September, 1981.

KATO, Doren Sayuri; SILVEIRA, Eliane. Avaliação da Importância da Fisioterapia na Rede Primária de Atenção a Saúde. In: **Semina**, Londrina, v 15, ed. Especial, p. 60-63, jun. 1994.

LEI Nº. 8.080, 1990. <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> (acesso em 30 de setembro de 2004).

LEI Nº. 8.142, 1990. <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/LEI8142.pdf> (acesso em 30 de setembro de 2004).

LEI DE DIRETIZES E BASES DA EDUCAÇÃO - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. N. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

MATTOS, Ruben Araujo. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2001.

MAUSS, Marcel. Ensaio Sobre a Dádiva. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MERHY, Emerson Elias. **A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. DMPS/FCM/UNICAMP. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc>>. Acesso em: 5 de novembro de 2004.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implementação, suas perspectivas e suas perspectivas. In: **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. 2.ed, Brasília: NESP/UnB, 1998.

ORTIZ, Renato (org). **Pierre Bourdieu, Sociologia**. 2.ed, São Paulo: Editora Ática, 1994.

OLIVEIRA, Valéria Rodrigues Costa de. **A História dos Currículos de Fisioterapia**: a construção de uma identidade profissional. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Católica de Goiás, [2002].

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Manole, 1999.

SALEM, Tânia. **O Casal Igualitário**: princípios e impasses. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 3, n. 9, p. 24-37, 1989.

VELHO, Gilberto. **Projeto e Metamorfose**: antropologia das sociedades complexas. 3.ed., Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

VIANA, S. O.; MORATO, L. G. Caracterização e Análise da Satisfação da Clientela Atendida pela Fisioterapia do Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador/UFMG. In: **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 7, n. 3, p.237-244, 2003.

VITÓRIA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; Hassen, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Torno Editorial, 2000.

YOUNG, Alan. **The Anthropologies of Illness and Sickness**. Annual Review of Anthropology, 1982, n. 11: 257-285.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Trajetória de Vida

- pessoal/política;
- escolar (≠ vestibulares);
- profissional.

Papel do Fisioterapeuta

- relações à área da saúde e demais profissionais;
- frente à saúde/doença;
- relação à instituição;
- relação às universidades/academia;
- como entendem atenção primária, secundária, terciária;
- como entendem ações multidisciplinares, interdisciplinares, transdisciplinares.

Usuário

- diferentes tipos de pacientes dos diferentes tipos de instituições;
- diferentes problemas de saúde;
- diferentes concepções/formas de afecção;
- dificuldades/facilidades de acesso;
- relação profissional/paciente.

Rotina do Serviço

- quais os encaminhamentos dados;
- abordagens individuais;
- abordagens coletivas;
- critérios de diagnóstico/alta.

Serviço Público

- mercado de trabalho ou melhoria do sistema.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A inserção da fisioterapia no Sistema Único de Saúde é bastante recente e pouco se conhece sobre a realidade dos profissionais que atuam nesta área. O presente estudo se propõe a conhecer e melhorar esta realidade, contribuindo para a reflexão sobre a importância e o papel da fisioterapia no Sistema Único de Saúde.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação nesta pesquisa. Sua participação dar-se-á através da autorização para a realização da observação sobre sua prática profissional e na realização de uma entrevista sobre sua trajetória pessoal e profissional. Os dados coletados não serão identificados, ficando garantida o anonimato dos informantes.

A presente pesquisa faz parte da Dissertação de Mestrado do fisioterapeuta Mauro Antônio Félix, conduzida junto ao programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação de Dr^a Daniela Riva Knauth. Qualquer esclarecimento a respeito pode ser obtido com os pesquisadores referidos acima nos seguintes telefones (51) 9113-6131 (Mauro) ou (51) 3316-6865 (Daniela).

Embora consideremos de grande importância sua participação, a mesma poderá ser retirada a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 200_.

Nome: