

Fisioterapia no Brasil

Autores: José Rubens Rebelatto
Silvio Paulo Botome'

Editora: Manole, 1998

CAPÍTULO II

As Alterações na Concepção do Objeto de Trabalho em Fisioterapia nos Diferentes Momentos da História

Desde o seu surgimento, não existiu, na Fisioterapia, um objeto de estudo e de trabalho claramente definido. O que, confusamente, se considera objeto de trabalho da Fisioterapia desenvolveu-se por caminhos diversos daqueles que dariam sentido e autonomia à Fisioterapia como área de conhecimento, de estudo ou como profissão. Os assuntos, as situações e as ações que se encontram sob responsabilidade de uma área de conhecimento ou dos profissionais que desenvolvem aplicações desse conhecimento são determinados por diversas condições.

Isto é importante na proporção em que um campo profissional ou uma área de conhecimento são o que as pessoas fazem ou o resultado desse "fazer". E falar em fazer é falar de comportamento. De acordo com as observações de Camillo (1986), "a compreensão do comportamento, como fato humano que é, implica na análise de suas relações funcionais com o conjunto dos demais fatos humanos. São exemplos de tais fatos humanos, a educação, a política, o sistema dominante de valores, a religião, a linguagem, a população, a família, o Estado, o trabalho, a economia-produção, a apropriação, a distribuição e consumo, etc." (p. 75).

Nesse sentido, o que faz com que o objeto de trabalho de uma profissão ou o que define uma área de conhecimento esteja sempre

relacionado ao comportamento de quem faz o trabalho nesse campo profissional? Ou de quem produz o conhecimento em uma ou mais áreas relacionadas ao trabalho dessa profissão e aos "fatos humanos" ou condições relacionados a esses comportamentos? O que parece acontecer, freqüentemente, é que uma combinação de diversas dessas condições e fatos humanos, em uma determinada época ou momento histórico, direcionam o objeto de estudo de uma área, ou de trabalho de uma profissão para aspectos definidos e específicos. Conforme oscilarem as condições determinantes, oscilará também o que se concebe como objeto de trabalho da área ou profissão em exame. O objeto de trabalho da Fisioterapia, da mesma forma que o de diversas outras profissões e também de diferentes áreas de conhecimento, sofreu inúmeras mudanças, influências, etc., constituindo-se no que hoje é considerado, proposto ou convencionalizado como sendo o objeto de trabalho da Fisioterapia. É preciso ter claro o que caracteriza o objeto de trabalho da profissão ou de estudo de uma possível área de conhecimento, sob pena de não se saber o que é a própria profissão ou área de conhecimento e como se pode trabalhar nelas ou em relação a elas.

Uma das formas de examinar o que caracteriza o objeto de trabalho de uma profissão ou de estudo de uma área de conhecimento é explicitar de que maneira, nos diferentes momentos da história da área ou profissão, ele tem sido concebido, definido ou "exercido" como tal. No caso da Fisioterapia, como foi sendo considerado o que era o seu núcleo de estudo ou de trabalho desde os primórdios do seu surgimento? Que transformações sofreu o que se considerou como "responsabilidade básica" da profissão? O que podem significar essas oscilações ou constâncias? O que se tem hoje? Que relações isso tem com a história de seu desenvolvimento? O que se pode propor como mudanças necessárias? Uma breve retrospectiva parece ser suficiente para se iniciar as respostas a essas questões.

1. Na Antigüidade já se tratava de "diferenças incômodas" por meios físicos

Na Antigüidade (período mais ou menos compreendido entre 4.000 a.C. e 395 d.C.) havia uma forte preocupação com as pes-

soas que apresentavam "diferenças incômodas"*, designadas "doenças" (ou termos equivalentes). Havia, como decorrência, uma preocupação em eliminar essas "diferenças incômodas" através de recursos, técnicas, instrumentos, procedimentos, etc. Os agentes físicos (por exemplo, a eletricidade do "peixe elétrico", os movimentos do corpo humano...) eram um dos tipos de instrumentos utilizados para eliminar ou reduzir essas "diferenças incômodas".

Na Antigüidade a preocupação principal da utilização dos agentes físicos era com a *terapia*, com o *tratamento* de morbididades que acometiam o homem. Essa preocupação pode ser notada através da citação de alguns autores, relativas a atividades que atualmente são consideradas "Fisioterapia". Segundo Shestack (1979, p. 1) "Os médicos na Antigüidade conheciam os agentes físicos e os empregavam em *terapia*". Já utilizavam a eletroterapia, sob forma de choques com um peixe elétrico, no *tratamento* de certas doenças". Lindeman, Teirich-Leube e Heipertz (1970, p. 177) citam que "o costume de utilizar como *meio terapêutico* as formas de movimento, remonta há vários séculos antes da era cristã. Acredita-se que, no princípio, o uso da ginástica estava unicamente nas mãos dos sacerdotes e que somente era empregada com fins *terapêuticos*". Ou seja, os movimentos do organismo humano, quando estudados, racionalizados e planejados, eram utilizados no tratamento de disfunções orgânicas *já estabelecidas, já instaladas*.

Diversos outros comentários, relativos aos aspectos da evolução desses estudos na Antigüidade parecem fortalecer essa afirmação: "No ano de 2698 a.C. o imperador chinês Hoong-Ti criou um tipo de ginástica *curativa* que continha exercícios respiratórios e exercícios para evitar a obstrução dos órgãos" (Lindeman, 1970, p. 177). "Na medicina Trácia e Grega a terapia pelo movimento constituía uma parte fixa do plano de tratamento" (Lindeman, 1970, p. 177). "Galeno (130 a 199 d.C.) informa que conseguiu, através de uma ginástica planificada do tronco e dos pulmões, corrigir o tórax deformado de um rapaz até lograr condições normais". (Lindeman,

* A expressão "diferenças incômodas" é usada aqui para abranger o que na época era considerado "doença" e que ia além das "diferenças incômodas orgânicas", abrangendo as idéias, o comportamento, as atividades sociais, econômicas, políticas, científicas, etc. Hoje não caberia, a muitas dessas "diferenças" a denominação de doenças, mas ainda se usaria o qualificativo de "incômodas".

** As palavras grifadas não o estão nos originais citados. O grifo é feito para destaque de interesse deste trabalho.

1970, p. 178). Nesses comentários pode-se notar uma ênfase no *tratar*, pela própria terminologia utilizada. Por exemplo: (...) criou um tipo de *ginástica curativa*, (...) a *terapia* pelo movimento constituía uma parte fixa do plano de *tratamento*, (...) *corrigir o tórax deformado* de um rapaz (...). Verifica-se, na Antigüidade, uma ausência de estudos ou aplicações onde o interesse fosse voltado para evitar a ocorrência de morbididades. O trabalho parece ser fundamentalmente definido e dirigido pela “doença” *instalada*, visível e ou incômoda. O que se pretendia era basicamente *curar os indivíduos* que fossem portadores de uma “diferença incômoda” denominada como “mal”, “doença”, “deformidade”, etc. Embora em algumas regiões específicas, houvesse uma preocupação diferenciada em relação à saúde das pessoas, como na Grécia (onde já vigorava a concepção de “*men sanna in corpore sanno*”), essa preocupação parece não ter influído significativamente no desenvolvimento das ações relativas ao cuidado com o corpo humano, na época.

Se compararmos um pouco as concepções mais atuais, teremos possibilidade de ter uma idéia mais clara sobre o que isso pode significar em Fisioterapia. Chaves (1980), por exemplo, propôs níveis de aplicação das ações de saúde. Ao nível 1 corresponderia a *promoção da saúde*, ao nível 2 a *proteção específica*, ao nível 3 o *diagnóstico e o tratamento pronto*, ao nível 4 a *limitação do dano* e ao nível 5 a *reabilitação*. Às ações contidas nos níveis 1 e 2, respectivamente, o autor denomina “medicina preventiva” e às ações relativas aos níveis 3, 4 e 5 denomina “medicina curativa”. As ações das quais os estudiosos da Antigüidade lançavam mão para o atendimento à saúde, se examinadas de acordo com a proposição de Chaves, parecem estar concentradas aos níveis inferiores (3, 4 e 5) de aplicação, o que caracterizaria uma “medicina curativa”. Os níveis 1 e 2, que dizem respeito a uma medicina voltada para prevenção de doenças, parece não ter sido alvo de interesse dos indivíduos que se dedicavam ao estudo e aplicação de recursos que atendessem à saúde da população da época Antiga.

O que aconteceria nas épocas seguintes? Que mudanças haveria nessas concepções predominantes na Antigüidade? O que se alteraria na idéia de que o campo ou atividade profissional se constituía em conhecimento e aplicação de técnicas de intervenção nas “diferenças incômodas”?

2. Na Idade Média as “diferenças incômodas” são consideradas como algo a ser “exorcizado”

Na Idade Média (período aproximadamente compreendido entre os séculos IV e XV da nossa era), em todos os setores da sociedade, predominou uma concepção de “organização providencial”, uma ordem social estabelecida no plano divino. A organização dos Estados e a organização social era um reflexo de tal concepção. Os homens se organizavam hierarquicamente em clero, nobreza e camadas populares, cabendo a cada grupo uma função específica, estabelecida pela “ordem divina”. O camponês, enquadrado nessa ordem, devia trabalhar, cabendo à nobreza guerrear e ao clero o serviço divino. A fé, definida como a fidelidade a essa ordem divina, é tida, nessa época, como uma obrigação elementar do homem, dando ao clero um poder determinante das decisões de quais caminhos poderiam ou deveriam ser seguidos pela sociedade. Como decorrência, os eventos “naturais” eram “causados” por interferência, decisão ou atuação divina ou, no caso de eventos negativos, demoníaca. Ao mesmo tempo em que os eventos eram atribuídos a “causas” extra-terrenas, as relações de produção da época determinavam um tipo de relação comportamental entre as pessoas, que não propiciava, à maioria delas, qualquer acesso a melhores condições de educação, saúde ou conforto. Eram condenados os padrões de comportamento que possuísssem características de acúmulo de bens materiais, classificados, na época, como “usura”. Interessava ao sistema vigente as relações servilistas de produção, onde uma minoria era beneficiada através da produção dos camponeses. A administração da sociedade e as idéias predominantes eram um reflexo dessa organização social, ao mesmo tempo que eram convenientes aos que dela se beneficiavam, servindo à manutenção dessa conveniência.

A Idade Média, com essas características, foi uma época onde ocorreu uma interrupção no avanço dos estudos e da atuação na área da saúde. A interrupção desses estudos parece ter tido dois aspectos principais: o corpo humano foi considerado como algo “inferior”, e as camadas mais privilegiadas (a nobreza e o clero) começaram a despertar interesse por uma atividade física dirigida para um objetivo determinado (aumento da potência física). O primeiro aspecto surgiu como decorrência da influência da religião e dos conceitos religiosos da época, que valorizavam o culto da alma, do espírito. O corpo era apenas um recipiente daqueles. O que

aconteciam com ele era "causado" pelo que acontecia com o que estava "dentro dele". "As ordens religiosas eram inimigas do corpo. Os hospitais da Idade Média tinham caráter eclesiástico, estavam juntos dos mosteiros mais importantes e suas salas de enfermos encontravam-se imediatamente ao lado das capelas; havia, inclusive, altares na sala dos enfermos, não havendo local apropriado para a realização de exercícios" (Lindeman, 1970, p. 178). Do mesmo modo, o interesse pelos estudos e aplicações dos cuidados com o corpo ficavam relegados a um plano secundário. Este segundo aspecto, de certa forma, parece decorrer do primeiro e caracteriza o início de novas formas de aplicação do exercício físico e de novas concepções de sua utilização. Estando o exercício inibido em sua forma anterior de aplicação, a *curativa*, determinadas classes da população começaram a utilizá-lo para outros fins. A nobreza e o clero começaram a despertar interesses por uma atividade física dirigida para um objetivo determinado (aumento da potência corporal), enquanto "para os burgueses e lavradores os exercícios serviam cada vez mais, unicamente como diversão; não havia interesse pela aprendizagem e realização de exercícios com o objetivo de aumentar a potência corporal" (Lindeman, 1970, p. 178). Havia, dessa forma, uma desconsideração com o desenvolvimento de estudos e aplicações dos cuidados com o corpo através de atividades e recursos físicos, enquanto, popularmente, permanecia e se desenvolvia uma valorização não do corpo, mas da atividade física com objetivo de aumentar a força física ou de diversão. É óbvia, novamente, a influência das condições existentes e, principalmente, das relações de produção. Para a classe que era responsável pela manutenção do controle da população, dos bens e da guerra (como decorrência) era necessária uma força física apropriada a isso. Para os trabalhadores privados dos bens e de conforto pelo próprio sistema, o lazer barato e acessível era a atividade física que compensava as condições em que viviam e trabalhavam. Essas novas concepções do uso do exercício físico, embora não tenham sido, na Idade Média, apoiadas por estudos científicos, foram difundidas na época imediatamente posterior, o Renascimento.

3. No Renascimento volta a aparecer alguma preocupação com o corpo saudável

No Renascimento (período compreendido pelos séculos XV e XVI) através do movimento artístico e literário iniciado na Itália e depois difundido pela Europa, aconteceu, em toda parte, um crescimento da arquitetura, escultura, pintura, artes decorativas, literatura, música e um novo enfoque à política. O homem começa a se interessar com mais liberdade pelo seu mundo exterior. A beleza física do homem e da mulher começa a ser valorizada, ao mesmo tempo que os rígidos valores morais estabelecidos na Idade Média sofrem uma decadência. A autonomia e a independência adquiriram valor em contraste com a valorização da dependência e submissão a alguma autoridade ou corporação, típicas da Idade Média. A mistura da lógica com os dogmas religiosos já não era aceita, ao mesmo tempo em que as Universidades surgiam e era nelas que se ia buscar compreensão do mundo e conhecimentos. Na literatura e na arte avançava o naturalismo.

Com a decadência das proibições e restrições estabelecidas pelas condições predominantes na Idade Média, novos conceitos (alguns surgidos ao final da própria Idade Média) aceleraram seu desenvolvimento na época do Renascimento. O humanismo e as artes, desenvolvendo-se, permitiram, paralelamente, a retomada dos estudos relativos ao cuidado com o corpo e a revitalização do culto ao físico. "Mercurialis apresentou princípios definidos para a ginástica médica que compreendiam: 1) exercícios para *conservar* um estado saudável já existente; 2) *regularidade* no exercício; 3) exercícios para os indivíduos enfermos cujo estado pode exacerbar-se; 4) exercícios individuais especiais para convalescentes e 5) exercícios para pessoas com *ocupações sedentárias*" (Wheller, 1971, p. 9).

O que se pode notar nesses períodos (Idade Média e Renascimento) é que, após a estagnação dos estudos relativos ao bem estar físico do homem, ocorreu uma retomada desses mesmos estudos onde a preocupação e a atividade não parecem dirigidas somente ao "tratamento" ou aos cuidados com o "organismo lesado". Apresentam também uma preocupação com a "manutenção" das condições normais já existentes em organismos considerados sãos. Esses novos conceitos, se comparados também com a proposição de Chaves (1980), permitem visualizar outros níveis de aplicação das ações da saúde além do *curativo*. Ao apresentar exercícios para *conservar um estado saudável já existente, regularidade*

no exercício e exercícios para pessoas com ocupações sedentárias, o autor se aproxima do que Chaves denomina “promoção da saúde” e “proteção específica”, caracterizando ações de saúde que definiriam uma “medicina preventiva”.

Esse surgimento apenas inicial de novas direções de estudo, reflexão e trabalho em relação à assistência à saúde nascidas no movimento Renascentista (embora com gestação iniciada ao final da Idade Média) mereceram a atenção dos profissionais e estudiosos das épocas seguintes.

4. Ao final do Renascimento o interesse pela saúde corporal começa a “especializar-se”

Após 1550, o Renascimento na Itália começou a declinar. Com a descoberta do Novo Mundo, no final do século XV, os centros de comércio da região mediterrânea começaram a se transferir para a costa do Atlântico e a própria instabilidade política da Itália contribuiu para que o movimento renascentista declinasse. Mas nos outros países (Alemanha, Países-Baixos, França, Inglaterra) onde o movimento também se iniciara, o desenvolvimento dos estudos e dos trabalhos com as concepções geradas pelo movimento inicial continuaram.

Na fase de transição entre o Renascimento e o estabelecimento da Industrialização, diversos autores desenvolveram trabalhos relativos ao exercício físico que influenciaram as formas de aplicação desse “instrumento” no mundo ocidental.

“Don Francisco y Ondeano Amorós (1779-1849) que não era médico, dividiu a ginástica em quatro pontos. O terceiro era a Cinesioterapia. Como sua finalidade assinalava: *manutenção* de uma saúde forte, *tratamento* de enfermidades, *reeducação* de convalescentes e *correção* de deformidades” (Lindeman, 1970, p. 179). “G. Stebbin e B. Mesendiac vêem como finalidade de seu sistema¹ a *prevenção* de lesões corporais e sua *correção*” (Lindeman, 1970, p. 186). Rothstein, um oficial prussiano, já havia tentado em 1847, ainda que com pouco êxito, transmitir à educação física alemã os pensamentos *preventivos* e *corretivos* do cuidado com o corpo que

¹ O sistema da senhora Mesendiac dá importância ao trabalho de sustentação muscular através da Fisioterapia.

estão contidos no sistema de Ling². “O físico Newman (1850-1880) também se interessou (em seu livro *Gimnasia dietética para sanos*), com mais êxito, pelas idéias *profiláticas* de Ling” (Lindeman, 1970, pp. 186-187). Por outro lado, em 1864, já começaram a surgir proposições de uma divisão na aplicação e, conseqüentemente, nos estudos que tratassem da saúde do homem, diferenciando o tratamento de enfermos dos exercícios de ginástica para pessoas sãs. “Um detalhado informe da Sociedade Médica de Berlim e, 1864, apoiando a ginástica para moças, indica que o tratamento de enfermos mediante exercícios é algo distinto da ginástica para pessoas sãs. O texto diz, entre outras coisas: (...) os enfermos e aqueles cuja coluna vertebral sofre deformidades ou alterações posturais de ombros e cadeira, correspondem às salas de cura e não às lições de ginástica para sãos” (Lindeman, 1970, p. 183). De certa forma, começou-se a estabelecer (ainda que por via indireta) uma divisão profissional no sentido de diferenciar as ações profissionais conforme o estado de saúde da população a ser atendida. Essa visão parece ter contribuído para que o objeto de trabalho da Fisioterapia (que então começava a se delinear enquanto profissão) ficasse restrito ao atendimento de indivíduos já lesados, já acometidos por algum tipo de doença.

5. Na industrialização volta o interesse pelas “diferenças incômodas” com atividades “especializadas” para seu “tratamento”

A industrialização, período historicamente compreendido pelos séculos XVIII e XIX e iniciado na Inglaterra, caracterizou uma época de transformação social determinada pela produção em grande escala, mediante a utilização crescente de máquinas. O novo sistema fabril de produção maquinizada, intensificou também o trabalho operário. À medida que novas máquinas iam sendo introduzidas na indústria, o ritmo de trabalho se acelerava, enquanto muitos operários perdiam o emprego. A população camponesa, despojada das terras, se aglomerava ao redor das cidades. Os estudos,

² Ling foi um professor sueco de ginástica e massagens corretivas que, embora não tenha publicado obras, seus discípulos o popularizaram, particularmente em 1847, quando seus princípios foram bastante divulgados.

em sua grande maioria, se voltaram, inicialmente, para a elaboração e aperfeiçoamento de máquinas que otimizassem o sistema de produção nas atividades industriais e, mais tarde também, para “consertar” os problemas de variadas naturezas que a própria industrialização gerava. Entre eles, os cuidados necessários com os problemas de saúde que a industrialização trazia em uma escala maior do que até então se conhecia (por exemplo: os acidentes).

As novas concepções de utilização das diversas formas de cuidado com o corpo, que começaram a surgir no Renascimento, sofreram, em seguida, alterações significantes com o advento da Revolução Industrial. As classes sociais dominantes voltando a atenção para o sistema produtivo e para atividades lucrativas obtidas através do trabalho de uma população operária submetida a estafantes jornadas de trabalho, bem como as condições sanitárias precárias e a condições alimentares insatisfatórias, provocam o aparecimento e a proliferação de novas doenças. As epidemias de cólera e tuberculose pulmonar, o alcoolismo, os acidentes de trabalho decorrentes do não planejamento, a exploração do trabalho das crianças e jornadas de trabalho de 16 horas por dia exigiram da medicina um desenvolvimento no trabalho e no estudo com as *patologias* que proliferavam. Para isso, as inovações da metodologia científica, até então empregadas na construção de máquinas, na formação de engenheiros para as indústrias, começaram a ser implantadas nas escolas de medicina. Surgem novos equipamentos, novas formas de observação e de identificação de doenças. “Aos gabinetes de curiosidades do século XVII, tantas vezes atulhados de quinquilharias, sucederão, após um intervalo de investigações puramente clínicas, os laboratórios onde o saber médico encontrará seu verdadeiro fundamento científico” (Starobinski, 1967, p. 61).

O abuso da exploração até os limites das possibilidades de vida dos operários e camponeses fazia explodir as “patologias” que, desconhecidas naquelas dimensões, impressionavam. As explicações e “teorias” que predominavam — e convinham às classes dominantes — não indicavam os determinantes das “patologias” (ou “diferenças incômodas”) no ambiente físico ou social (no sistema econômico e social ou no regime político) e sim no próprio “indivíduo doente”. Convinha esse tipo de explicação às classes dominantes assim como convinha “tratar” essas patologias para não perder ou diminuir a sua fonte de riqueza e bem estar, gerados pela força de trabalho das classes baixas. Sem dúvida não convinha a morte ou inutilização dessa fonte. Da mesma forma que, produ-

zindo, não interessava as condições em que vivessem. Bastava “tratá-los” quando suas condições prejudicassem a produção de riquezas ou incomodassem à classe dominante.

Nesse contexto, eram convenientes as explicações da doença baseadas na unicausalidade das patologias que, embora substituíssem a concepção vigente na Idade Média, sobre doenças causadas pelos “demônios” ou “maus espíritos”, por explicações baseadas na descoberta de bactérias ou de vírus, não avançavam para a identificação de outras classes de determinantes das patologias: as condições de vida, de trabalho, de habitação, de higiene ambiental, de instrução, etc. Todas relacionadas com o regime político e com o sistema econômico e social vigente.

Todas as atividades profissionais ou áreas de estudo, que de alguma forma se preocupavam com as condições de saúde do homem, nessa época, parecem ter concentrado seus esforços na descoberta de novos métodos de “tratamento” das doenças e de suas seqüelas. As próprias condições ambientais (sociais) e de trabalho (tecnologia) existentes na época exigiam isso. Dessa forma, a clínica, a cirurgia, a farmacologia, a aplicação de recursos elétricos, térmicos, hídricos, a aplicação de exercícios físicos, etc., sofreram uma evolução dirigida para o atendimento do *indivíduo doente*. Surgia a idéia do atendimento hospitalar. Ao invés de ser asilados em presídios juntamente com marginais, os doentes eram mantidos em um local próprio para tratamento. Nestes locais de *tratamento* eram treinados os novos *profissionais* que iriam atender aos problemas de “saúde” da população. Eram os locais ideais para o desenvolvimento dos estudos clínicos e anatômicos da época. Com essa ênfase ao “tratamento”, os outros caminhos que haviam sido apontados no movimento renascentista, como a “manutenção” de uma condição satisfatória de saúde existente e a “prevenção” de doenças, parecem ter sofrido uma inibição no período do surgimento e desenvolvimento da industrialização. A predominância de uma assistência “curativa”, “recuperativa” e “reabilitadora” é marcante durante esse período.

O surgimento da industrialização não é apenas um período em que se descobre os “sistemas de produção industrial graças aos avanços da ciência”. Mais do que isso, ele é um período em que há profundas alterações nas relações sociais. Embora a industrialização seja, potencialmente, uma forma de maximizar e otimizar a produção de bens e serviços, tornando-os mais baratos e acessíveis a todos, sua gênese se dá em um contexto social e histórico em que

ainda predominava a divisão em classes sociais bem definidas. Os ricos e “nobres” permaneceram donos das terras e das “propriedades” — agora mais poderosos porque existiam tecnologia e conhecimento mais eficazes para aumentar sua riqueza, suas posses e seu poder — e o povo permaneceu apenas “dono” de sua força de trabalho agora mais rapidamente gasta e aniquilada graças ao poder maior de desgaste dos processos de produção industrial e aos processos de organização da sociedade onde seu poder e possibilidades de controlar condições essenciais à vida eram muito menores. O lucro fácil e gigantesco tornou-se obsessão e a qualidade de vida da maior parte da população que produzia esse lucro, foi o preço pago.

Com essa direção no estudo e no trabalho, começaram a surgir, ainda no século XIX, as especializações que, em um grau talvez mais “sofisticado”, se fazem presentes nos dias atuais. “As especialidades reconhecidas há mais tempo (cirurgia, obstetrícia, medicina propriamente dita) juntam-se, no século XIX, e as disciplinas novas se separam do tronco comum. A medicina subdivide-se e o especialista faz sua aparição”. (Starobinski, 1967, p. 75). Surgem, então, de forma organizada e mais definida, a dermatologia e a pediatria, seguidas da psiquiatria, da oftalmologia e da otorrinolaringologia. O corpo de conhecimentos ou as formas de trabalho que viriam caracterizar a Fisioterapia, parecem ter seguido a mesma direção das especialidades médicas, no sentido de compartimentalizar áreas de estudo e campos de atuação profissional. É um outro momento, além do informe da Sociedade Médica de Berlim em 1864 (diferenciando o tratamento de enfermos dos exercícios de ginástica para pessoas sãs), em que se nota uma influência de fatores circunstanciais, restringindo o objeto de trabalho de um campo de atuação profissional, limitando seu exercício a essa ou aquela atividade, usando como parâmetro o prejuízo da saúde da população a ser atendida, ou o tipo de morbidade que a acometeu. O exercício físico e as outras maneiras de atuar que caracterizam a Fisioterapia, segundo esse caminho, no início do século XX são desenvolvidos com uma preocupação voltada para o *tratamento* de pessoas, constituindo uma nova área de estudo e novo ramo de trabalho. Isso pode ser notado através da forma para a qual foram direcionados esses estudos no início do século: “(...) Klapp desenvolveu, entre outras coisas, seus exercícios na “*posição de gato*”¹, e Kohlrausch (aproximadamente em 1920) situa a cinesioterapia sobre todos os métodos relaxadores e distensores e desenvolve com

Teirich-Leube os fundamentos do *tratamento das enfermidades internas e ginecológicas* (...) Durante a guerra se formaram escolas de cinesioterapia, sempre a partir de clínicas universitárias ortopédicas, em Heidelberg, Colônia e Munster (...). Dessa forma, na atualidade, a Fisioterapia só se ensina em clínicas e, em sua maioria, somente em clínicas universitárias. A passagem de instituições de educação física pura para tratamento de enfermos foi levada a cabo na primeira metade deste século” (Lindeman, 1970, p. 188). Além disso, as guerras com suas conseqüências (lesões, mutilações, alterações físicas de vários tipos e graus) produziram também, um grande contingente de pessoas que precisavam de tratamento para se *recuperar* ou reabilitar e re-adquirir um mínimo de condições para voltar a uma atividade social integrada e produtiva.

As especializações de tratamento são convenientes ao sistema existente. Não parece importar por que surge a patologia ou a remoção ou controle de seus determinantes. O que mais interessa é que ela não impeça o indivíduo de produzir ou que não o faça ser um incômodo ou prejuízo para a sociedade (entenda-se, nesse caso, a classe dominante). As especializações de trabalho, nesse sentido, surgem com maior facilidade, rapidez e quantidade porque não interessa a percepção global dos problemas, incluindo sua rede de determinantes, mas sim apenas as técnicas diretas e mais efetivas de “conserto” ou de “re-habilitação” para o indivíduo voltar a uma atividade “social integrada e produtiva”. É óbvio que tudo isso gerou decorrências e avanços tecnológicos para muitos campos e atividades, aumentando as possibilidades de benefício dessas atividades. Assim, a intensificação de atividades e especializações profissionais voltadas para o tratamento de um tipo de lesão de coluna vertebral (frequente em certos tipos de trabalho) também trouxe um maior conhecimento sobre as características e funcionamento da coluna vertebral. A tal ponto que um acidente numa estação de férias pode levar um milionário a buscar o mesmo profissional que trata os operários acidentados nas fábricas. A possibilidade de ampliação e melhor compreensão da natureza desses fenômenos aumentam também por causa de uma mais intensa atividade em relação a esses fenômenos.

¹ Os exercícios na “posição de gato”, propostos por Klapp eram aplicados no tratamento de desvios laterais da coluna vertebral (escolioses).

6. A Fisioterapia atualmente

O objeto de trabalho e de estudo do que hoje chamamos “área da saúde” passou, no decorrer da história, por oscilações significativas. Os tipos de preocupação que geraram estudos e propiciaram reflexões e formas alternativas de trabalho, foram diferentes a cada época como decorrência das próprias circunstâncias predominantes em cada período da história. Na Antigüidade a preocupação em conhecer as diversas morbidades que acometiam o homem e a tentativa de sanar os efeitos e corrigir os distúrbios causados por essas doenças, parece ter sido a constante dos estudos, das tentativas de explicação e das propostas de solução surgidas nessa época. A Idade Média, parece ser uma época de paralisação dos estudos e do trabalho relativos à saúde do organismo humano. O interesse existente sobre as “ações de saúde” nessa época, sofreu uma estagnação, enquanto que a realização de novos estudos e a aplicação profissional dessas ações foram substituídas pelas concepções predominantemente religiosas da época. A retomada desses estudos no Renascimento, apontou novos caminhos e, como consequência desse novo direcionamento surgiu a preocupação de preservar as condições normais de saúde do indivíduo. Nota-se, então, o aparecimento das palavras *manutenção* e *prevenção*. Com o surgimento, evolução e estabelecimento da industrialização, as precárias condições de vida da população e a decorrente proliferação de doenças fazem com que o trabalho voltado para as condições de saúde novamente se concentre na *patologia*, no indivíduo *já acometido pela doença*. Nas épocas subseqüentes (sécs. XIX e XX), aparecem de forma mais definida as especializações médicas, ainda sob a influência da época anterior, mantendo em um grau significativo a preocupação com a *doença instalada*.

Vale ressaltar, nestes diferentes momentos da história, a influência das relações de produção sobre o direcionamento das “ações de saúde” em cada época. Na medida em que essas relações de produção propiciaram um maior acesso das pessoas a melhores condições de vida, os tipos de assistência fornecida aos indivíduos se alteraram significativamente. Na Idade Média, por exemplo, quando vigorava uma relação servilista de produção, que não permitia uma distribuição satisfatória dos bens produzidos, a preocupação com as condições de saúde decresceram a níveis críticos. No Renascimento, quando o sistema de produção se altera, tendo lugar o início das relações comerciais de livre iniciativa, as relações com-

portamentais entre os indivíduos produzem outros tipos e formas de atuação em relação à saúde do corpo humano, produzidos por um avanço do conhecimento, das aplicações do conhecimento e, conseqüentemente, das condições de saúde da população. Da mesma maneira, no processo de industrialização, onde as relações de produção novamente valorizam a exploração do trabalho dos que detinham uma menor quantidade de bens materiais, não permitindo a esses um acesso às melhorias decorrentes do acúmulo de capital, as formas de assistência às condições de saúde novamente se reduzem ao atendimento de uma população já lesada, já acometida de males que necessitam ser “controlados”, não no sentido de “não ocorrência” mas no sentido de “manter-se em níveis” que não perturbem o sistema social. Partindo do pressuposto da não perturbação do sistema social vigente e predominante, o desenvolvimento das profissões no campo da saúde, por muitas vezes, parece ter sido orientado a trilhar caminhos sem mesmo levar em conta os conhecimentos científicos já produzidos e disponíveis. Como exemplo disso, vale notar que, muito embora as teorias da unicausalidade das doenças tenham sido superadas e, na década de 60, se tenha desenvolvido o conceito da multicausalidade desses fenômenos, os fatores mais enfaticamente abordados foram aqueles que possuíam menor probabilidade de sugerir alterações que comprometessem o sistema social, independentemente de seu potencial de determinação nas condições de saúde da população. Dessa forma, ignorando os próprios conhecimentos produzidos no campo da Epidemiologia Social sobre as influências dos sistemas de produção nas condições de saúde da população, a atuação profissional em saúde e a formação de novos profissionais nesse campo continuaram — e continuam — baseadas nos conceitos biológicos (ou quando muito ecológicos) da determinação das doenças e na intervenção profissional voltada para a eliminação dos fatores individuais ou de pequenos grupos. Quando considera o problema de saúde de uma população o faz como se fosse a somatória dos problemas individuais dos componentes dessa população.

A Fisioterapia, fazendo parte da chamada “área da Saúde”, sofreu essas mesmas oscilações no decorrer da história. Teve os seus recursos e as suas diversas formas de atuação voltadas quase que exclusivamente para o atendimento ao indivíduo doente. A assistência à saúde é feita, nesse sentido, quando essa se encontra em seus piores níveis, para reabilitar ou recuperar condições que o organismo perdeu. A própria denominação das formas de atuação

da Fisioterapia já evidencia isso tanto quanto a própria composição do nome da profissão (*Fisioterapia*): atuação terapêutica através do movimento (*cinesioterapia*), atuação terapêutica através da eletricidade (*eletroterapia*), através do calor (*termoterapia*), do frio (*crioterapia*), da massagem (*massoterapia*), etc.

Essas transformações sofridas no decorrer da história, naquilo que se considera como "responsabilidade básica" da Fisioterapia como profissão, remetem a uma série de questões cujas respostas permitiriam um exame mais detalhado do objeto de trabalho da Fisioterapia no mundo e, principalmente, no Brasil. A determinação, ou pelo menos o direcionamento, de uma profissão ou de um campo de atuação profissional deveria ocorrer dessa forma? Quais as decorrências de um direcionamento desse tipo para a profissão e para o profissional? Quais as decorrências para os tipos de atendimento à saúde, fornecido à população? E no Brasil, a Fisioterapia sofreu essas mesmas transformações? O que aconteceu com a profissão no seu surgimento e implantação no país? Como se chegou ao que hoje no país se define e se realiza como Fisioterapia?

Parece que, conforme se entender o que seja o objeto de trabalho da Fisioterapia, se desenvolverá atenção, atividades, esforços e estudos na direção das patologias ("diferenças" ou alterações incômodas nos organismos) ou de atividades, estudos e esforços na direção de mais do que apenas as patologias. O objeto de trabalho da Fisioterapia no Brasil, de certa forma, não se apresenta de maneira diferente do que já se pode perceber até agora na história do desenvolvimento da concepção de trabalho com a "saúde" do homem. Vale examinar melhor o que se pode caracterizar como sendo objeto de trabalho e estudo dessa área e profissão no país.