
FISIOTERAPIA COTIDIANA: AÇÕES PROFISSIONAIS E DECORRÊNCIAS PARA A POPULAÇÃO

*José Rubens Rebelatto**

REBELATTO, J.R. Fisioterapia cotidiana: ações profissionais e decorrências para a população. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo*, v. 5, n. 1, p. 36-48, jan. / jun., 1998.

RESUMO: O objetivo do presente estudo foi produzir informações relativas aos problemas assistidos pelos fisioterapeutas em uma dada comunidade, examinar os tipos de assistência desenvolvidos em relação a esses problemas e analisar as conseqüências dessas ações para a sociedade. Para isso foram coletados dados em vários setores de assistência fisioterápica e aplicados questionários em profissionais responsáveis por esses serviços. Em relação aos tipos de problemas, os "traumatismos nos membros" foram os mais frequentes, seguidos de "problemas na coluna vertebral" e "problemas neurológicos". No que tange às formas de assistência realizadas, os dados apontam para a inexistência de uma concepção funcional do que seja prevenção em fisioterapia e, para a correspondente ausência de ações visando impedir a ocorrência de problemas com movimentos humanos. As decorrências prováveis de tal situação para a população foram analisadas e, alternativas de encaminhamento futuro, apontadas.

DESCRITORES: Fisioterapia. Prática profissional.

INTRODUÇÃO

A identificação dos problemas que tem sido objeto de intervenção do fisioterapeuta é, reconhecidamente, um tipo de conhecimento fundamental para a proposição do que deve ser ensinado a esses profissionais nos cursos de graduação. Mas, além disso, outras informações também são cruciais para alcançar tal finalidade. Por exemplo, informações relativas ao que os fisioterapeutas fazem ao lidarem com esses

problemas e quais as implicações desse "fazer" para a sociedade.

A geração de tais tipos de informação e o exame crítico de cada um deles, constituem um "pré-requisito" para que seja possível o desenvolvimento de etapas mais específicas do procedimento relativo à proposição do que é necessário ensinar aos futuros profissionais. Dependendo das características dos problemas, das atitudes profissionalmente em relação a eles e de como os resultados dessa atuação contribuem (ou não) para a população em

* Professor do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, UFSCar. Mestre em Educação Especial e Doutor em Educação da Universidade Federal de São Carlos, UFSCar.

Endereço para correspondência: José Rubens Rebelatto. Universidade Federal de São Carlos. Gabinete do Reitor. Rodovia Washington Luiz, km 235. C.P. 676. 13565-905. São Carlos - S.P.

geral. Podem variar, tanto as formas de proceder para gerar os comportamentos necessários, quanto os próprios comportamentos a serem instalados.

Mas, independentemente do que possa vir a ser proposto e da forma pela qual serão produzidas as proposições, é fundamental que se parta de informações advindas de situações reais com as quais os profissionais lidam no seu dia a dia. Da mesma forma, é essencial que o processo pelo qual tais informações venham a ser produzidas se pautem por uma metodologia cuidadosamente planejada que leve em conta as variáveis mais importantes, envolvidas no contexto da assistência usualmente fornecidas por esses profissionais.

De uma maneira geral, o que fica claro é que a descoberta de comportamentos de interesse que devam fazer parte do repertório de um futuro profissional, é proporcional à capacidade dos responsáveis pela formação desse profissional em produzir informações relativas ao exercício da profissão em tela e examinar tais informações à luz do conhecimento existente (na área ou em outras áreas) tendo, inclusive, como referencial as perspectivas desejáveis de desenvolvimento e evolução para a profissão. Com base nessas premissas, o objetivo deste estudo foi produzir informações relativas às situações profissionais envolvidas na assistência fisioterápica e examiná-las de acordo com o conhecimento disponível na literatura atual.

MÉTODOS

Para a consecução do objetivo proposto, o trabalho foi desenvolvido por meio do procedimento descrito a seguir.

O primeiro passo foi a eleição de setores de assistência fisioterápica, nos quais seriam coletados dados que permitissem caracterizar os problemas que, mais frequentemente, têm sido assistidos pela fisioterapia, em uma dada região; e que fornecessem subsídios para identificação de quais tipos de assistência são ministradas em relação a eles. Dessa forma, foram escolhidos setores de atendimento de instituições de ensino superior que forneciam

cursos de fisioterapia e serviços de assistência fisioterápica, localizados nas cidades onde se inseriam as instituições de ensino, cujos fisioterapeutas responsáveis fossem egressos destas últimas.

Tal escolha se justificou por dois motivos básicos. O primeiro deles foi o fato de que as universidades se caracterizam pela produção de conhecimento e que, nelas, a probabilidade de encontrar dados relativos a uma diversificação de tipos ou formas de assistência é maior. O segundo motivo é que os setores de assistência dessas instituições necessitam atender uma quantidade significativa de indivíduos e uma diversificação considerável de problemas, para que possam desenvolver a aprendizagem dos futuros fisioterapeutas (através de estágios).

Considerando esses aspectos, foram eleitas as seguintes instituições: Universidade Federal de São Carlos, Universidade Metodista de Piracicaba e Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Os critérios para escolha dessas instituições foram o tempo de existência dos cursos de Fisioterapia e a proximidade entre elas, possibilitando a circunscrição de uma região específica e o maior acesso aos dados. Para cada instituição de ensino superior foi estabelecida a coleta de dados em três clínicas, localizadas no município onde se inseria a instituição de ensino.

O procedimento de coleta dos dados foi o seguinte:

- o pesquisador dirigiu-se a cada uma das instituições de ensino e realizou uma entrevista com o fisioterapeuta responsável pelo setor de assistência fisioterápica de acordo com formulário previamente elaborado;
- em seguida, solicitou as fichas dos indivíduos assistidos pelo setor, nos últimos três meses, das quais as informações foram retiradas e organizadas em um protocolo;
- finalmente, solicitou ao fisioterapeuta responsável a indicação de três clínicas da cidade, cujos profissionais fossem ex-alunos da instituição. Nessas clínicas foi realizado o mesmo

procedimento de coleta de informações. Dessa forma, foram coletadas informações em 12 setores de assistência fisioterápica (quatro em cada um dos municípios), com um total de 12 entrevistas e dados relativos a 753 indivíduos assistidos.

Em seguida, foi elaborado um sistema de análise por computador (uma adaptação do "software" D-Base 3) que permitisse os diversos tipos de cruzamentos entre as informações coletadas. As informações obtidas das fichas dos indivíduos assistidos pelos diversos setores examinados, foram, então, digitadas e analisadas por meio desse sistema.

As informações constantes em cada ficha foram categorizadas segundo o critério de tipo de problema identificável no registro de queixa ou do diagnóstico. As categorias estabelecidas foram:

- traumatismos nos membros;
- problemas na coluna vertebral;
- problemas reumatológicos;
- problemas neurológicos;
- problemas gineco-obstétricos;
- problemas respiratórios;
- problemas cardíacos;
- problemas buco-maxilo-faciais;
- problemas estéticos; e
- problemas de seqüelas de queimaduras.

Algumas categorias foram subdivididas em outras mais específicas. Assim, "traumatismos nos membros", foi subdividida em: traumatismos nos membros superiores e traumatismos nos membros inferiores. "Problemas da coluna vertebral", foi subdividida em: problemas no segmento cervical, problemas no segmento torácico, problemas no segmento lombar e problemas generalizados. "Problemas neurológicos" foi subdividida em: problemas neurológicos centrais e problemas neurológicos periféricos; e "problemas respiratórios" foi subdividida em: problemas pulmonares e problemas de vias aéreas superiores. As fichas que não possuíam registro do

diagnóstico, nem sobre a queixa, não foram consideradas para análise. Das 753 fichas, 29 não foram classificadas por esse motivo.

Em relação à identificação do tipo de intervenção realizada, foi observado se, nas fichas, constava qualquer outro tipo de intervenção que não se caracterizasse pela simples aplicação de técnicas de tratamento usuais (eletroterapia, termoterapia, fototerapia, cinesioterapia etc.), realizadas no próprio setor de atendimento. Dessa forma, foram anotadas todas as demais formas de intervenção que constassem nas fichas e que se diferenciavam do tratamento convencional da patologia realizado no próprio setor. De uma maneira geral, pelas próprias características destas "outras formas de intervenção", foram estabelecidas quatro categorias: auto-tratamento doméstico; orientação verbal e de como evitar o problema; orientação de atividades da vida diária; e orientação de execução de exercícios pós-alta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PROBLEMAS QUE SE APRESENTAM PARA O FISIOTERAPEUTA NO MERCADO ATUAL DE TRABALHO

Através do procedimento relatado, foram identificados 757 problemas das diversas categorias estabelecidas. Embora o número total de fichas fosse 753 e 29 não tenham sido classificadas, algumas fichas remetiam para mais de um tipo de problema. A Tabela 1 permite examinar os tipos e as quantidades de problemas detectados, bem como sua percentagem. O que pode ser notado é que os problemas relativos a traumatismos, nos membros têm um percentual de 35.79% do total de problemas identificados, e os problemas da coluna vertebral 33.68% desse mesmo total, caracterizando-se como os mais frequentes. Por outro lado, os problemas estéticos e os decorrentes de seqüelas de queimaduras são os que apresentam as menores percentagens, ambos com 0.13% do total.

TABELA 1 - TIPOS, QUANTIDADES E PERCENTUAIS DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS, ATRAVÉS DA CLASSIFICAÇÃO DAS FICHAS DE ATENDIMENTO DE PACIENTES NOS SETORES EXAMINADOS

TIPOS DE PROBLEMAS	QUANTIDADE	PERCENTAGEM
Traumatismos nos membros	271	35.79
Problemas na Coluna Vertebral	255	33.68
Problemas Neurológicos	84	11.09
Problemas Reumatológicos	83	10.96
Problemas Respiratórios	30	3.96
Problemas Gineco-Obstétricos	18	2.37
Problemas Cardíacos	08	1.05
Problemas Buco-Maxilo-Faciais	06	0.79
Problemas Estéticos	01	0.13
Problemas de Sequelas de Queimaduras	01	0.13
TOTAL	757	100

Na Tabela 2 podem ser observados os tipos de problemas que permitiram uma subcategorização, com as quantidades e percentuais de cada subcategoria em relação ao total. No que se refere a traumatismos nos membros, verifica-se que aqueles que ocorrem nos membros inferiores são os mais fre-

qüentes (com 22.72% do total), sendo que os traumatismos que acometem os membros superiores constituem 13.07%.

Em relação a problemas na coluna vertebral, a categoria que mais se destaca é "problemas na coluna lombar" com uma percentagem de 16.38%.

TABELA 2 - TIPOS DE PROBLEMAS, SUBDIVIDIDOS EM CATEGORIAS MAIS ESPECÍFICAS, COM AS RESPECTIVAS QUANTIDADES E PERCENTUAIS DE CADA CATEGORIA, EM RELAÇÃO AO TOTAL GERAL DE PROBLEMAS (757)

TIPOS DE PROBLEMAS		QUANTIDADE	PERCENTAGEM
Traumatismos nos membros	Superiores	99	13.07
	Inferiores	172	22.72
Problemas na Coluna Vertebral	Cervical	61	8.05
	Torácica	33	4.35
	Lombar	124	16.38
	Generalizados	37	4.88
Problemas Neurológicos	Centrais	56	7.39
	Periféricos	28	3.69
Problemas Respiratórios	Pulmonares	27	3.56
	Vias Aéreas Superiores	03	0.39

De uma maneira geral e, considerando as categorias mais específicas, o que se verifica é que os maiores percentuais são relativos a traumatismos nos membros inferiores (22.72%), problemas na coluna lombar (16.38%), traumatismos nos membros superiores (13.07%) e problemas reumatológicos (10.96%). Os de-

mais constituem menos de 10% do total.

A ATUAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS, EM RELAÇÃO A PROBLEMAS QUE SE APRESENTAM A ELAS, ENQUANTO PROFISSIONAIS DA SAÚDE

No que se refere às formas de atuação, os dados coletados foram de dois tipos:

- dados verbais, obtidos por meio de entrevista e relativos à concepção do que seja prevenção em fisioterapia, de como deve ser realizado um trabalho desse tipo e de características que deveriam ter os setores para viabilizar essa forma de atuação;
 - dados documentais, retirados das fichas de tratamento dos indivíduos assistidos pelo setor.
- No que tange à concepção dos profissionais responsáveis pelos setores de assistência examinados a respeito do que se entende como um trabalho de prevenção em fisioterapia, pode-se observar na Tabela 3 as características contidas nas respostas obtidas.

TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS CONTIDAS NAS RESPOSTAS DADAS À PERGUNTA: O QUE VOCÊ, ENQUANTO PROFISSIONAL, ENTENDE COMO TRABALHO DE PREVENÇÃO EM FISIOTERAPIA?

CARACTERÍSTICAS CONTIDAS NAS RESPOSTAS	QUANTIDADE
Apontam para uma atuação geral em relação à população, sem especificar o problema a ser prevenido	5
Apontam para uma intervenção em relação a problemas do movimento, no sentido de evitar sua ocorrência	3
Definem prevenção como uma atuação que evite seqüelas de um problema já existente	2
Entendem prevenção em Fisioterapia como uma atuação que evite problemas com o movimento e que impedem a instalação de seqüelas de um problema já existente.	1
Não definem	1
TOTAL	12

O que pode ser notado é que somente três dos 12 profissionais entrevistados apresentam respostas que apontam no sentido de caracterizar “prevenção em fisioterapia” como: uma intervenção realizada em relação a problemas do movimento e com o objetivo de impedir a ocorrência desses problemas. A maioria (5) das respostas aponta para uma atuação geral em relação à população (educar, conscientizar, dar melhores condições de saúde), sem especificar um determinado objeto de intervenção, em relação ao qual o fisioterapeuta tem a responsabilidade de atuar. Das demais, uma não

define e três apresentam uma confusão conceitual ao não diferenciarem “prevenção de ocorrência de um problema” e “prevenção de seqüelas de um problema já existente”.

Um outro aspecto da entrevista foi a solicitação de exemplos reais que o profissional conhecesse, de trabalhos preventivos em Fisioterapia e, caso não conhecesse, que citasse um exemplo imaginário. A Tabela 4 permite ver algumas características gerais das respostas obtidas e o Quadro 1 apresenta as verbalizações mais comuns em relação aos exemplos dados.

TABELA 4 - CLASSIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS CONTIDAS NAS RESPOSTAS RELATIVAS À SOLICITAÇÃO DE EXEMPLOS (REAIS OU IMAGINÁRIOS) DE ATUAÇÃO PREVENTIVA EM FISIOTERAPIA

CARACTERÍSTICAS CONTIDAS NAS RESPOSTAS	QUANTIDADE
Não conhecem exemplos reais e citam exemplos imaginários	6
Citam exemplos reais mal sucedidos e citam exemplos imaginários	1
Citam exemplos reais mal sucedidos e não citam exemplos imaginários	1
Não exemplificam	4
TOTAL	12

Inicialmente, verifica-se na Tabela 4 que, somente duas respostas se referem a exemplos reais, mesmo assim, apontam para os insucessos dos trabalhos que estes representam. Os demais, ou não conhecem exemplos reais e citam exemplos imaginários (6) ou não exemplificam (4).

Em relação às verbalizações contidas nos exemplos dados e que fornecem alguns indicadores de como se entende o “fazer prevenção em fisioterapia”, pode-se observar três grupos de afirmações (Quadro 1). O primeiro (painel

A), refere-se nitidamente a atuações executadas através de instruções verbais dadas aos indivíduos. O segundo (painel B), embora possam estar indicando também somente instruções verbais, as respostas parecem se aproximar de um treinamento dado aos indivíduos, utilizando-se de modelos ou de situações específicas a que ele esteja submetido cotidianamente. Finalmente, o terceiro (painel C) contém expressões vagas, as quais não permitem a identificação de uma forma de operacionalização.

QUADRO 1 - AFIRMAÇÕES CONTIDAS NOS EXEMPLOS DADOS, A RESPEITO DE COMO FAZER PREVENÇÃO EM FISIOTERAPIA

PAINEL	AFIRMAÇÕES CONTIDAS NOS EXEMPLOS
A	Conversar com crianças nas escolas Dar palestras Orientar verbalmente o paciente Realizar palestras nas escolas
B	Dar noções de execução correta de exercícios Ensinar como sentar e manipular objetos Orientação de atividade de vida diária
C	Orientar quando existir deficiência física Orientar crianças e gestantes Conscientização nas escolas Atuar em postos de saúde Orientar mães e gestantes

Relativamente às características dos respectivos setores de assistência que viabilizam algum tipo de atuação, que se aproxima de uma atuação preventiva, os dados podem ser vistos nas Tabelas 5 e 6. Como decorrência da pergunta “como se faz para evitar que o indivíduo

sofra uma reincidência do problema que apresenta?”, as respostas (Tabela 5) caracterizam-se por enfatizar a orientação verbal, juntamente com o treinamento de exercícios, sendo que as restantes apontam para a inexistência de um trabalho desse tipo.

TABELA 5 - CLASSIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DAS RESPOSTAS RELATIVAS A COMO É FEITO (NOS RESPECTIVOS SETORES) O TRABALHO PARA EVITAR QUE O INDIVÍDUO SOFRA REINCIDÊNCIA DO PROBLEMA

CARACTERÍSTICAS CONTIDAS NAS RESPOSTAS	QUANTIDADE
Não é feito esse tipo de trabalho	3
É feito através de orientação verbal	6
É feito através de orientação verbal e de treinamento de exercícios	3
TOTAL	12

No tocante à pergunta mais específica, sobre a existência – ou não – de procedimentos que prevejam a investigação para identificação dos determinantes dos problemas apresentados pelos indivíduos assistidos, o que se verifica (Tabela 6) é que so-

mente em um setor ocorre a afirmação sobre a existência desse tipo de procedimento; mesmo assim, refere-se a uma “existência esporádica”. Dos demais, dez afirmam “não existem”, um “já existiram mas não existem mais”.

TABELA 6 - CLASSIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DAS RESPOSTAS RELATIVAS À EXISTÊNCIA DE PROCEDIMENTOS (NOS RESPECTIVOS SETORES DE ATENDIMENTO) QUE PREVEJAM A INVESTIGAÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS DETERMINANTES DOS PROBLEMAS APRESENTADOS PELOS INDIVÍDUOS ASSISTIDOS

CARACTERÍSTICAS CONTIDAS NAS RESPOSTAS	QUANTIDADE
Não existem esses procedimentos	10
Já existiram mas não existem mais	01
Existem esporadicamente	01
TOTAL	12

Nas mesmas fichas de avaliação e assistência dada ao indivíduo que procurava cada setor, foi possível identificar também o tipo de intervenção que é fornecida ao indivíduo, conforme procedimento já relatado. Dessa forma, o que se procurou discernir foi a quantos indivíduos eram ministrados, além da assistência curativa, outro tipo de assistência que se diferenciava dessa primeira e que

possuísse a probabilidade de se caracterizar – ou pelo menos se aproximar de uma assistência preventiva. A Tabela 7 possibilita examinar as formas de assistência fornecidas, que se diferenciam (mesmo que gradualmente e pouco) da simples utilização de recursos terapêuticos tradicionais aplicados no próprio setor e com objetivos nitidamente curativos.

TABELA 7 - TIPOS E QUANTIDADES DAS INTERVENÇÕES QUE SE DIFERENCIAM DA ASSISTÊNCIA CURATIVA REALIZADA NOS PRÓPRIOS SETORES, COM A UTILIZAÇÃO DE RECURSOS TERAPÊUTICOS USUAIS

TIPO DE INTERVENÇÃO	QUANTIDADE
Auto tratamento doméstico	20
Orientação verbal de como evitar o problema	12
Orientação de atividades de vida diária	02
Orientação de execução de exercícios após a alta	02
TOTAL	36

Inicialmente, o que pode ser notado é que a quantidade total dessas formas de intervenção é de 36. Considerando que a população examinada se constituiu de 753 indivíduos e

que 127 fichas não possuíam qualquer anotação relativa ao tipo de assistência, tem-se um percentual de 5.75% de formas de assistência que não se caracterizam pelo simples

atendimento ao paciente, através de aplicação dos recursos tradicionais da fisioterapia, objetivando a cura ou recuperação do indivíduo. Verifica-se que 94.25% dos indivíduos foram assistidos através de procedimentos exclusivamente curativos e tradicionais.

Em relação a cada uma dessas “outras formas de intervenção”, pode ser observado que a maior quantidade se caracteriza por ser um “auto-tratamento doméstico”, seguida da categoria “orientação verbal de como evitar o problema”. As demais se constituem por “orientação de atividades de vida diária” e em “orientação de exercícios após a alta”.

Um outro aspecto a ressaltar é que essas “outras formas” de intervenção são utilizadas, mais frequentemente, em relação a determinados tipos de problemas. Ou seja, indivíduos, acometidos por problemas específicos, são objeto de uma maior quantidade dessas formas de intervenção. A Tabela 8 expõe os dados relativos a essa afirmação, onde pode ser observado que os tipos de problemas que geram maior quantidade dessas formas de intervenção, são os traumatismos nos membros inferiores, problemas reumatológicos e problemas na coluna lombar.

TABELA 8 - FORMAS DE INTERVENÇÃO POR TIPOS DE PROBLEMAS, IDENTIFICADAS NAS FICHAS DE ATENDIMENTO NOS SETORES EXAMINADOS

TIPOS DE PROBLEMAS	TIPOS DE INTERVENÇÃO				TOTAL
	AUTO TRAT. DOMÉSTICO	OR.VERBAL COMO EVIT.	ORIENT. A.V.D.	OR. EX. PÓS ALTA	
Traumat. Memb. Inf.	06	01	01	-	08
Traumat. Memb. Sup.	03	01	-	-	04
Prob. Col. Cervic.	01	-	-	-	01
Prob. Col. Torácica	-	-	-	-	-
Prob. Col. Lombar	-	06	-	01	07
Prob. Gener. de Col.	01	02	-	-	03
Prob. Neur. Centrais	02	-	-	-	02
Prob. Neur. Perifér.	01	-	01	-	02
Prob. Pulmonares	-	-	-	-	-
Prob. Vias Aéreas Sup.	-	-	-	-	-
Prob. Gin-Obst.	-	-	-	-	-
Prob. Reumatol.	06	01	-	01	08
Prob. Cardíacos	-	-	-	-	-
Prob. Buco-Max-Fac.	-	01	-	-	01
Prob. Estéticos	-	-	-	-	-
Prob. Sequ. Queimad.	-	-	-	-	-
TOTAL	20	12	02	02	36

AADEQUAÇÃO DO QUE É FEITO EM RELAÇÃO AOS PROBLEMAS E AS DECORRÊNCIAS DAS AÇÕES PROFISSIONAIS PARA A POPULAÇÃO

Nos itens anteriores, foram apresentados os dados relativos aos problemas identificados em um dado conjunto de sujeitos e aos tipos de assistência fornecidos nos setores de atendimento fisioterápico, sendo que desse último tópico foram coletados dados de entrevista e dados documentais.

Ao examinar os dados obtidos através da entrevista, o que parece ficar claro inicialmente é a ausência de uma concepção adequada e consistente do que seja “prevenção em fisioterapia”. Em primeiro lugar, pela falta de percepção de um objeto de intervenção próprio da profissão, em relação ao qual deve-se atuar de diversas formas inclusive preventivamente. Dessa maneira, 41.6% dos profissionais entrevistados, embora entendessem o

conceito do que seja “prevenir”, não especificaram em relação a *que* deveria ser feita a prevenção, no âmbito da fisioterapia, apontando para uma atuação geral em relação à população que não caracteriza a atuação de um determinado profissional. Em segundo lugar, pela própria confusão, ainda existente, a respeito do que seja “prevenção em saúde”, na direção de não diferenciar a atuação preventiva de um “diagnóstico precoce” ou de “prevenção de seqüelas de uma morbidade já instalada”. Nota-se, na Tabela 3, que 25% dos profissionais entrevistados deixam evidenciar em suas respostas esse tipo de confusão. Somente 25% das respostas dadas indicam a preocupação de impedir a instalação de patologias relativas ao objeto de intervenção: “movimento”.

Partindo do pressuposto que as ações profissionais (em qualquer campo) são norteadas por um “quadro conceitual” do que seja o universo de intervenções que é de responsabilidade da profissão, é possível inferir, neste caso e em relação aos setores examinados, que ainda existe uma carência de conhecimentos e de conceitos que tornem viáveis ações profissionais efetivas na direção de uma assistência preventiva das patologias do movimento humano. O próprio desconhecimento dos profissionais a respeito de trabalhos preventivos efetuados (Tabela 4) parece ser um exemplo disso: 50% desses profissionais dizem não conhecer exemplos reais de atuação preventiva em fisioterapia. Os únicos exemplos reais citados foram relativos a tentativas mal sucedidas de uma atuação diferenciada da habitual. Há que se ressaltar que esses exemplos foram dados a partir da conceituação que cada profissional tem a respeito do que seja uma assistência preventiva, fato que torna mais demonstrativa a possível ausência dessa forma de atuação, se forem consideradas as deficiências conceituais expostas na Tabela 3.

As características dos exemplos dados também permitem a identificação de uma percepção deficitária sobre “como atuar preventivamente”. O que se nota é uma ênfase

em atuações que se traduzem em instruções verbais dadas aos indivíduos, sem levar em conta as relações desses indivíduos com o ambiente no qual estão inseridos e nem mesmo um treinamento mais detalhado que considere aspectos da relação indivíduo-ambiente. Essa ênfase também pode ser vista nas respostas relativas ao que se faz, nos respectivos setores, para que os indivíduos não sofram uma reincidência do problema que apresentam.

Finalmente, em relação aos dados das entrevistas, verifica-se a não existência de procedimentos que prevejam a identificação dos determinantes dos problemas que são assistidos, sendo que somente uma resposta refere-se ao acontecimento esporádico de procedimentos desse tipo. Ao analisar esse conjunto de dados, mesmo sem o exame dos dados documentais, fica nítida a pequena probabilidade de outras formas de atuação efetiva que se diferenciem de uma atuação técnico-curativa. Examinando os dados documentais, esta inferência parece ser ainda mais fortalecida.

Inicialmente, nota-se que 94.25% dos tipos de assistência não apontam qualquer outra forma de atuação que não aquelas tradicionais, que se dedicam a “tratar a patologia”, por meio dos procedimentos convencionais da fisioterapia: a aplicação de técnicas dos chamados “recursos físicos de tratamento”. Além disso, dentre os 5.75% que apontam outras formas de assistência, poucos parecem aproximar-se daquilo que pode (ou deve) ser entendido como uma assistência preventiva.

O “auto-tratamento doméstico”, que se caracteriza como outra forma de intervenção mais freqüente, nada mais é do que um tratamento (utilizando os mesmos recursos físicos) realizado em outro local que não a clínica de fisioterapia. Ou seja, continua sendo uma forma de intervenção que só ocorre após o problema estar instalado. Não se aproxima, portanto, daquilo que está sendo proposto como intervenção preventiva: agir antes que o problema ocorra e de maneira a impedir sua ocorrência.

As outras três formas de intervenção:

orientação verbal de como evitar o problema, orientação de atividades de vida diária e orientação de exercícios após a alta. Embora se aproximem mais de uma intervenção preventiva, parecem conter enganos ou, no mínimo, serem insuficientes para impedir uma recorrência do problema ao qual foram dirigidas. Uma orientação verbal de como evitar um determinado tipo de problema, por exemplo, apesar de poder dar alguns indicadores gerais ao indivíduo, deixa de considerar uma série de aspectos (fundamentais!) envolvidos na determinação do problema. Retomando o exemplo dos aspectos ambientais, deve-se considerar que o indivíduo, ao ter sido acometido pelo problema, estava submetido a uma série de fatores do ambiente, sobre os quais ele pode não exercer controle. Um ambiente de trabalho mal planejado, onde o próprio mobiliário ou as ferramentas de trabalho sejam inadequadas, é uma exemplificação clássica desse tipo de situação. É pouco provável que um trabalhador, individualmente, possa exercer influência de tal ordem determinando que a empresa ou instituição onde trabalha, venha investir tempo e recursos na alteração de seu ambiente de trabalho, pelo fato de ele ter apresentado problemas físicos em um dado momento. A própria identificação de relações entre o ambiente e os problemas exige um repertório de conhecimentos, de habilidades e de comportamentos usualmente não acessíveis à população em geral.

Além disso, mesmo que a influência do trabalhador e a identificação das relações fossem possíveis, seria necessário a descoberta do que precisaria ser modificado e de como realizar as alterações, aspectos que exigiriam o auxílio de um ou vários profissionais capazes de lidar com esse tipo de intervenção. Supondo que isso fosse feito, seria necessário, em seguida, um treinamento do indivíduo de forma que ele pudesse relacionar-se mais adequadamente com os novos aspectos do ambiente. Em suma, nada garante que a simples informação oral determine a ocorrência daquilo que foi explicitado do ponto de vista

comportamental, ao “falar algo” a um sujeito, a única certeza possível é que se está dando algumas condições para que o sujeito aprenda a “ouvir algo” que lhe está sendo falado. Se for considerado que um organismo é capaz de aprender aquilo que lhe é permitido fazer, tal afirmação parece adquirir um alto grau de consistência e importância para o entendimento das limitações das atuais formas de atuação profissional.

O mesmo tipo de argumentação é válido para a “orientação de atividades de vida diária”, na medida em que, embora focalizem algumas situações específicas da vida cotidiana do indivíduo, as condições dadas ainda continuam sendo de caráter informativo e, geralmente, apresentadas oralmente e em condições precárias. Mesmo que essa orientação incluía algumas formas de treinamento, seria necessário um “diagnóstico” das atividades que o indivíduo desenvolve, no sentido de identificar: as relações entre algumas delas, o ambiente onde estão sendo desenvolvidas e a ocorrência do problema que ele apresenta. Esses mesmos comentários também são válidos para a “orientação de exercícios após a alta”, pelo fato do aspecto enfatizado por esta forma de intervenção ser o indivíduo, independentemente das relações existentes entre o que ele faz e o ambiente em que o faz.

De uma maneira geral, portanto, nota-se que, dos 5.75% de “intervenções diferenciadas”, realmente realizadas (Tabela 8), a mais freqüente (auto-tratamento doméstico) se constitui em mais um tipo de tratamento. E as demais se caracterizam por enfatizarem algumas partes (não necessariamente as mais importantes) daquilo que poderia ser o início de um procedimento preventivo de prejuízos ao movimento humano, pela maneira como é proposto por este trabalho.

Um outro aspecto a ser considerado, nas informações obtidas, é a própria ausência de relação constante, entre os problemas mais freqüentes e o incremento de formas de atuação que se aproximem de uma intervenção preventiva. Muito embora a categoria de problemas “traumatismos nos membros

inferiores”, foi o mais freqüente e também seja o que contém maior quantidade de “outras formas de intervenção”, o que se observa é que, das oito formas diferenciadas, seis são de “auto-tratamento doméstico”. Da mesma forma, “traumatismos nos membros superiores”, embora seja o terceiro tipo de patologia mais freqüente, apresenta quatro tipos de outras formas de intervenção, sendo que três também se caracterizam por “auto-tratamento doméstico”. O único conjunto de problemas em relação ao qual ocorre uma certa concordância no que tange a formas de intervenção próximas à preventiva, é o de “problemas na coluna lombar” que apresenta sete intervenções, sendo que seis são de “orientação verbal de como evitar o problema”. Mesmo assim, é preciso considerar as deficiências dessa forma de intervenção.

Parece inexistir, em geral, uma preocupação em identificar quais são os problemas que mais estão acometendo a população e, em relação a eles, propor formas de intervenção que possuam a probabilidade de minimizar sua ocorrência, mesmo que não se caracterizem, ainda, como procedimentos comprovadamente preventivos. Essa “ausência de preocupação”, neste momento, parece ser um dado relevante, pelo fato de tender a consolidar o que já está sendo feito, sem questionar sua adequação e a real contribuição social. Em última instância, essa constatação contribui com o que usualmente vem sendo apontado como graus preocupantes de “inércia profissional”, que se caracteriza pela manutenção do entendimento de que os profissionais de saúde são capazes de agir, em relação aos problemas de saúde das pessoas, somente após elas já terem sido acometidas por tais problemas e se encontrarem em níveis críticos de insuportabilidade que as obriga a procurar auxílio profissional. Fica, portanto, a pergunta: ao profissional cabe apenas esperar a ocorrência do problema e atender aos que o procuram quando não suportam mais.

A influência (ou pelo menos a relação) da deficiência conceitual e do próprio conhecimento já desenvolvido e disponível, sobre os

tipos de atuação realizados, também parece ficar nítida através dos dados obtidos. Mas quais são as decorrências dessa situação conjuntural para a população? Quais os problemas que uma visão distorcida e parcial a respeito do que deva ser o campo da saúde e da fisioterapia, e uma atuação profissional coerente com esta visão, podem gerar para a população em geral?

A existência de comportamentos profissionais mais elaborados e complexos e de uma melhor qualidade nos resultados da atuação profissional dependem, em grande parte, do que é ensinado na formação desses profissionais. O ensino de profissionais, nos cursos de graduação nas universidades, por outro lado, depende de duas coisas: de quanto os docentes e responsáveis por esses cursos são capazes de transformar o conhecimento disponível em comportamentos profissionais e das próprias características de qualidade e quantidade do conhecimento disponível. Estas são, evidentemente, decorrências da capacidade de gerar conhecimentos novos e de valor, pelos profissionais das universidades.

Entre as capacitações básicas de um profissional de universidade está, exatamente, a de gerar conhecimento novo e de qualidade e de transformá-lo em comportamentos de seus alunos – que atuarão na sociedade – como condição, inclusive, de tornar esse conhecimento acessível, atribuindo-lhe assim um significado social.

Uma atuação preventiva exige, mais do que os outros níveis de atuação, um conhecimento sofisticado e complexo. Atuar com as variáveis que determinam a ocorrência de um problema, antes que exerçam sua influência e para que o problema não ocorra, exige um conhecimento muito bom sobre os múltiplos determinantes de qualquer evento e sobre a natureza desses processos de determinação. Um conhecimento de qualidade (dependente, para sua produção, de uma formação científica bem feita) é a matéria prima da qual é possível derivar os comportamentos capazes de gerar os efeitos de interesse no meio social: controle dos problemas de saúde.

Parece ser útil caminhar na direção desse

raciocínio, uma vez que está em jogo a importância de se esclarecer as relações entre a produção de conhecimento (pesquisa), a formação acadêmica (ensino) e a atuação profissional (como forma, inclusive, da população ter acesso ao conhecimento existente). Caminhar nessa direção com apoio de dados advindos do conhecimento científico já existente sobre o assunto parece ser um passo importante para

que as universidades deixem de formar seus alunos apenas para atender às “ofertas de emprego” (mercado de trabalho) e comecem a prepará-los para intervir em um campo de atuação profissional (possibilidades de atuação). Esta última exige outra concepção de ensino, muito diferente das tradicionais, formando alguém capaz de “criar empregos” mais do que simplesmente “procurá-los”.

REBELATTO, J.R. Current physical therapy: professional actions and results for the people. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo*, v. 5, n. 1, p. 36-48, jan. / jun., 1998.

ABSTRACT: The purpose of this work was to produce information about the problems observed by the physical therapists, to examine the kinds of assistance developed and the results of this actions to the society. Data was collected in many physical therapy sectors and questionnaires were applied to directors of these sectors. The most frequently observed problems were: “legs and arms traumatism”, “vertebral spine problems” and “neurological problems”. Related to the kinds of assistance, the data showed an absence of the adequate conception about the preventive attention and an absence of actions with the objective to avoid the human movement diseases. The results of this situation upon the people was analyzed and new ways were pointed.

KEY WORDS: Physical therapy. Professional Practice.

BIBLIOGRAFIA

1. BOTOMÉ, S. P. *Administração do comportamento humano em instituição de saúde - uma experiência em serviço público*. São Paulo, 1981. Dissertação (mestrado) - Departamento de Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
2. BOTOMÉ, S. P., DURAN, A. P., DURAN, N. D. *Um procedimento para identificar alternativas socialmente relevantes de atuação profissional do psicólogo*. São Carlos, 1986. Universidade Federal de São Carlos. [não publicado].
3. BOTOMÉ, S. P., ROSEMBURG, C. P. Contribuição da psicologia à saúde pública: análise de uma experiência. *Psicologia*, v. 7, n. 3, p. 1-25, 1981.
4. BOTOMÉ, S. P., SANTOS, E. V. Ensino na área da saúde: o problema do objeto de trabalho. *Ciência e Cultura*, v. 36, n. 6, p. 910-23, 1984.
5. CASTRO, C. E. S. *A fisioterapia e o atual modelo médico*. Texto utilizado no curso de graduação em fisioterapia em 1982. [não publicado].
6. CHAFFIN, D. B., ANDERSSON, G. B. *Occupational biomechanics*. New York : John Wiley & Sons, 1984.
7. CHAVES, M. *Saúde e sistemas*. Rio de Janeiro : Fundação Getúlio Vargas, 1980.
8. GOLDEMBERG, M. A. A. As contribuições da ciência ao ensino: mito e antimito. *Cad. Pesq. Fund. Carlos Chagas*, v. 12, p. 55-9, 1975.
9. LAURELL, A. C. Medicina y capitalismo em México. *Cuad. Pol. México*, v. 5, p. 80-93, 1975.
10. LEAVELL, H. R., CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill, 1977.
11. NUNES, E. D. org. *As ciências sociais em saúde: tendências e perspectivas*. Brasília : OMS-OPAS, 1985.
12. PARRA, N. Tecnologia da educação e o ensino superior - perspectivas. *Educ. Bras.*, v. 1, n. 2, p. 59-86, 1978.

REBELATTO, J.R. Fisioterapia cotidiana: ações profissionais e decorrências para a população. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo*, v. 5, n. 1, p. 36-48, jan. / jun., 1998.

13. POPHAM, W. J., BAKER, E. L. *Como estabelecer metas de ensino*. Porto Alegre : Globo, 1976.
14. REBELATTO, J. R., BOTOMÉ, S. P. Comportamentos envolvidos com o ensino de prevenção em relação a problemas com o movimento e a postura humanos. In: *Ciclo de Estudos sobre Deficiência Mental*, 2. Universidade Federal de São Carlos, out. 1983. p. 17. [Resumos]
15. REBELATTO, J. R., BOTOMÉ, S. P. *Fisioterapia no Brasil: perspectivas de evolução como campo profissional e como área de conhecimento*. São Paulo : Manole, 1987.
16. SKINNER, B. F. *Ciência e comportamento humano*. São Paulo : EDART/EDUSP, 1989.

Recebido para publicação: 25 de abril de 1998

Aceito para publicação: 25 de maio de 1998