

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**A Atenção Básica como Campo
de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes
Curriculares resignificando a prática profissional.**

por
Marcos Souza Freitas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Jane Dutra Sayd

Rio de Janeiro
2006

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**A Atenção Básica como Campo
de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes
Curriculares resignificando a prática profissional.**

Marcos Souza Freitas

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva, Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Orientadora: Prof^a Dr^a Jane Dutra Sayd

Rio de Janeiro
2006



Univversidade Estadual do Rio de Janeiro
Instituto de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva: Política, Planejamento e
Gestão em Saúde

Tese intitulada: “A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional.”, de autoria do doutorando Marcos Souza Freitas, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profª Dra. Jane Dutra Sayd - IMS / UERJ

Prof. Dra. Roseni Pinheiro - IMS / UERJ

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos - IMS / UERJ

Profª Dra. Girlene Alves da Silva – Fac. Enfermagem / UFJF

Profª Dra. Auta Iselina Stephan de Souza- Fac. Serviço Social / UFJF

Rio de Janeiro, 26 de abril de 2006.

À Vania, Mariana, Felipe, Pedro e Lucas.
Pessoas que me fazem desejar e acreditar na justiça
social como um ideal que vale a pena ser perseguido.

AGRADECIMENTOS

A Deus por acompanhar a trajetória da minha vida até esta grande conquista.

À Vania Fernandes companheira e cúmplice em todos os caminhos que tenho percorrido.

Aos filhos Mariana, Felipe, Pedro e Lucas que pacientemente abdicaram de nossos momentos de lazer, mas que nem por isso deixaram de demonstrar afeto e compreensão.

À mãe Graça pelo exemplo de fé, pela referência de que sonhar é fundamental para continuarmos vivos e pela contribuição infinita que permitiu-me galgar cada etapa de minha vida.

Aos irmãos Claudio, Flávio e Marina amigos sempre presentes na minha vida.

À Prof^a Jane Dutra Sayd não só pela orientação acadêmica, sempre brilhante e reveladora de novas possibilidades, mas pelas lições de vida que marcaram nossos encontros. Obrigado por ter me orientado com integralidade!

Aos professores do IMS por todo aprendizado que me fez enxergar outros caminhos para a saúde no Brasil.

À amiga Girlene Silva por sua interlocução sistemática que foi fundamental na construção deste trabalho. Obrigado, pelo seu cuidado!

Aos professores do Departamento de Fisioterapia da UFJF pela solidariedade e pelo apoio demonstrados.

Aos professores do NATES pela dedicação e pelo esforço que viabilizaram o convênio entre a UFJF e o IMS/UERJ.

À prof^a Nadime Bara pelo apoio na revisão ortográfica e gramatical.

Aos companheiros da Diretoria da APES, Agostinho, Álvaro, Joacir, Juanito e Paulo pela compreensão de algumas ausências e pelo apoio incondicional para que eu pudesse chegar à este momento.

Por fim, porém com especial importância, agradeço à equipe de saúde e à comunidade do bairro Marumbi/JF, pelo acolhimento e por acreditarem na inserção da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde.

“Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas. A acomodação em mim é apenas caminho para a inserção, que implica decisão, escolha, intervenção na realidade. Há perguntas a serem feitas insistentemente por todos nós e que nos fazem ver a impossibilidade de estudar por estudar. De estudar descomprometidamente como se misteriosamente, de repente, nada tivéssemos que ver com o mundo, um lá fora e distante mundo, alheado de nós e nós dele.”

Paulo Freire

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo realizar uma análise sobre a inserção da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde no Brasil. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica e uma análise documental a fim de se obterem elementos que propiciem o entendimento da trajetória da Fisioterapia no tocante ao seu campo de trabalho e à produção de um estudo sobre temas que o fundamentam.

Nesse sentido, a tese apresenta uma descrição histórica sobre a criação da profissão no Brasil; a análise de conteúdo das Resoluções emitidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia; a trajetória da saúde brasileira na construção do Sistema Único de Saúde e sua influência na Fisioterapia; e as adaptações necessárias para a inserção da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde.

Os diversos sentidos da integralidade, ancorados no seu potencial crítico-transformador, constituíram-se como eixo central entre as proposições sugeridas para as práticas de Fisioterapia, nesse nível de atenção à saúde.

O diálogo entre a integralidade e as práticas tradicionais da Fisioterapia apontou para o reducionismo das práticas exclusivamente voltadas para a doença. Propõe, portanto, importantes resignificações que sugerem a contextualização dessas práticas com o outro, ou seja, o outro não é observado através de suas seqüelas, como um objeto a ser tratado, mas como um sujeito que possui o direito sobre o seu próprio corpo, repleto de dúvidas, de desejos e de esperanças. Sujeito esse que, ouvido e respeitado, pode tornar-se cúmplice de ações mais assertivas para a produção da saúde.

ABSTRACT

This study has the objective of making an analysis of the insertion of Physical Therapy in Basic Attention of Health in Brazil. For so, a bibliography research was developed and a documental analysis of the elements of the trajectory of Physical Therapy in its job field and the production of a study of themes that fundament it.

In this sense, the thesis presents a historical description of the creation of the profession in Brazil; an analysis of the contents of the resolutions emitted by the Federal Counseling of Physical therapy, the trajectory of Brazilian health in the construction of Unique System of Health and its influence in Physical Therapy; and the adaptations necessary for the insertion of Physical Therapy in Basic Attention of Health.

The different meanings of integrality, anchored in his critical-transforming potential, constituted the central axis between the propositions suggested for the practice of Physical Therapy, in this level of attention of health.

The dialogue between integrality and the traditional practice of Physical Therapy pointed for the reduction of the practice directed exclusively for the illness. Proposes, then, important resignations that suggest the contextualization of this practice with each other, making the other not be seen through his wounds, as an object to be treated, but as a subject that pursues the rights over his body, full of doubts, desires and hopes. This subject that, listened and respected, can become partner of actions more assertive for the production of health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1. Apresentação	12
2. O Problema	17
3. Objetivo geral	20
4. Metodologia	20

CAPÍTULO I - A Influência da História da Fisioterapia no Brasil na Definição do seu Campo de Trabalho: das primeiras citações até a regulamentação da profissão.	24
---	----

1.1– Características que marcaram a criação da Fisioterapia no Brasil.	25
---	----

1.2– O percurso da regulamentação da Fisioterapia no Brasil.	36
---	----

Capítulo II - As práticas profissionais e a consolidação do campo de atuação da Fisioterapia: revelações através das Resoluções emitidas pelo COFFITO	46
--	----

2.1 – A instauração dos Conselhos de Fisioterapia: instrumentos para a consolidação das atribuições e das práticas profissionais.	46
--	----

2.2 – Algumas Resoluções sobre a Fisioterapia: análises e inferências.	49
--	----

2.3 – Quadro-síntese das Resoluções do COFFITO: a ausência da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde.	62
---	----

Capítulo III – Da Reforma Sanitária Brasileira às Diretrizes Curriculares: a aproximação da Fisioterapia	
---	--

com a Atenção Básica à Saúde	66
3.1 – A Reforma Sanitária Brasileira:alguns aspectos históricos até aconsolidação do SUS.	67
3.2 – Dos Currículos Oficiais às Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia: o encontro da profissão com a Atenção Básica à Saúde	73
Capítulo IV - A atuação da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde.	
4.1 – As Influências do novo campo determinando a resignificação da prática: apresentando a integralidade como referência.	86
4.2 – O Atendimento Domiciliar: de uma prática individual elitizada à sua resignificação coletiva no encontro com o paciente/ família.	97
4.3 – O Cuidado em Fisioterapia: uma dimensão da Integralidade.	116
CONCLUSÃO	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133

INTRODUÇÃO

1. Apresentação

Esta pesquisa teve origem no interesse de contribuir para a ampliação do debate sobre a atuação da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde no Brasil. O referido interesse configurou-se pelo fato de ter participado, no início de 2000, de uma comissão formada por quatro docentes do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), cuja incumbência era a de elaborar um projeto para a implementação de um estágio curricular de Fisioterapia nesse nível de atenção à saúde.

A necessidade da criação desse novo campo de estágio, identificada pelo Departamento de Fisioterapia, surgiu como uma resposta inevitável para o ajuste da formação acadêmica às novas demandas preconizadas nas Diretrizes Curriculares, que aguardavam a aprovação do MEC¹.

Dentre os diversos aspectos que sinalizavam para a mudança da trajetória curricular do Curso de Fisioterapia, indicados pela Comissão de Especialistas (responsável pela realização das Diretrizes), destacavam-se os aspectos ligados ao perfil que o formando deveria ter e os conhecimentos necessários para o desenvolvimento de certas competências e habilidades gerais. Como o próprio texto das diretrizes sinaliza:

“Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética,

¹ RESOLUÇÃO CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.

tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;” (Art.4º - inciso I)

A formação generalista, humanista, crítica e reflexiva para um perfil profissional adequado à atuação em todos os níveis de atenção à saúde, juntamente com práticas integradas com as demais instâncias do sistema de saúde, em que a atuação não se encerra no ato técnico, como referido na citação acima, se constituíram nos pilares para a consecução do Estágio Curricular de Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde (ABS), em Juiz de Fora.

Desde o início das discussões internas realizadas pela comissão de implementação do estágio (março/2000), na busca de uma fundamentação teórica e de práticas relacionadas à atuação do fisioterapeuta na ABS, que pudessem nortear o debate sobre a forma de estágio a ser adotado, encontrou-se pouco material escrito e sistematizado sobre o assunto. As publicações e algumas experiências focalizadas demonstravam muito mais o início de um processo em construção do que algo solidificado com teorias e práticas bem definidas.

Tal constatação direcionou o trabalho desta comissão para a realização de um projeto que, tendo como referendos principais as Políticas Públicas de Saúde adotadas após a criação do Sistema Único de Saúde, pudesse iniciar e/ou inserir práticas da Fisioterapia na ABS com uma perspectiva experimental. Asseguraram-se assim, a possibilidade de adaptações de acordo com as demandas da comunidade, as características de um trabalho interdisciplinar e as dificuldades dos próprios fisioterapeutas que, inseridos nesse novo campo de trabalho, teriam que rever valores históricos da profissão que formataram suas práticas na relação com a doença.

É importante dizer que, segundo o entendimento dos professores do Departamento de Fisioterapia da UFJF, a implementação desse novo campo de estágio deveria acontecer no início do segundo semestre de 2000. Tal fato impunha uma agenda apertada para a comissão, que teve que conciliar as atividades comuns da docência com as ações necessárias para a elaboração e tomadas de

providências concretas para viabilizar o início do estágio, tais como: definir a fundamentação teórica do projeto, estabelecer convênio com a Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, escolher uma Unidade Básica de Saúde como unidade piloto, promover conversas com as equipes de saúde das unidades visitadas (com vistas a perceber melhor as características e necessidades do campo de trabalho), elaborar as práticas de fisioterapia a serem desenvolvidas, etc.

A particularidade relacionada ao tempo, encontrada na história da implantação desse estágio, permitiu uma forma de trabalho que se aproximou muito de uma espécie de aprender-fazendo. Se por um lado produziu um certo sofrimento por estarmos buscando justificativas e fundamentações para algumas intervenções pouco comuns à prática da Fisioterapia, por outro lado propiciou um estreitamento da relação com a comunidade e com a equipe de saúde, que evidenciou a importância do trabalho do fisioterapeuta e permitiu um grande aprendizado, em especial na identificação da importância de releituras constantes das práticas desse profissional nesse campo de trabalho.

Por ser um novo campo de trabalho para a Fisioterapia, não havia nenhum fisioterapeuta atuando na atenção básica no município de Juiz de Fora. O estágio foi iniciado com a presença de quatro fisioterapeutas, docentes da UFJF, que se revezavam durante a semana, no horário da tarde, na preceptoria de quatro acadêmicos de Fisioterapia. Isso determinou um encontro entre o referencial teórico pesquisado, no período pré-implantação do estágio, com as práticas de Fisioterapia que começaram a ser desenvolvidas neste estágio, pois esses docentes não só exerciam funções de preceptoria, mas também atuavam como serviço.

O confronto entre a teoria e a prática, vivido muito de perto por esses docentes por conta da situação posta ao longo desses cinco anos (do início do estágio até o momento), vem instigando a percepção de um cenário não definido sobre uma forma específica de inserção da fisioterapia na atenção básica. Isso porque a constatação de novas demandas identificadas através da relação tanto com a comunidade quanto com a equipe de saúde, impõe a contextualização das práticas a serem desenvolvidas, e também a reorganização constante do serviço e das ações consideradas prioritárias.

Tal característica acima mencionada, tem produzido alguns conflitos, que emergem do confronto relacionado à própria identidade da profissão. O entendimento, por exemplo, do que venha a ser uma intervenção fisioterápica e/ou fisioterapêutica, na história da profissão, esteve quase que exclusivamente atrelada a práticas curativas individuais, e ao atendimento de certas seqüelas físico-funcionais produzidas por alguma patologia. Outras formas de intervenção, que se aproximassem de ações educativas, de prevenção e promoção da saúde, e a participação junto a outros atores da saúde e da comunidade para a elaboração e execução de projetos de saúde coletiva, são muito recentes na profissão.

Um exemplo interessante, que ocorreu durante uma atuação de dois acadêmicos, juntamente com o supervisor, no estágio referido, ilustra bem as considerações feitas até aqui: ao chegarem à casa de um senhor que possuía diversos comprometimentos físicos, decorrentes de um acidente vascular encefálico (AVE), que já vinha sendo atendido pela fisioterapia, verificou-se que sua pressão arterial estava muito elevada. Tal fato contraindicava a execução dos procedimentos de fisioterapia que estavam sendo desenvolvidos. Ao indagarem sobre o uso correto da medicação prescrita pelo médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) que o acompanhava, o senhor em questão ficou nitidamente constrangido. Sua esposa, que acompanhava o atendimento, informou que a sua sogra, que morava junto com o casal, achava que os remédios dados pela esposa ao seu marido tinham a finalidade de matá-lo. Por conta dessa “crença”, a sogra sempre que podia, pegava os remédios e os jogava no lixo. Conseqüentemente, seu marido não tomava os remédios com a freqüência determinada e havia quase uma semana que se encontrava sem a medicação.

Diante dessa situação, algumas providências foram tomadas pelos acadêmicos e pelo supervisor: providenciou-se a medicação anti-hipertensiva que estava prescrita, junto à UBS; ao mesmo tempo foi feita uma reunião com a família para esclarecimento sobre a importância do uso da medicação. Quando retornaram à UBS informaram a situação a todos os profissionais de saúde, sugerindo uma maior atenção para o caso.

Ao relatarem a visita domiciliar na folha única do prontuário da família, os acadêmicos registraram o seguinte: *“não houve atendimento de Fisioterapia, pois o paciente encontrava-se com a pressão arterial muito elevada”*.

Cabe o esclarecimento de que esses acadêmicos estavam no nono período, faltando apenas um período para se formarem. Apesar de estarem participando de algumas discussões sobre as características da atuação profissional na atenção básica, aquele foi o primeiro contato deles com esse campo de trabalho. Porém, ficaram evidentes, no relato do prontuário, os indícios sobre uma não identificação das ações que tiveram no caso descrito como uma intervenção que pode ser feita pelo fisioterapeuta nesse nível de atenção à saúde. Não reconheceram, até mesmo, que as providências tomadas e das quais participaram, seguramente foram mais significativas para a manutenção da vida dessa pessoa do que o atendimento que inicialmente estava proposto.

Retomando, de forma mais específica, ao interesse desta pesquisa, pode constatar que, nos últimos cinco anos, as experiências vivenciadas sobre a participação da Fisioterapia na atenção básica apontam para o crescimento da profissão nesse campo de trabalho. Tal constatação aconteceu, não só por ter participado como um dos protagonistas da experiência em Juiz de Fora, mas também por ser um atento observador das experiências em curso, no território nacional.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, principalmente com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), as instituições ligadas à Fisioterapia – representativas e formadoras – começaram, mais efetivamente, a estimular a participação do fisioterapeuta na atenção básica, movidas por motivos diversos, em que se destacam: acompanhar a tendência das novas políticas públicas de investimento na ABS; assegurar um espaço nesse nível de atenção; propiciar a adaptação curricular às Diretrizes Curriculares e à participação em residências multiprofissionais.

No entanto, a Fisioterapia, profissão que desde a sua gestação embrionária tem nas atenções secundária e terciária a sua marca como campos de trabalho próprios da profissão, necessita resignificar alguns valores que fazem parte da sua

identidade profissional. Ou seja, inserir-se na atenção básica significa romper com a lógica exclusiva do atendimento individual, da hipervalorização da doença, do sentido único e restrito que associa a profissão à reabilitação e com a forte tendência de desenvolver práticas isoladas distantes de interlocuções com outros atores da saúde e da própria comunidade.

2. O Problema

Com o surgimento da Fisioterapia, como mais uma profissão da área de saúde no Brasil², o espaço terapêutico reservado para o tratamento das pessoas que possuíam acometimentos físicos-funcionais foi preenchido. A presença da Fisioterapia nos locais destinados a essa clientela conferiu melhor qualidade ao tratamento e propiciou o estudo de novas técnicas, produzindo conhecimentos que, na perspectiva da readaptação funcional e da cura de alguns distúrbios funcionais, permitiram avanços significativos para a saúde da população em questão. No entanto sua prática ficou quase que restrita aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, o que tem contribuído para dificultar a percepção do próprio fisioterapeuta em relação à sua inserção no nível básico da saúde.

Na última década do séc. XX, especialmente a partir de 1995, começaram a surgir, mais efetivamente, algumas experiências da fisioterapia na atenção básica à saúde no Brasil, seguramente motivadas pela mudança na Política Pública de Saúde, legitimadas pela Constituição Federal de 1988 que estabeleceu o direito à saúde como um direito de cidadania e criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo as dificuldades de adaptação da Fisioterapia à nova realidade, qual seja, a inversão do modelo assistencial que passou a priorizar as ações no nível primário de atenção à saúde, parece ter gerado um novo cenário ainda mais desafiador para essa profissão.

Além das dificuldades de adaptações às novas conceituações propostas como princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), comuns à todos os atores da saúde, algumas indagações preliminares estavam colocadas para a

² A profissão foi reconhecida através do Decreto-Lei nº 938 em 13/10/1969.

Fisioterapia, que entre outras questões, incluem: como pensar em ações preventivas e de promoção à saúde quando toda a sua prática desenvolvida até então, fundamentada nos bancos acadêmicos, foi alicerçada na coerência com um raciocínio que dimensionou sua atuação nas disfunções físico-funcionais e na hipervalorização da doença? Como trabalhar em um espaço onde o uso da tecnologia – de média e alta complexidade – como: respiradores artificiais, laser, correntes de alta e baixa frequência, etc, não é compatível, a priori, com esse nível de atuação? Como enfrentar um novo relacionamento interpessoal com o paciente que, inserido no seu contexto social, o desafia não só em relação à lesão estampada no seu corpo, mas também com verdadeiras tragédias sociais que o cercam? Como atuar junto com outros atores da saúde, se uma das marcas nitidamente presentes na sua prática foi o isolamento entre o terapeuta e o paciente?

Por ser a Fisioterapia uma profissão relativamente nova no cenário da saúde brasileira – este ano completa trinta e sete anos de existência, a partir do Decreto-Lei nº 938/69 – há indícios de que as primeiras experiências relatadas na sua gênese encontram-se ainda muito fortes na influência da determinação das suas práticas profissionais, do seu campo de trabalho e da imagem que a profissão tem de si mesma. Esses indícios representados, por exemplo, na formação que valorizou (ou valoriza?) o estudo da doença, as ações curativas individuais e a ocupação profissional, quase que exclusivamente em clínicas de reabilitação, hospitais e consultórios, não podem ser desconsiderados até porque as dificuldades e as aptidões que a profissão apresenta para se inserir na atenção básica tendem a ser mais facilmente identificadas através do confronto das suas raízes históricas com o novo desafio posto.

Torna-se importante esclarecer que, quando nos referimos a algumas dificuldades específicas da Fisioterapia em relação a sua inserção na atenção primária, não estamos dando qualquer tom de exclusividade, como se não houvesse outra profissão com características parecidas. Entretanto buscamos dar visibilidade a uma característica histórica que permitiu a outras profissões da saúde (como por exemplo: a medicina, a enfermagem, o serviço social e a odontologia) a possibilidade de estarem em espaços assistenciais mais próximos da comunidade, que hoje são

os locais onde a atenção básica à saúde está situada, como: postos de saúde, escolas, centros sociais urbanos, etc. Tal fato produz peculiaridades distintas em relação à trajetória das profissões que já possuíam experiências no que era considerada saúde pública no Brasil, comparados às profissões que não passaram por essa experiência e tiveram suas ações voltadas para os hospitais, clínicas e consultórios.

De um lado, um grupo de profissões que, para atender às novas demandas propostas pelo SUS, em que a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) tornou-se o grande norteador da inversão do modelo assistencial no País, busca ajustar-se a um novo formato assistencial que, apesar de romper com a lógica do atendimento anterior, não os remete para um campo de trabalho desconhecido. Do outro lado, outros atores da saúde, na qual se localiza a Fisioterapia, que por não terem tradição de atuação na saúde pública, se deparam com um novo campo pouco habitado em suas histórias e, conseqüentemente, com dificuldades de delimitação de atuação, vivendo ainda uma série de desconfianças sobre a sua efetiva contribuição por parte de vários segmentos sociais.

Especificamente no caso da Fisioterapia, o entendimento sobre a sua prática atrelada a uma espécie de tratamento é tão marcante no senso comum, que se tornou natural ouvirmos as seguintes expressões usadas, não só pela população leiga, mas também por outros atores da saúde: *“Meu pai sofreu um derrame, me falaram que ele tem que fazer fisioterapia”*. Ou: *“O médico me falou que, quando eu retirar essa imobilização, eu terei que fazer fisioterapia”*. Em contra-partida, ninguém iria sugerir que uma pessoa fizesse medicina por estar com pneumonia, ou odontologia por ter uma cárie dentária, ou, muito menos, por ter um curativo mais complicado seria sugerido que fizesse enfermagem.

A discussão sobre a inserção da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde perpassa, por conseguinte, não somente por uma reorganização de uma atuação mais eficaz ou, como preconizado nas estratégias do Programa de Saúde da Família, mais resolutiva, mas, impreterivelmente, por uma ampliação de campo de trabalho. A este, além das ações tradicionalmente desenvolvidas para a recuperação físico-funcional de um indivíduo, associam-se as de prevenção e promoção da saúde

em um espaço em que o sentido do aprimoramento tecnológico se amplia para a apropriação de conhecimentos ligados, em especial, às Ciências Humanas.

Assim, para que possamos pensar a atuação da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde, entendemos que se faz necessária uma reflexão sobre a trajetória da profissão no Brasil, relacionando-a com os tipos de embasamentos teóricos que foram marcantes nas suas práticas assistenciais e, conseqüentemente, delimitantes do seu campo de trabalho.

Partindo das considerações acima descritas, portanto, o objeto desta pesquisa consiste em estudar as transformações necessárias à Fisioterapia para a sistematização da atuação dessa profissão na Atenção Básica à Saúde no Brasil.

3. Objetivo geral

O objetivo geral está relacionado à inserção da Fisioterapia na Atenção Básica. Para tanto, se propõe: estudar sobre a origem da profissão e suas influências na ocupação do seu campo de trabalho; investigar, através das Resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), o caminho percorrido pela profissão nas últimas décadas e, por último, identificar a correlação das intervenções tradicionais da Fisioterapia com as necessidades impostas na Atenção Básica à Saúde.

4. Metodologia

O caminho percorrido para a discussão sobre a inserção da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde (ABS), proposto por este trabalho, se divide em três momentos distintos da história da Fisioterapia no Brasil, utilizando a pesquisa bibliográfica e a análise documental, a fim de se obterem elementos que propiciem o entendimento da trajetória da Fisioterapia, em especial, no tocante ao seu campo de trabalho e produzir um estudo sobre temas que a fundamentam.

Nesse sentido, foi feito um recorte na história da Fisioterapia em três fases, visto que estas possuem características distintas que, metodologicamente, podem auxiliar no entendimento e numa divisão didática do estudo.

A primeira fase aborda os aspectos iniciais da criação da Fisioterapia e as primeiras definições sobre as características da nova profissão até a sua regulamentação no Brasil. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica destacando os seguintes autores: Rebelatto e Botomé (1987), Figeirôa (1996), Freitas (1999), Barros (2002), entre outros, visto que são autores que fizeram um trabalho de pesquisa relevante e minucioso sobre a história da Fisioterapia no Brasil. A análise proposta parte do ponto de vista de como esses fatos influenciaram na construção da identidade da Fisioterapia, bem como na delimitação do seu campo de trabalho. Ainda nesta primeira fase, foi realizada a análise documental da Lei que cria e regulamenta a Fisioterapia no Brasil.

Na segunda fase, em que já está confirmada a legitimidade da Fisioterapia como profissão da saúde, são abordadas: a solidificação das práticas profissionais e a consolidação do campo de atuação da Fisioterapia, através da análise documental das Resoluções expedidas pelo Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) para a identificação do perfil profissional proposto por essa entidade.

Por fim, na terceira fase, é apresentada a discussão sobre a atuação da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde, de maneira contextualizada com o Sistema Único de Saúde. Assim, foi enfatizada a Integralidade como o grande referendo de análise em relação às reflexões que se desenvolveram nesta etapa do trabalho. A mediação dessa discussão esteve embasada em autores que vêm estudando os vários sentidos da Integralidade, em destaque, a produção acadêmica desenvolvida pelos pesquisadores que participam do Laboratório de Pesquisas Sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). Foram destacadas também, nesta fase, algumas características históricas sobre a importância do Movimento de Reforma Sanitária na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a análise documental dos currículos dos Cursos de Fisioterapia, propostos pelo Ministério da Educação.

Com a intenção de organizar as informações e extrair as inferências que foram discutidas durante este trabalho, a utilização da análise de conteúdo, através dos

seus instrumentos metodológicos, se constituiu em um indispensável recurso, porque uma de suas funções é possibilitar a leitura das entrelinhas dos discursos, o que se torna fundamental para entender os diversos aspectos inerentes ao percurso da Fisioterapia no Brasil.

Sobre o conjunto de instrumentos metodológicos, contidos na análise de conteúdo, que se aplica a discursos diversificados, BARDIN (2004, p.7) faz o seguinte comentário:

“O fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas – desde o cálculo de freqüências que fornece dados cifrados, até à extração de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não dito), retido por qualquer mensagem.”

A utilização dessa análise propicia regras de procedimentos objetivos expressos na forma quantitativa de calcular e comparar a freqüência de certas características de temas invocados, com o pressuposto de que, quanto mais freqüentemente citadas mais importantes são para o locutor, sem, no entanto, desvalorizar, como diz a autora, a “*fecundidade da subjetividade*”. Incentiva a busca da compreensão para além dos seus significados imediatos e afasta o risco do empobrecimento da leitura, que comumente acontece quando se luta contra a evidência do saber subjetivo.

Quanto ao aspecto anteriormente citado, Quivy e Campenhoudt (2003, p.227) esclarecem que:

“Agrupam-se correntemente os diferentes métodos de análise de conteúdo em duas categorias: os métodos quantitativos e os métodos qualitativos. Os primeiros seriam extensivos (análise de um grande número de informações sumárias) e teriam como informação de base a freqüência do aparecimento de certas características de conteúdo ou de correlação entre elas. Os

segundos seriam intensivos (análise de um pequeno número de informações complexas e pormenorizadas) e teriam como informação de base a presença ou a ausência de uma característica ou o modo segundo o qual os elementos do 'discurso' estão articulados uns com os outros."

A comunicação impressa é a expressão de sujeitos, grupos sociais, frações de classe, matizada pelas condições históricas de sua produção. Como tal, expressa os movimentos e estratégias dos diferentes atores sociais presentes na cena política e os diferentes embates entre as forças sociais em jogo. Assim sendo, tomar como referência os documentos relacionados à Fisioterapia significa perceber para além do explícito no texto, o ideário, o imaginário, os argumentos, os projetos explicitados por tais veículos. Trata-se não de buscar um estatuto de "verdade" nesses conteúdos escritos, mas de revelar o lugar social de onde essas publicações falavam.

Retornando à Bardin (2004, p.9), *"a articulação entre a superfície dos textos, descrita e analisada (pelo menos alguns elementos característicos) e os fatores que determinaram estas características, deduzidos logicamente"*, constituem-se no que parece ser o fundamento da especificidade da análise de conteúdo.

CAPÍTULO I - A Influência da História da Fisioterapia no Brasil na Definição do seu Campo de Trabalho – das primeiras citações até a regulamentação da profissão.

“Gostaria de saber lhe dar o sentido vivo de um desenvolvimento histórico, com as suas continuidades e inovações. Gostaria, especialmente, de fazer-lhe um discurso atual com as palavras da história.”

M. A . Manacorda

A evolução histórica da Fisioterapia no Brasil é descrita por alguns autores: Rebelatto & Botomé (1987), Figerôa (1996), Freitas (1999) e Barros (2002), que apresentam como característica em comum um percurso cronológico incluindo: (i) as primeiras citações sobre os recursos físicos utilizados como forma terapêutica; (ii) as primeiras Escolas de Fisioterapia; (iii) o Decreto-Lei que regulamentou a profissão.

O ponto de partida deste capítulo é a proposição de uma análise dos itens acima citados, visando identificar suas influências na formação da identidade profissional da Fisioterapia, assim como no estabelecimento das tendências que têm determinado o seu campo de trabalho.

Nesse sentido, podemos afirmar que a criação de uma nova profissão se dá através da necessidade de uma resposta social em relação a uma nova demanda, em que as profissões existentes não dão conta de absorvê-las em seus campos de estudo. No entanto, o processo que envolve a percepção inicial da necessidade social até a criação de uma nova profissão, é, normalmente, marcado por uma série de ensaios que, tendo como pano de fundo a busca de soluções mais rápida para a nova questão posta, pode caminhar em duas direções: para a produção de novos conhecimentos que culminem no embasamento e na fundamentação da nova profissão, ou (o que é mais comum) para verdadeiras disputas de “territórios” em que o novo campo de conhecimento é cobiçado por alguns profissionais que, apostando na sua apropriação, crêem no fortalecimento do status profissional e em ganhos de mercado para a sua profissão.

1.1 – Características que marcaram a criação da Fisioterapia no Brasil.

Na área da saúde, a Medicina ocupa uma posição central nas discussões sobre novos estudos relacionados à saúde. Tal fato é marcado pela referência social que o médico possui como o ator principal da saúde. Referência essa, construída por vários fatores, em que se destacam: o tempo de existência (é a profissão mais antiga da área de saúde); a elitização da profissão, que até bem pouco tempo atrás era privilégio das classes economicamente mais favorecidas; a organização da categoria que favoreceu o crescimento do conhecimento científico-tecnológico (representado pelo fortalecimento das sociedades e associações médicas); e a adoção de uma estratégia fortemente corporativa muito bem desenvolvida pelos Conselhos (Federal e Regionais) e sindicatos médicos, na demarcação de seu espaço de trabalho. Além, da sua incontestável e imprescindível contribuição à população, com os seus serviços em todos os níveis de atenção à saúde.

As ponderações do parágrafo anterior não têm a intenção de estabelecer uma discussão sobre os caminhos percorridos pela Medicina, muito menos fazer qualquer juízo de valor sobre os mesmos, mas têm o propósito de identificar o porquê da influência médica no cenário da criação de novas profissões na área da saúde.

O que nos parece incontestável é que o papel inicial do profissional médico, como sendo a primeira (por muito tempo a única) referência reconhecida pelos bancos acadêmicos nas questões ligadas à saúde, era extremamente ampliado pela necessidade de buscar novos caminhos que produzissem respostas cada vez mais eficazes em relação às intercorrências presentes na saúde da população. O acompanhamento das repercussões na saúde das pessoas, produzidas por diversas mudanças sociais (as grandes epidemias, a alteração nos costumes, as formas de produção e suas conseqüências no trabalho, etc.), eram de responsabilidade exclusiva do médico, o que fez com que o início de uma série de estudos fosse deflagrado por esse profissional.

Tais considerações são importantes para o esclarecimento de algumas características que marcaram historicamente a criação da Fisioterapia no Brasil como, por exemplo, os primeiros relatos acerca de recursos físicos, desenvolvidos

inicialmente por médicos que hoje se constituem em ferramentas de trabalho da Fisioterapia. Poderíamos, ainda, destacar o próprio surgimento dos serviços de fisioterapia, que aconteceram por iniciativa de profissionais médicos, e da presença médica na elaboração e direcionamento dos primeiros Cursos de Fisioterapia, como veremos no desenvolvimento deste capítulo.

Torna-se importante, preliminarmente, uma breve reflexão sobre algumas transformações ocorridas no cenário da saúde mundial, em relação às mudanças de paradigmas na área médica que, na análise posterior à criação da Fisioterapia no Brasil, pode nos dar pistas sobre certas características presentes nas práticas e espaços ocupados por esse novo profissional.

O distanciamento progressivo da “arte de curar” em relação à “ciência”, observada na racionalidade médica ocidental desde o séc. XVII, trouxe o sentido das práticas voltadas para o binômio saúde/doença. Estabeleceu-se o esquadramento do corpo e, conseqüentemente, o crescimento das especialidades médicas que se caracterizaram por uma atuação de forma fragmentada, tanto na percepção do indivíduo quanto na possibilidade de interação entre os profissionais da saúde.

A “arte de curar”, centrada na terapêutica que valoriza a relação do “curador” com quem precisa ser “curado” e em que a preocupação encontra-se prioritariamente no doente e não na doença, sofreu um esvaziamento de adeptos em decorrência de alguns fatores ligados à evolução da ciência como a produtora legítima de “verdades”. Através do crescimento e aperfeiçoamento de novas formas de diagnóstico, da evolução da fisiopatologia, da descoberta de novos agentes etiológicos, além de suas influências nas representações sociais que atribuíram novos sentidos e significados à questão da saúde, praticamente descartaram a possibilidade de uma abordagem mais artesanal calcada na ênfase da experiência, da sensibilidade, do carinho, que tenham como parte de seus requisitos básicos a paciência e atenção (CAMARGO Jr. 1998).

Nessa direção, Rebelatto e Botomé (1987, p.23), referindo-se ao surgimento das especializações médicas, durante o período da Industrialização (historicamente compreendido entre os séculos XVIII e XIX, iniciado na Inglaterra), fazem o seguinte comentário:

“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”.

Associada a essas considerações, encontramos uma influência herdada da racionalidade científica na formação dos profissionais da saúde, em que o “funcionamento” do homem é comparado com uma grande engrenagem, o que tem determinado um entendimento da doença a partir da correlação harmoniosa entre a anatomia e a fisiologia do corpo. Velandia e Sayd (1998, p.5) fazem a seguinte consideração:

“Foi segundo o modelo dessa racionalidade científica que a medicina conseguiu construir suas categorias nosológicas e ordenar seus objetos de discurso em termos dualistas, tais como: doença-morte, normalidade-patologia, equilíbrio-desvio, harmonia-perturbação, integridade-degenerescência, etc. No âmago de cada uma dessas dualidades estão a doença e o corpo como temas de enunciados positivos, científicos.

A partir do modelo dessa racionalidade científica, citada por Velandia e Sayd, as bases da Fisioterapia foram organizadas. No Brasil, as primeiras citações sobre o desenvolvimento de práticas terapêuticas, relacionadas futuramente à Fisioterapia, segundo estudo desenvolvido por Barros (2002, p. 35 a 38), são encontradas, cronologicamente, nos seguintes registros:

- 1879 a 1883 - Surgiram os primeiros serviços de hidroterapia e de eletricidade médica (atualmente eletroterapia), sendo um dos responsáveis o médico Artur Silva.

- 1884 - O médico (Artur Silva) participou da criação do Serviço de Fisioterapia no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro.
- 13 de maio de 1901 – O jornal “Gazeta de Notícias” publicou a seguinte matéria:

“A secção de phototherapy, tratamento por meio da luz, é a primeira mantida na América do Sul e nella se concentram todos os esforços e toda a gloria do Dr. Alvim, por ser a sua especialidade, e tem sido coroada do melhor êxito pela segurança dos resultados scientificos que tem alcançado em sua numerosa clinica”.
- 1902 – O médico Álvaro Alvim publicou o livro “*Physiotherapia – A Electricidade perante a medicina*”, onde faz o seguinte comentário:

“Graças à energia electrica, podemos mesmo dispensar a massagem e a Gymnastica, localizando o movimento a um ou mais músculos, substituindo-as pela electromassagem e a electrogymnastica, recursos estes preciosos em virtude de não exigirem esforços e fadigas da parte do doente”.
- 1904 - O médico Adolpho Gomes Pereira, em sua tese intitulada “Physiotherapia”, apresentada para a obtenção do título de Doutor na cadeira de *Therapeutica* pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro , declarou o seguinte:

“O estado actual da physiotherapia, como o demonstram recentes e importantíssimos trabalhos, é o mais auspicioso possível, si levarmos em consideração o meticoloso estudo e extensa applicação que lhe outorgam os paizes civilizados do velho e novo mundo [...] Guimbail em seu arrojo convencido prophetisa-lhe (a physiotherapia) o domínio absoluto na medicina do futuro”.
- 1909 - O médico Edmundo Xavier apresentou um trabalho intitulado “Progressos recentes da Physiotherapia”, reforçando a importância da fisioterapia com relação aos recursos de diagnóstico e tratamento por meio da eletricidade.

- 1919 - O médico e professor de física biológica da Faculdade de Medicina da USP, Raphael Penteado de Barros, fundou o departamento de eletricidade médica.
- 1923 - Em seu livro "*Physiotherapia, suas bases científicas e suas aplicações*", o médico Alencar de Barros relatou a importância da fisioterapia e sua preocupação com o exercício profissional pelos "leigos":

"São tantas as observações, tão numerosos os trabalhos de physiologia e clinica demonstrando os magníficos resultados dos banhos de luz, de vapor, irradiações, duchas, electricidade, massagem, cultura physica etc, que devem constituir, sem duvida, com a dietética, o ponto de apoio principal na cura das doenças".

"Dahi o desenvolvimento formidavel da physiotherapia em todos os paises civilizados do globo, especialmente na Allemanha, Italia, França e Estados Unidos da América do Norte, onde é ensinada nas grandes Universidades e praticada, com carinho, nos hospitais e sanatórios. Entre nós, infelizmente, está ella ainda, com excepção da electricidade medica, nas mãos de leigos, ou melhor de empíricos que applicam "a torto e a direito", sem individualidade, porquanto não podem conhecer a physiologia dos organismos".

- 1934 - Na tese intitulada "Dos agentes físicos: fisioterapia", apresentada por Edilton de Meneses Sampaio para a obtenção do grau de Livre Docência, na cidade de Recife, além de se ressentir pela inexistência de um serviço de fisioterapia na cidade, fez um resumo dos recursos fisioterápicos utilizados à época:

"Apesar do ambiente propício, onde o esmero educacional é pararello à cultura, Recife se ressentente dalgumas particularidades indispensáveis à vida atual. Um gabinete fisioterápico completo, que preenchesse os requisitos exigidos pela concepção científica, com as finalidades tão altamente benéficas da sua razão de ser, não me consta até hoje tenha-se instalado nesta cidade".

"A fisioterapia compreende: eletricidade e raios x, termo e fototerapia, actinoterapia, curieterapia, crioterapia, hidroterapia,

aero, clima e helioterapia, mecano e cinesiterapia, ginástica medica, cultura física, curas de repouso etc.”

As referências mencionadas apresentam fatos importantes que nos ajudam a identificar como e de que forma a gênese da Fisioterapia foi construída no Brasil. Os primeiros estudos sinalizavam para a aplicação de novos recursos terapêuticos com características revolucionárias, como afirmou o médico Adolpho Gomes (1904).

A presença marcante do médico, como fomentador desses primeiros estudos, sinaliza para, pelo menos, duas questões básicas: a primeira, reflete a característica de uma medicina voltada para a prática que valorizava o desenvolvimento das especializações (“Gazeta de Notícias”,1901) e a compartimentalização do corpo (Álvaro Alvim, 1902), fundamentada, com características provincianas pela influência de estudos que estavam ocorrendo na Europa e nos Estados Unidos, referindo-se aos mesmos como “estudos em países civilizados” (Adolfo Gomes Pereira, 1904 e Alencar de Barros, 1923).

A segunda questão refere-se à tendência do enquadramento da Fisioterapia como um recurso terapêutico a ser desenvolvido e/ou, no máximo, uma nova especialização médica em construção (Edmundo Xavier, 1909 e Raphael Penteado,1919), apesar de nos relatos de Adolpho Gomes(1904) e Alencar de Barros(1923) encontrarmos uma referência clara do conhecimento, pelo menos por parte desses profissionais, da existência de Cursos de Fisioterapia ministrados em algumas Universidades na Europa e nos Estados Unidos.

Torna-se importante ressaltar que, apesar das práticas de certos recursos que se configuram atualmente como de uso do fisioterapeuta serem milenares, datam desde a Antigüidade, 4.000 a. C. (Lindeman, Leube e Heipertz, 1970), foi a partir do séc. XX , que surgiram os primeiros Cursos de Fisioterapia no mundo (Sanchez, 1984). Isso se deu devido o aumento do número de casos de acometimento à saúde, até então pouco comuns, relacionados às conseqüências determinadas pelas epidemias de poliomielite e as grandes guerras.

A origem da profissão, as suas características e as conseqüentes tendências observadas na definição das possibilidades de intervenção da Fisioterapia são destacadas por Rebelatto e Botomé (1987, p. 3) ao afirmarem que:

“A própria origem da Fisioterapia enfatizou e dirigiu as definições do campo profissional para atividades recuperativas, reabilitadoras, ou atenuadoras quando um organismo se encontra em más condições de saúde. O surgimento desse profissional, como uma decorrência das grandes guerras, se fez, fundamentalmente, para tratar de pessoas fisicamente lesadas. As perdas totais ou parciais de membros, atrofias e paralisias, são exemplos do “objeto de trabalho” da Fisioterapia na sua gênese. Naquelas circunstâncias, porém, a preocupação fundamental – ou mesmo única – com a “doença” (as lesões físicas e suas conseqüências) parecia adequada. A decorrência natural das condições existentes na época fez toda a atuação profissional ficar voltada a atenuar ou diminuir sofrimento, reabilitar organismos lesados ou, quando possível, recuperar as condições de saúde pré-existentes dos organismos cujas condições haviam sido prejudicadas”.

A construção do campo de trabalho da Fisioterapia no Brasil, observada nos primeiros relatos, destacados anteriormente, foi reforçada por dois fatos relevantes que ocorreram nas décadas de 30 e 50: maior preocupação social com os acidentes do trabalho e a epidemia de poliomielite, respectivamente.

Em relação à preocupação social com os acidentes do trabalho, é importante lembrar que a crise de 1929 determinou a decadência da cafeicultura e a transferência do capital para a indústria, o que, associada à presença de mão-de-obra e mercado consumidor, vai justificar a concentração industrial no Sudeste, em especial em São Paulo. Tais características foram importantes para que o ano de 1930 fosse considerado como um marco na industrialização brasileira, em que se estabelece um processo através do qual a atividade industrial vai se tornar a mais importante do País.

Os efeitos da quebra da Bolsa de Nova York sobre a agricultura e as mudanças geradas pela Revolução de 1930 modificam o eixo da política econômica, que assume caráter mais nacionalista e industrialista. Em 1931, Getúlio Vargas

anuncia a determinação de implantar indústrias de base. Com ela, o País poderia reduzir sua importação, estimulando a produção nacional de bens de consumo. As medidas concretas para a industrialização são tomadas durante o Estado Novo. Posteriormente, as dificuldades causadas pela II Guerra Mundial ao comércio internacional favorecem essa estratégia de substituição de importações. Em 1943, é fundada no Rio de Janeiro a Fábrica Nacional de Motores. Em 1946, começa a operar o primeiro alto-forno da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), em Volta Redonda (RJ) e a Petrobras é criada em outubro de 1953 (Mota e Braick,2004).

As mudanças observadas no modo de produção, nos períodos supracitados, foram acompanhadas por uma série de ações que nos dão indícios da preocupação social em algumas novas questões, que necessitariam de regulamentação ou atenção especial devido à criação de novas demandas. Uma dessas preocupações estava relacionada ao acidente de trabalho. A primeira lei brasileira sobre acidentes do trabalho data de 15 de janeiro de 1919 (Lei nº 3.724), mas foi a partir do Decreto-Lei nº 24.637, de 10 de julho de 1934, que as várias forças, de interesses diversos ligados ao trabalho, travaram algumas “batalhas” no campo legislativo, determinando, nas décadas de 40 e 50, a criação de sete novos Decretos-Leis³ sobre este assunto (Oliveira, 2004). Isso porque o Decreto-Lei nº 24.637 de 1934 não definiu de forma precisa o que constituía acidente do trabalho, não enfocou a prevenção contra acidentes e higiene do trabalho e, ainda, não abordou a reabilitação dos mutilados.

A criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões e o seu crescimento foram outros fatores marcantes em relação à necessidade da criação de políticas de proteção social. Tal criação estabelecia uma forma de contribuição salarial para a aposentadoria e, também, a garantia para seus associados e dependentes de assistência à saúde em casos de doenças.

A velocidade das respostas às demandas sociais, observadas historicamente em países que possuem suas bases estruturais calcadas no capitalismo, tem uma

³ Decreto-Lei nº. 7.036, de 10 de novembro de 1944, fruto do Anteprojeto elaborado por comissão nomeada por Alexandre Marcondes Filho, então Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio. Decretos-Leis nºs. 7.527, de 07.05.1945 e 7.551, de 15.05.1944. Decreto nº. 18.809, de 05.06.1945. Lei nº. 599-A, de 26.12.1948, Decreto nº. 31.984, de 23.12.1952, Lei nº. 1.985, de 19.09.1953.

relação diretamente proporcional à capacidade de as mesmas demandas poderem afetar, de forma relevante, os interesses do capital e, num plano secundário, a capacidade de organização da sociedade civil. A perda temporária ou definitiva das funções laborativas das pessoas inseridas no trabalho (seja por acidentes do trabalho ou por doenças ocupacionais) passaram a ameaçar os interesses do novo modo de produção. Isso porque, até um novo empregado se adaptar às novas máquinas e produzir da mesma forma que um empregado mais experiente, levava um tempo considerado prejudicial para a produção proposta.

Retomando a questão da epidemia de poliomielite na década de 50, citada anteriormente, pode-se observar que, além das seqüelas produzidas pela doença, determinando uma série de impotências funcionais, tal surto atingiu a população independente da camada social a que pertencia. Isso produziu um incômodo na elite brasileira que, para obter um tratamento mais adequado, necessitava recorrer a centros de reabilitação em outros países. Essa dependência terapêutica foi significativa para a criação da Associação Beneficente de Reabilitação (primeiro centro de reabilitação brasileiro), como veremos adiante.

Todos esses acontecimentos marcaram uma espécie de repetição da história que ocorreu nos países economicamente mais desenvolvidos, ou seja, os mesmos fatores que determinaram o aparecimento de certas seqüelas começavam, efetivamente, a se tornarem um problema para a sociedade brasileira.

No Brasil, as repercussões ocorridas na área da saúde, no sentido de acompanhar as tendências postas, sinalizaram para uma nova abertura do mercado de trabalho, determinaram um crescimento das especializações médicas e, ainda que não definida como uma nova profissão, apontaram a necessidade do aprofundamento do conhecimento da Fisioterapia.

A constatação de que no Brasil ainda não existiam estudos e práticas suficientemente desenvolvidas pelos atores da saúde, que permitissem de forma satisfatória a cura, a reabilitação e/ou adaptação dos movimentos físico-funcionais necessários para a retomada do trabalho e, secundariamente, para propiciar uma resposta social dos casos mais graves em que a retomada do trabalho era

impossível, fez com que o final da década de 50 fosse marcado, na história da Fisioterapia no Brasil, pelo início da formação acadêmica do fisioterapeuta.

O que nos parece prudente afirmar é que a percepção inicial sobre a criação da Fisioterapia, como uma possível especialidade médica, não se firmou em decorrência de algumas peculiaridades relacionadas ao tipo de trabalho proposto. Entende-se que o médico foi considerado muito importante socialmente na fase em que foi menos especializado – quando os “físicos” teóricos juntaram seus saberes aos da cirurgia e da farmácia, entre fins do século XIX e início do século XX, até a década de 50. A especialização começa um processo ambivalente, em que o especialista é valorizado, mas o fato de ele não dominar mais todo o conjunto do doente tira um pouco da aura sagrada.

Nesse contexto, a manipulação do corpo como forma de tratamento não é tão sofisticado quanto o diagnóstico intelectual. A atividade mais cerebral do que a do contato físico com o paciente é considerada, pelo médico, como mais nobre. Assim, a Fisioterapia seria sempre algo menos elegante para o médico, pelo fato de ser mais braçal ou por demandar mais recursos do que apenas sua capacidade cognitiva e sua experiência.

Portanto, as características das práticas médicas que estão voltadas para o uso do “toque” no paciente exclusivamente como forma de diagnose não propiciou o avanço, de forma significativa, de estudos necessários para o desenvolvimento das práticas fisioterapêuticas que possuem como eixo central da profissão o estudo da Cinesioterapia. A utilização do movimento como forma terapêutica, pressupõe o estudo das disciplinas básicas (em especial a anatomia, a fisiologia e a cinesiologia) voltadas para a percepção das estruturas e funcionamento do corpo humano, como elementos imprescindíveis para o desenvolvimento de técnicas e práticas, especialmente manuais, que serão aplicadas na atuação do fisioterapeuta.

Em relação à delimitação do campo de trabalho da Fisioterapia, as possibilidades vislumbradas até então estavam contidas exclusivamente na perspectiva da reabilitação, entendidas naquele momento como uma ação isolada que possuía como pano de fundo uma intervenção nos já presentes acometimentos

físico-funcionais do ser humano. A utilização dos recursos físicos (água, luz, som, movimento, entre outros) se constituíram em ferramentas da profissão.

O primeiro Curso ligado à Fisioterapia, que se tem registro no país, aconteceu por iniciativa do médico Waldo Rolim de Moraes que, após ter fundado o Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas, em São Paulo, criou um Curso Técnico em Fisioterapia, que funcionou de 1951 a 1956. A partir dessa data, no Rio de Janeiro, através da Associação Beneficente de Reabilitação (ABBR, fundada em 1954 e inaugurada em 1957), dá-se início à formação superior em Fisioterapia. As experiências familiares vividas pelos idealizadores e fundadores da ABBR impulsionaram esta Associação a assumir a formação desses novos profissionais (imprescindíveis para a qualificação dos atendimentos propostos pela ABBR), em que ficou evidenciada a falta de um tratamento adequado para as seqüelas de poliomielite, assim como para portadores de outras deficiências, como destaca Barros (2002, p.40):

“O Centro de Reabilitação da ABBR foi inaugurado em 1957 pelo então Presidente da República Juscelino Kubitschek, e teve seu crescimento e desenvolvimento devido ao esforço pessoal e entusiasmo, principalmente do próprio Fernando Lemos – que em 1952 viveu momentos difíceis com seu filho de 15 anos tetraplégico por seqüela de poliomielite, do Dr. Oswaldo Pinheiro Campos, ortopedista, e de um grupo de empresários liderados por Percy Charles Murray – que tinha um filho portador de deficiência que havia se submetido a tratamento de fisioterapia em Londres”.

Segundo Figueirôa (1996), para a formação das primeiras turmas na ABBR⁴ foi preciso trazer duas fisioterapeutas estrangeiras. A primeira foi a fisioterapeuta escocesa Dra. Edith MacConnel, que por não falar português teve suas aulas traduzidas por uma das alunas, Wanda Lechowski. A outra fisioterapeuta foi a

⁴ “Em 1956 a ABBR havia criado e iniciado um curso com a finalidade de preparar e diplomar Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. Este primeiro curso tinha a duração de dois anos e formou dezesseis fisioterapeutas, dos quais quinze foram contratados para trabalhar imediatamente no próprio centro de reabilitação da ABBR. O segundo curso, iniciado em 1957 teve sua duração ampliada para três anos”. BARROS (2002).

canadense Dra. Ann Winter, que teve também uma participação importante na reformulação dos atendimentos na ABBR.

Quase que simultaneamente na Universidade de São Paulo (USP), acontece o primeiro curso para formação superior de fisioterapeutas, que estabeleceu convênios com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS) e a World Confederation for Physical Therapy para garantir a participação de fisioterapeutas estrangeiros como docentes. Paralelamente a essa iniciativa, através do Professor Godoy Moreira, da Faculdade de Medicina da USP, foi fundado o Instituto Nacional de Reabilitação, anexo à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da USP. (Sanchez,1984).

A partir da criação dos referidos Cursos, a formação superior do fisioterapeuta começou a se estender por todo o país, sem que houvesse qualquer tipo de contestação sobre a sua necessidade. Mas, o que garantiu o reconhecimento dessa nova formação foi a importância da criação de um profissional que atuasse de forma quase que exclusiva em centros de reabilitação, nas seqüelas físico-funcionais apresentadas pelos pacientes.

1.2 – O percurso da regulamentação da Fisioterapia no Brasil

Com o crescimento do número de fisioterapeutas e o início dos movimentos de organização da categoria, que efetivamente se manifestaram através da criação da Associação Brasileira de Fisioterapia, em 1959, surgiram novas questões que nos anos seguintes suscitariam uma série de polêmicas, como por exemplo: seria necessária a regulamentação da profissão? Em que bases essa regulamentação deveria ser realizada? O fisioterapeuta seria um auxiliar médico? Em relação ao seu campo de atuação, o fisioterapeuta estaria restrito aos centros de reabilitação? Teria autonomia para fazer diagnóstico, estabelecer condutas e tratamentos específicos?

Nesse momento da trajetória da Fisioterapia no Brasil, começava a acontecer uma espécie de dualidade em relação às polêmicas citadas anteriormente. Se olharmos do ponto de vista médico (daqueles que trabalhavam junto com os fisioterapeutas, nos centros de reabilitação), as argumentações sobre uma

regulamentação que não permitisse autonomia ao fisioterapeuta, condicionando-o à execução de práticas e/ou técnicas prescritas pelo médico, estavam calcadas no argumento de que a formação médica, por ser mais completa, legitimaria uma espécie de hierarquia e, conseqüentemente, o controle por parte do médico asseguraria condutas que não poriam em risco a saúde da população. Do ponto de vista do fisioterapeuta, a autonomia profissional deveria ser garantida tendo como justificativas principais: o fato de ser uma profissão de formação superior e ter em seus estudos o aprofundamento de vários conteúdos diferentes dos aplicados nos bancos acadêmicos da formação médica.

Parece-nos que o que estava colocado nesse momento não era somente a preocupação com a saúde da população, mas uma disputa de mercado de trabalho marcada por um certo medo do desconhecido da parte médica e uma necessidade de auto-afirmação profissional de um número ainda pequeno de fisioterapeutas.

Em relação ao medo do desconhecido, a referência não se encontra numa ameaça ao prestígio e importância social conquistados pela categoria médica, amplamente reconhecida pela sociedade, mas, sim, no possível crescimento de uma nova profissão da saúde que pudesse tomar proporções que ameaçassem a importância da participação médica, como protagonista absoluto, em uma nova área de trabalho vista como extremamente promissora. Tem-se, ainda, como elemento importante, o fato de que os estudos iniciais sobre os recursos utilizados pela Fisioterapia, assim como a elaboração e criação dos primeiros cursos, foram realizados pelos próprios médicos, o que gerava uma espécie de sentimento de gestação de um “filho bonito” (a Fisioterapia) que agora estava negando, de forma ingrata, sua paternidade. Isso porque o médico não queria abrir mão do seu papel de intelectual da saúde – pouco envolvido com o fazer, mas ativo na definição do processo, comandante, mentor intelectual. A esse médico interessava um profissional que executasse as suas ordens, submetido à sua inteligência, aos seus critérios e à sua experiência.

A necessidade da afirmação profissional do fisioterapeuta na área da saúde, no Brasil, através de uma lei específica que regulamentasse a profissão, pleiteada pelos recém-formados fisioterapeutas, encontrava um cenário aparentemente

favorável construído com bases em algumas argumentações que mais à frente se tornariam irrefutáveis, como por exemplo: a importância da inserção desse profissional na equipe de saúde (especificamente no campo da reabilitação) representada pelo esforço que foi feito para a criação e formação da profissão no Brasil; e os positivos resultados terapêuticos relatados em algumas experiências nacionais e, principalmente, internacionais, decorrentes da ação específica do fisioterapeuta.

Em um trecho do Editorial do primeiro número da Revista intitulada Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF), editada logo após a primeira Conferência patrocinada pela própria Associação, em 1962 (Barros, 2002, p.42), encontramos um relato que demonstra o momento vivido pelos fisioterapeutas:

“[...] No entanto, a confusão é tão profunda, que muitas vezes não se percebe, ou não se quer perceber, absurdos, substituindo a lógica do direito. Verificam-se assim, intromissões incompreensíveis de certos círculos sobre outros que ainda estão em fase de desenvolvimento, negando-se-lhes assim, a capacidade de dirigirem seus assuntos de Motu Próprio, e resulta paradójico demais, quando isto acontece num país tão exuberantemente democrático como o Brasil. Deve-se extinguir para sempre, a falsa paternidade de constituírem-se indevidamente em advogados de terceiros. O direito à soberania individual e profissional é inviolável. Defendendo e usando desse direito, nos encontramos perfeitamente aptos e capacitados para traçar o futuro da profissão de Fisioterapeutas[...].”

“[...] deixamos, já faz tempo, a menoridade tutelar, e por isto, da mesma maneira que respeitamos os direitos dos outros, exigimos intransigentemente, defender o que nos pertence. O Fisioterapeuta de hoje, como o do futuro, não é mais o profissional de 10 anos atrás”.

Os reflexos dessas divergências começaram a se manifestar nos documentos oficiais, através do Parecer nº 388/63 do Conselho Federal de Educação que, apesar de ter sido elaborado com a finalidade de redimensionar o currículo na formação do fisioterapeuta, apresentou algumas considerações sobre as possibilidades do

exercício desse profissional limitando e condicionando a sua atuação ao médico. Rebelatto e Botomé (1987, p.30) fizeram um recorte do parecer que retrata as tendências daquele momento:

“[...] A referida Comissão insiste na caracterização desses profissionais como auxiliares médicos que desempenham tarefas de caráter terapêutico sob a orientação e a responsabilidade do médico. A este cabe dirigir, chefiar e liderar a equipe de reabilitação, dentro da qual são elementos básicos: o médico, o assistente social, o psicólogo, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional”.

“Não compete aos dois últimos o diagnóstico da doença ou da deficiência a ser corrigida. Cabe-lhes executar, com perfeição, aquelas técnicas, aprendizagem e exercícios recomendados pelo médico, que conduzem à cura ou à recuperação dos parcialmente inválidos para a vida social. Daí haver a Comissão preferido que os novos profissionais paramédicos se chamassem Técnicos em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, para marcar-lhes bem a competência e as atribuições. O que se pretende é formar profissionais de nível superior, tal como acontece a enfermeiros, obstetrias e nutricionistas. Diante disso, não há como evitar os nomes de Técnicos em Fisioterapia e Técnicos em Terapia Ocupacional”.

Antes da análise do Parecer em relação às disputas entre médicos e fisioterapeutas, referidas anteriormente, a citação de que outros profissionais, ligados à chamada “equipe de reabilitação”, (Assistente Social, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional), deveriam ser chefiados e liderados pelo médico, sinaliza para uma relação hierárquica de poder, que facultava à Medicina uma espécie de “sentença final” para as questões ligadas à saúde (ou à doença?) da população.

Os acontecimentos que marcaram o percurso da Fisioterapia, descritos até aqui, nos induzem a pensar que, em tempos de embates ideológicos com intencionalidades corporativas, o desejo de alcançar os objetivos almejados, sobrepõe aos valores éticos e torna secundária a discussão sobre qualquer interesse relacionado às questões voltadas para o que seria melhor em relação à saúde da população. Nesse sentido, ao analisarmos o Parecer nº 388/63 do Conselho Federal de Educação, fica evidenciada a intenção de desqualificação dos profissionais

citados e, em especial, os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que, por ainda não possuírem uma Lei própria regulamentadora de suas profissões, seriam considerados técnicos.

No entanto, talvez pelo fato de os ânimos da disputa encontrarem-se exacerbados e pela “necessidade” de uma definição rápida sobre o futuro desse profissional para a manutenção da “boa ordem” entre os atores da saúde, o Parecer nº 388/63 redigido pela Comissão do Conselho Federal da Educação (que segundo Figuerôa, 1999, era formada por médicos) apresentou, pelo menos, dois equívocos primários: o primeiro foi a opção pelo uso do Parecer, que tratava de uma reestruturação curricular da Fisioterapia como um instrumento regulador das atividades profissionais. Isso porque não caberia ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) esse papel. Essa definição só seria garantida através de Lei ou Decreto-Lei específicos. O segundo equívoco está relacionado à nomenclatura proposta de Técnico em Fisioterapia, com a exigência de uma formação superior, o que no Brasil nunca foi aplicado em nenhuma outra formação técnica. Era uma espécie de reconhecimento, por parte da Comissão, de que para o fisioterapeuta atuar na área proposta necessitaria de uma formação muito mais apurada do que a tradicionalmente exigida para um técnico.

Não obstante os equívocos mencionados, o que o Parecer conseguiu de fato legitimar foi a oficialização do currículo do Curso de Fisioterapia com duração mínima de três anos e carga horária mínima de 2.160 horas (Figueirôa, 1996).

Todavia, mesmo sem ter a força de uma Lei que efetivamente tivesse regulamentado a profissão no Brasil, o Parecer possuía o peso de um grande referendo que balizava, no campo das idéias e no embate político, as discussões sobre qual era o papel do fisioterapeuta frente à equipe de saúde. Sua repercussão, portanto, junto aos fisioterapeutas era de grande indignação e de instabilidade perante o seu futuro. Como efeito, houve imediatamente, por parte dos fisioterapeutas, o crescimento da mobilização da categoria visando à busca da autonomia profissional através de uma lei própria. Galvão (1999, p.18) destaca o sentimento daquela categoria exposto no Primeiro Congresso Brasileiro de Fisioterapia, promovido pela Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF), em 1964:

“A Associação Brasileira de Fisioterapia – ABF começou a pregar a autodeterminação como forma de garantir o crescimento e a evolução da profissão de Fisioterapeuta no país e realizou seu primeiro Congresso Brasileiro de Fisioterapia, de 12 a 14 de novembro de 1964, na cidade do Rio de Janeiro”.

“Este conclave gerou uma carta com 12 conclusões, cujo item primeiro é elucidativo para o tema, verbis: Recomendar que os assuntos relacionados com a classe de Fisioterapeutas sejam sempre tratados com a participação do órgão representativo destes profissionais que é a Associação Brasileira de Fisioterapeutas”.

Nos anos seguintes, várias associações regionais ligadas à ABF, foram criadas, e todo o empenho dos seus associados estava voltado para a legalização da profissão, ocorrida em 1969.

De acordo com depoimento informal cedido pela fisioterapeuta Sonia Gusmann, que posteriormente assumiria a Presidência da ABF e seria a primeira Presidente do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO (Barros,2002), a regulamentação ocorreu *“aliando estratégia política ao senso de oportunidade, e, ‘graças’ ao Presidente Costa e Silva ter sofrido um Acidente Vascular Encefálico (AVE) grave, e ter sido atendido por fisioterapeutas é que, após a morte do Presidente, a Junta Militar que assumia o poder reconheceu a profissão de Fisioterapeuta através do Decreto-Lei n° 938, de 13 de outubro de 1969 (...), assinado pelos Ministros de Estado do Exército, da Marinha de Guerra e da Aeronáutica Militar”*.

Os bastidores da história da regulamentação da Fisioterapia, revelados pela fisioterapeuta Sônia Gusmann, indicam que as circunstâncias pelas quais o País atravessava – em que a democracia estava sufocada pelo regime militar – ocasionalmente favoreceu a legalização da profissão. O “graças” (como se fosse uma dádiva divina) pelo Acidente Vascular Encefálico do Presidente Costa e Silva afirma essa casualidade que propiciou a aproximação dos fisioterapeutas ao grande

escalão militar. A partir de então, a mistura dos ingredientes relacionados à organização da categoria e à interlocução direta com o governo, retirou da pauta da regulamentação as possíveis interferências de outros atores sociais, especialmente a classe médica. Tal fato facilitou a aprovação de um texto que vinha de encontro com as aspirações dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (que caminhavam junto com os fisioterapeutas na luta por essa regulamentação).

Apesar de distintos, tanto em relação à sua legalidade quanto à sua intencionalidade, os dois documentos oficiais que marcaram o percurso da Fisioterapia no Brasil – o Parecer nº 388/63 do C.F.E. e o Decreto-Lei nº 938/69 – possuem uma característica comum: a falta de uma discussão mais ampla, com possíveis participações dos profissionais da saúde para a elaboração dos textos finais. No Parecer, evidencia-se uma ação tendenciosa de alguns médicos ligados à “reabilitação”, com o intuito de condicionar as ações dos fisioterapeutas, recém-inseridos na equipe, aos limites determinados pelos próprios médicos. Enquanto no Decreto-Lei observa-se uma ação corporativa dos fisioterapeutas, aproveitando a oportunidade de aproximação com o Governo Militar (que detinha o poder de arbitrar sobre a criação de novas leis), para a aprovação do texto que lhes interessava. Inclusive, o instrumento utilizado para a promulgação do referido Decreto-Lei foi a atribuição conferida pelo Ato Institucional nº 5 aos Ministros de Guerra, do Exército e da Aeronáutica, como indica o enunciado do próprio Decreto:

“Os Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar, usando das atribuições que lhes confere o artigo 1º do Ato Institucional nº 12, de 31 de agosto de 1969, combinado com o parágrafo 1º do artigo 2º do Ato Institucional nº 5, de 13 de dezembro de 1968, decretam:...”.

Torna-se importante esclarecer que as observações feitas no parágrafo anterior não possuem a intenção de desqualificar a luta dos fisioterapeutas para a regulamentação da profissão no Brasil, ou pôr em dúvida a legitimidade dessa regulamentação e a sua importância no cenário da saúde. A intenção é de evidenciar

que, no documento oficial que legalizou a profissão (construído pelos próprios fisioterapeutas), encontramos a expressão de como os fisioterapeutas da época concebiam a sua própria imagem, o que ajudará a compreender, por exemplo, as delimitações do campo de trabalho apontadas naquele momento.

A formulação de uma Lei ou de um Decreto-Lei, pelo que se pode observar no percurso de sua elaboração, é marcada pela intencionalidade de tornar legítimo e oficial o estabelecimento de certas relações consideradas necessárias entre fenômenos, entre momentos de um processo ou entre estados de um ser, e que lhes expressa a natureza ou a essência.

Tomando por base o Decreto-Lei nº 938, de 13 de Outubro de 1969, que regulamentou a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional, em relação aos itens referentes à Fisioterapia, entendemos que, apesar da essência desse documento estar voltada para a garantia do exercício profissional do fisioterapeuta como um profissional autônomo e/ou liberal, esse documento acabou reforçando a concepção de que o trabalho do fisioterapeuta estaria restrito aos níveis de atenção à saúde na qual a capacidade física das pessoas já estivesse comprometida.

No tocante à garantia do pleno exercício profissional pelo fisioterapeuta, o documento em seus Artigos 1º e 2º afirma essa condição e, fazendo um contraponto ao Parecer nº 388/63 do Conselho Federal de Educação estabelece que o fisioterapeuta é um profissional de nível superior. Incorpora, também, em seu Artigo 12, o fisioterapeuta numa nova situação em que seria considerado um profissional liberal.

“É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente”.
(Art. 1º.)

”O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior”. (Art. 2º).

“O Grupo da Confederação Nacional das Profissões Liberais, constante do Quadro de Atividades e Profissões, anexo à Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, é acrescido das categorias

profissionais de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, auxiliar de fisioterapia e auxiliar de terapia ocupacional”. (Art. 12º.)

Em relação ao estabelecimento dos atos privativos do fisioterapeuta, o referido Decreto-Lei afirma:

“É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”. (Art. 3º).

No Artigo supracitado, encontramos duas questões interessantes. A primeira reporta-se à expressão: “*É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas...*” Se encarada ao “pé da letra”, poderíamos entender que o fisioterapeuta teria a garantia, a partir do Decreto-Lei, de ser o único responsável por tal execução, porém a avaliação, o diagnóstico e a prescrição do tratamento seriam privativos de quem? Que profissional liberal seria esse que só teria a função de executor?

É muito provável que, mediante as aflições presentes na época por conta da indefinição do futuro da profissão, como destacamos anteriormente, associada à oportunidade de ter a profissão regulamentada por “vias mais rápidas”, se tenha gerado um documento com essas incoerências. Contudo é importante citar que, após a criação dos Conselhos de Classe (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), em 1975, algumas Resoluções foram elaboradas para a reafirmação desse profissional com características diferentes a de um mero executor, que serão objetos de análise no próximo capítulo deste estudo.

A segunda questão, que por hora nos interessa mais, refere-se às ações privativas do fisioterapeuta, descritas no documento,: “... *restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente*”. Esse trecho do documento aponta para uma particularidade que desde os primeiros estudos sobre a Fisioterapia, encontra-se arraigada e diretamente relacionada à profissão: a indissociação com a reabilitação. A restauração, o desenvolvimento e a conservação física do paciente

remetem para uma prática de saúde restrita à doença, o que dificulta a percepção da profissão para as práticas voltadas à prevenção e à promoção da saúde.

Por fim, ao observarmos a história da Fisioterapia no Brasil, constatamos que, entre o final do século XIX até o meado da década de 50, o médico era absoluto nos estudos e concepções a respeito dos recursos físicos utilizados terapeuticamente e, também, na determinação dos locais e tipos de patologias onde os mesmos deveriam ser utilizados. Com a criação dos Cursos Superiores de Fisioterapia, no final da década de 50, e o conseqüente crescimento do número desses profissionais, surgiu uma nova massa crítica que, na busca do seu espaço na área da saúde, desencadeara um processo de luta pela autonomia e reconhecimento profissional que culminou na regulamentação da profissão.

Entretanto, na elaboração dos dois documentos oficiais mais significativos na história da regulamentação da Fisioterapia no Brasil, o Parecer nº 388/63, elaborado por médicos ligados à “reabilitação” e o Decreto-Lei nº 938/69, em que os fisioterapeutas tiveram uma autonomia quase absoluta para formulá-lo, a mesma tendência foi reproduzida em relação ao campo de trabalho que seria ocupado pela profissão. Apesar de possuírem características totalmente diferentes, em relação à natureza legal que cada documento representou, como já visto, aproximam-se do discurso preconizado pela racionalidade científica, em que a Fisioterapia assumiria características muito próximas das especializações médicas, como por exemplo, o tratamento da doença em espaços destinados a doentes: ambulatórios, clínicas, centros de reabilitação e hospitais.

Capítulo II - As práticas profissionais e a consolidação do campo de atuação da Fisioterapia: revelações através das Resoluções emitidas pelo COFFITO

“Se, em vez de concebê-los na forma de repetição vazia, nos esforçássemos para reorientar sua finalidade no sentido de uma recriação interna permanente?”
Guattari

Com a criação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (1975), formado pelos próprios fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais com poderes de baixar atos e normas orientadores do exercício profissional, a autonomia das profissões estava garantida. A Fisioterapia se desenvolveu, criou corpo enquanto profissão, ampliando de forma significativa a sua participação no cenário da saúde.

Buscando entender sobre o que a Fisioterapia valorizou mais efetivamente em relação ao desenvolvimento de suas práticas, este Capítulo propõe uma análise documental das Resoluções que nortearam os caminhos da profissão. Para tanto, como já dito na metodologia, a análise de conteúdo se constituiu em um instrumento valioso para a elaboração das inferências, as quais pretendemos decifrar, pelo menos em parte, o que a Fisioterapia “pensava”, refletida pela frequência dos temas desenvolvidos, assim como pelas características e especificidades reveladas pelas Resoluções.

2.1 – A instauração dos Conselhos de Fisioterapia: instrumentos para a consolidação das atribuições e das práticas profissionais

A criação do Conselho Federal (COFFITO) e dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITOs), através da Lei Nº 6316 de 17 de setembro de 1975, estabeleceu um referendo oficial que passou a delimitar as possibilidades de atuação das profissões em questão.

Sendo organizações instituídas como uma Autarquia Federal⁵, o COFFITO e os CREFITOs, passaram a ter a incumbência de fiscalizar o exercício profissional do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional, assim como de elaborar Resoluções normativas para a elucidação das atividades pertinentes a essas profissões. As citações abaixo, retiradas do texto da Lei nº 6316/75, definem algumas de suas competências:

“São criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com a incumbência de fiscalizar o exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional definidas no Decreto-Lei nº 938 de outubro de 1969.

Os Conselhos Federal e Regionais a que se refere este artigo constituem, em conjunto, uma Autarquia Federal vinculada ao Ministério do Trabalho”. (Art. 1)

“Compete ao Conselho Federal:

(...) Exercer Função normativa, baixar atos necessários à interpretação e execução do disposto nesta Lei e à fiscalização do exercício profissional, adotando providências indispensáveis à realização dos objetivos institucionais;

Supervisionar a fiscalização do exercício profissional em todo território nacional;

(...) Dispor, com a participação de todos os Conselhos Regionais, sobre o Código de Ética Profissional, funcionando como Tribunal Superior de Ética Profissional;

Estimular a exação no exercício da profissão, velando pelo prestígio e bom nome dos que a exercem”. (Art.5º, itens II, III, XI e XII)

“Aos Conselhos Regionais compete:

(...) Fiscalizar o exercício profissional na área de sua jurisdição representando, inclusive, às autoridades competentes, sobre os fatos que apurar e cuja solução ou repressão não seja de sua alçada;

Cumprir e fazer cumprir as disposições desta Lei, das resoluções e demais normas baixadas pelo Conselho Federal;

(...) Propor ao Conselho Federal as medidas necessárias ao aprimoramento dos serviços e do sistema de fiscalização do exercício profissional;

⁵ Entidade estatal autônoma, com patrimônio e receita próprios, criada por lei para executar, de forma descentralizada, atividades típicas da administração pública. Aurélio, 2004. Ed Eletrônica.

(...) Promover, perante o juízo competente, a cobrança das importâncias correspondentes a anuidades, taxas, emolumentos e multas, esgotados os meios de cobrança amigável”. (Art.7º, itens III, IV, VII e XI)

A Lei nº 6316/75 estabeleceu, portanto, um forte mecanismo de controle da profissão, por parte dos Conselhos, no qual esses órgãos passaram a ter autoridade para autuar aqueles que exercem a profissão sem a devida regulamentação junto ao CREFITO, bem como a legitimidade para interpretar – em conformidade com o Decreto-Lei nº 938/69, que regulamentou a profissão – e determinar as atribuições profissionais pertinentes à Fisioterapia.

Ao contextualizarmos o momento da criação dos Conselhos, com as expectativas dos fisioterapeutas àquela época, o sentimento de mais uma grande vitória da categoria torna-se inevitável. Isso porque a profissão ganhou um Fórum próprio, legitimado por Lei, com grande autonomia para garantir, através das Resoluções, o direito de realização de certas práticas profissionais que não foram bem definidas no Decreto-Lei nº 938/69.

Um relato encontrado no editorial do Informativo de Fisioterapia da Associação de Fisioterapia do Estado do Rio de Janeiro, publicado em janeiro de 1976, sinaliza para o entusiasmo da categoria com a criação dos Conselhos:

“Doutores !
É tempo de parabenizarmo-nos mutuamente.
É chegada a hora de mostrarmos por mais uma vez o nosso valor, a nossa posição, o nosso ideal.
O sonho acabou, é realidade.
Em 17 de dezembro de 1975, mais uma grande data dentro da fisioterapia e da Terapia Ocupacional, foi aprovada pelo Presidente da República, General Ernesto Geisel, a Lei nº 6316 que delibera sobre a criação do Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, respectivamente COFFITO e CREFITO.
O Conselho Federal e os Conselhos Regionais eram os que faltavam para que pudéssemos usufruir dos nossos direitos e acatar os deveres profissionais liberais.(...)
(...) Temos os Conselhos. Vamos nos fazer dignos de tão grande órgão, vamos assumir nossas condições de profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de nível

superior não possibilitando mais o charlatanismo abusivo dos que se utilizam do nosso nome e da nossa especialidade (...) Organizemo-nos e unamo-nos em torno de um ideal, em torno de uma só bandeira, bandeira essa que será de paz, harmonia, solicitude e respeito a outros graduados, mas que estes usem de recíproca. (...)”⁶

Fica evidenciado que, nesse momento histórico da profissão, a presença dos Conselhos passa a ter uma representação que transcende o caráter legal instituído pela Lei que os criou. A sua criação, entendida como uma consequência das lutas desenvolvidas pela Associação Brasileira de Fisioterapia (Sanches, 1984), deu a essas entidades um valor simbólico extremamente relevante para a consolidação das práticas da Fisioterapia. A categoria passou a se sentir mais amparada e/ou protegida em relação ao futuro da profissão, como explicita a expressão citada acima: “*O sonho acabou, é realidade*”.

Essas características de aproximação entre os anseios da categoria com a criação dos Conselhos estabeleceram uma certa cumplicidade entre as aspirações dos fisioterapeutas com as futuras Resoluções regulamentadoras da profissão. Cabe destacar que essa tese fica fortalecida com a posse da primeira Diretoria do COFFITO, que teve como Presidente a fisioterapeuta Sonia Gusman, ex-Presidente da Associação Brasileira de Fisioterapia, que participou ativamente das lutas da categoria para a regulamentação da profissão no Brasil.

2.2 – Algumas Resoluções sobre a Fisioterapia: análises e inferências.

A primeira Resolução que aborda a habilitação ao exercício profissional do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional foi a COFFITO nº 8. Publicada no Diário Oficial da União, em 03 de março de 1978, o documento tem como intenção principal especificar, com grande requinte de detalhamento, as exigências necessárias para a legalização desses profissionais junto ao CREFITO, condição imperativa para o

⁶ Informativo de Fisioterapia da Associação dos Fisioterapeutas do Estado do Rio de Janeiro/ AFERJ, número 14, janeiro/fevereiro, 1976.

exercício da profissão. Para tal, trata dos seguintes assuntos: disposições preliminares; direito à inscrição e à franquia profissional; processamento da habilitação no CREFFITO; documentos de identidade profissional; transferência e baixa do vínculo de habilitação; registro do consultório; publicidade profissional; obrigações pecuniárias e débitos.

A Resolução, apesar de apresentar um forte caráter burocrático, pois esmiúça quase que “passo a passo” cada item referido acima, apresenta no primeiro capítulo, chamado de Disposições Preliminares, algumas considerações sobre os atos privativos do fisioterapeuta, que se constituirão em objeto de análise a seguir.

O primeiro Artigo das Disposições Preliminares afirma a exclusividade do exercício da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional por parte dos profissionais formados nessas áreas. O Artigo segundo descreve os atos privativos comuns às duas profissões como o próprio texto demonstra:

“Constituem atos privativos, comuns ao fisioterapeuta e ao terapeuta ocupacional, nas áreas de atuação:

I - O planejamento, a programação, a ordenação e a supervisão de métodos e técnicas fisioterápicos e/ou terapêuticos ocupacionais que visem a saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária; II - a avaliação, a reavaliação e a determinação das condições de alta do cliente submetido à fisioterapia e/ou terapia ocupacional;

III - a direção dos serviços e locais destinados a atividades fisioterápicas e/ou terapêuticas ocupacionais, bem como a responsabilidade técnica pelo desempenho dessas atividades;

IV - a divulgação de métodos e técnicas de fisioterapia e/ou terapia ocupacional, ressalvados os casos de produção científica autorizada na Lei”. (Art. 2º, itens I, II, III e IV)

Nos atos privativos comuns, tanto da Fisioterapia como da Terapia Ocupacional, a Resolução, além de reforçar a autonomia desses profissionais em arbitrarem sobre a execução e supervisão de métodos e técnicas específicos de suas áreas, ampliou a dimensão desses atos em relação ao Decreto-Lei nº 938/69 que regulamentou as duas profissões. Ou seja, introduziu a avaliação, a reavaliação e a determinação das condições de alta das pessoas submetidas à Fisioterapia e à

Terapia Ocupacional e tornou privativa a direção de serviços destinados a essas profissões.

Em relação à direção dos serviços de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, o Decreto-Lei 938/69, ao invés de tratar a questão como um ato privativo, afirma, no seu artigo 5º, que os profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais *“poderão, ainda, no campo de atividades específicas de cada um: dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente (...)”* (grifo nosso).

A interpretação desse Decreto-Lei, como uma das prerrogativas do Conselho Federal para balizar a elaboração das Resoluções necessárias à orientação da profissão, pode ser observada também no artigo terceiro que trata dos atos privativos específicos do fisioterapeuta:

“Constituem atos privativos do fisioterapeuta prescrever, ministrar e supervisionar terapia física, que objetive preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano, por meio de:

I - ação, isolada ou concomitante, de agente termoterápico ou crioterápico, hidroterápico, aeroterápico, fototerápico, eletroterápico ou sonidoterápico, determinando:

- a) o objetivo da terapia e a programação para atingí-lo;
- b) a fonte geradora do agente terapêutico, com a indicação de particularidades na utilização da mesma, quando for o caso;
- c) a região do corpo do cliente a ser submetida à ação do agente terapêutico;
- d) a dosagem da frequência do número de sessões terapêuticas, com a indicação do período de tempo de duração de cada uma;
- e) a técnica a ser utilizada;

II - utilização, com o emprego ou não de aparelho, de exercício respiratório, cárdio-respiratório, cárdio-vascular, de educação ou reeducação neuro-muscular, de regeneração muscular, de relaxamento muscular, de locomoção, de regeneração osteo-articular, de correção de vício postural, de adaptação ao uso de órtese ou prótese e de adaptação dos meios e materiais disponíveis, pessoais ou ambientais, para o desempenho físico do cliente, determinando:

- a) o objetivo da terapia e a programação para atingí-lo;
- b) o segmento do corpo do cliente a ser submetido ao exercício;

- c) a modalidade do exercício a ser aplicado e a respectiva intensidade;
- d) a técnica de massoterapia a ser aplicada, quando for o caso;
- e) a orientação ao cliente para a execução da terapia em sua residência, quando for o caso;
- f) a dosagem da frequência e do número de sessões terapêuticas, com a indicação do período de tempo de duração de cada uma.”(Resolução COFFITO 8, Art. 3º)

A descrição do Artigo acima exprime a tendência de fazer repercutir, na Resolução, os dilemas relacionados às práticas profissionais vividos pelos fisioterapeutas, à época. Até então, o que se tinha de concreto sobre os atos privativos dos fisioterapeutas era o conteúdo do Decreto-Lei 938/69 que se resumia em “... *executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente*” (Art.3º). Conseqüentemente, no embate do dia-dia nos espaços de trabalho, esse profissional não possuía outro instrumento legal que pudesse esclarecer as suas reais possibilidades de intervenção junto à saúde da população, e a definição dos seus limites de atuação frente à equipe de saúde, em especial em relação aos médicos que exerciam função de chefia em tais espaços.

Na direção da terapia física, como o derradeiro objeto de estudo e de intervenção da Fisioterapia – que revela uma preocupação maior com o domínio e exclusividade da aplicação dos recursos terapêuticos do que com o estudo do ser humano e suas repercussões – a Resolução descreve os atos privativos, relacionando alguns comprometimentos do corpo, ou parte do corpo, com as possibilidades da utilização de recursos manuais ou de aparelhos para a elaboração e aplicação de uma intervenção “*que objetive preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano...*”. Com essa intenção, a Resolução se propõe a esmiuçar as competências exclusivas dos fisioterapeutas, desde as fontes dos recursos físicos utilizados até a frequência, dosagem, número de sessões terapêuticas e segmento do corpo a ser tratado. Esclarece e estabelece assim, tanto para os fisioterapeutas como para a sociedade (incluindo aqui, pacientes e equipe de saúde), as atribuições legítimas da profissão.

As influências dos receptores (fisioterapeutas), portanto, sobre o emissor (COFFITO) para a elaboração da mensagem são sinalizadas através de um texto extremamente descritivo das atividades privativas.

Um outro aspecto importante apresentado nessa Resolução diz respeito à área de atuação que a Fisioterapia se propunha ocupar e à lógica de atendimento preconizado, determinadas pelas características presentes nos objetivos e práticas fisioterápicas apontados no texto.

O ato de *“prescrever, ministrar e supervisionar terapia física”* remete, preliminarmente, a uma concepção voltada para a intervenção em um corpo danificado, trazendo um certo antagonismo à idéia de preservação e manutenção da saúde, direcionando-se, pois, à possibilidade de restauração da saúde perdida. Essa característica fica reforçada quando na exposição dos instrumentos utilizados pelo fisioterapeuta, tanto os recursos físicos como os manuais – precedido de um leque de possibilidades de intervenções em diversos sistemas de um corpo alterado – remete-os para um uso eminentemente terapêutico. Como por exemplo: determinar o *“objetivo da terapia e a programação para atingi-la; (...) a região do corpo do cliente a ser submetida; a dosagem da frequência do número de sessões terapêuticas; o seguimento do corpo do cliente a ser submetido; a orientação ao cliente para a execução da terapia em sua residência (...)”*. Assim, o fisioterapeuta utiliza o discurso da biomedicina no qual o esquadramento do corpo para o tratamento mais específico das áreas afetadas, muito presente nas especializações médicas, se constitui no elemento central das práticas da Fisioterapia.

Por fim, os Artigos seguintes das Disposições Preliminares endossam a exclusividade dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais em exercer as respectivas profissões, os pré-requisitos para a regulamentação desses profissionais e os procedimentos dos Conselhos Regionais em caso do exercício ilegal da profissão.

Na década de 70, apenas duas Resoluções abordaram questões relacionadas ao exercício profissional dos fisioterapeutas. A Resolução COFFITO 8, supracitada, e a Resolução COFFITO 10, que aprovou o Código de Ética Profissional para os Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais.

A Resolução COFFITO 10, publicada no Diário Oficial da União em 22 de setembro de 1978, apresenta cinco capítulos: Responsabilidades Fundamentais; Exercício Profissional; Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional Perante as Entidades de Classe; Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional Perante os Colegas e Demais Membros da Equipe de Saúde; Honorários Profissionais e Disposições Gerais.

Essa Resolução tem, como eixo central, a preocupação entre as relações profissionais com o universo de atores com as quais elas se estabelecem, em especial a população atendida pelo o fisioterapeuta e a equipe de saúde. Nesse sentido, ela instituiu uma série de deveres, responsabilidades, proibições e direitos que no campo das ações profissionais iriam nortear eticamente suas práticas em saúde. E é com essa direção que a Resolução determinou, como padrão de referência, a instituição de valores que deveriam ser incorporados pelos fisioterapeutas durante o exercício da sua profissão, como por exemplo:

“ Exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro e obedecer os preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições de suas profissões;
(...) Prestar assistência ao indivíduo, respeitados a dignidade e os direitos da pessoa humana, independentemente de qualquer consideração relativa a etnia, nacionalidade, credo político, religião, sexo e condições sócio econômica e cultural e de modo a que a prioridade no atendimento obedeça exclusivamente a razões de urgência;
Utilizar todos os conhecimentos técnicos e científicos a seu alcance para prevenir ou minorar o sofrimento do ser humano e evitar o seu extermínio;
(...) Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção. (Cap.II, art. 7, itens I, III, IV e VIII)
“(...) tratam os colegas e outros profissionais com respeito e urbanidade, não prescindindo de igual tratamento e de suas prerrogativas;
(...) desempenham com exatidão sua parte no trabalho em equipe;
(...) participam de programa de assistência à comunidade, em âmbito nacional e internacional.”(Cap.IV, Artigos 19,20 e 21)

Apesar do Código de Ética ter como função o estabelecimento de regras para o que se considera uma boa prática profissional, pode-se perceber, novamente, através das entrelinhas dos textos produzidos, qual era a tendência do campo de trabalho a ser ocupado pelo fisioterapeuta. Tal consideração evidencia-se na forma de relacionar as práticas assistenciais da Fisioterapia com a população, e, também, através dos locais citados como espaços de trabalho dos fisioterapeutas.

Além de alguns exemplos contidos nas citações anteriores, como: “... *prioridade no atendimento obedeça exclusivamente às razões de urgência; o uso dos conhecimentos técnicos para prevenir ou minorar o sofrimento*”, que sinalizam para um atendimento após a doença, encontramos outras afirmações que reforçam o argumento:

“Respeitar o natural pudor e a intimidade do cliente;

Respeitar o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa e seu bem estar;

Informar ao cliente quanto ao diagnóstico e prognóstico fisioterápico e/ou terapêutico ocupacional e objetivos do tratamento, salvo quando tais informações possam causar-lhe dano” (Cap.II, art. 7, itens V, VI e VII)

“É proibido ao fisioterapeuta (...) permitir, mesmo a título gratuito, que seu nome conste do quadro de pessoal de hospital, casa de saúde, ambulatório, consultório, clínica, policlínica, escola, curso, empresa balneária hidromineral, entidade desportiva ou qualquer outra empresa ou estabelecimento congênere similar ou análogo, sem nele exercer as atividades de fisioterapia(...)”. (Cap.II, art. 8, item IX)

“O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional fazem o diagnóstico fisioterápico e/ou terapêutico ocupacional e elaboram o programa de tratamento”. (Cap.II, art. 9)

O termo “cliente”, utilizado com grande frequência na Resolução, indica uma relação entre o doente e o terapeuta. Em alguns dicionários da Língua Portuguesa, cliente é definido como “*doente, em relação ao médico habitual*”⁷. Em outras palavras, é aquele que estabelece contatos com um profissional de saúde, marcado pela frequência de encontros, que trarão, possivelmente, os resultados pretendidos

⁷ FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 158, 2005.

pelo doente em relação aos desconfortos no seu corpo, o que caracteriza, também, a idéia de tratamento.

A determinação sobre a proibição do “empréstimo” do nome do fisioterapeuta para constar no quadro de funcionários, em espaços que efetivamente ele não exercia o seu trabalho, teve como intenção principal disciplinar duas questões: a primeira seria o enquadramento nas punições preconizadas pelo Código de Ética, dos maus profissionais que, através do uso dos seus registros de fisioterapeutas, legitimavam o funcionamento de alguns serviços de Fisioterapia que, muitas vezes, funcionavam sem a presença de nenhum fisioterapeuta. A segunda questão está relacionada à reafirmação dos atos privativos dos fisioterapeutas não serem exercidos por outros profissionais.

Mas os espaços narrados, de ocupações comuns aos fisioterapeutas, sugerem que as práticas da Fisioterapia estariam voltadas para serviços ligados aos níveis secundário (ambulatório, consultório, clínica, policlínica, empresa balneária hidromineral, entidade desportiva) e terciário (hospital, casa de saúde) de atenção à saúde e/ou ligados à educação (escola, curso).

Torna-se importante mencionar que as considerações feitas até aqui não possuem a pretensão de buscar no texto do Código de Ética possíveis equívocos ou contradições intencionais. Busca, no entanto, aprofundar a discussão sobre como a percepção dos fisioterapeutas à época, há 28 anos atrás, se traduzia em relação às características da profissão, e suas expectativas em relação ao seu campo de trabalho. É nessa perspectiva fica patente que a intenção descrita no Artigo Primeiro do Código de Ética, que diz que *“o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação da sua saúde”*, sugerindo práticas em todos os níveis de atenção à saúde, não se fortalece por conta de um texto que, na sua essência, revela um fisioterapeuta voltado para práticas eminentemente curativas, ocupando espaços tradicionalmente reservados ao atendimento de pessoas que já possuem comprometimentos físicos.

No início da década de 80, a Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação e o Conselho Federal de Medicina entraram com uma ação na Justiça, questionando a Constitucionalidade dos atos privativos dos fisioterapeutas e

terapeutas ocupacionais, contidos no Decreto-Lei nº 938/69, e a obrigatoriedade de inscrição dos serviços de Fisioterapia nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional nas regiões onde os serviços estivessem localizados – determinação estipulada através do Parágrafo Único do Artigo 12 da Lei nº 6.316/75 que criou os Conselhos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Sobre a intenção dessa representação judicial, Barros (2002, p.51) faz a seguinte consideração:

Em verdade, estavam sendo questionadas, a partir desta ação, a autonomia, competência e a exclusividade de mercado do fisioterapeuta. Os artigos da legislação em que os médicos da Sociedade de Medicina Física e do CFM questionavam a constitucionalidade, e que, portanto, mais lhe incomodavam, eram, justamente, os que tornavam os métodos e técnicas fisioterápicas privativas do fisioterapeuta e o que obrigava às empresas (inclusive as que pertencessem aos médicos) que prestassem serviços de fisioterapia à inscrição no respectivo Conselho de Fisioterapia, ficando estas empresas, sob o poder normativo e fiscalizador do Conselho de Fisioterapia.

Apesar de terem sido indeferidas as pretensões da ação judicial, pois a constitucionalidade foi entendida pelos juízes como legítima, não havia ainda um esclarecimento maior sobre o que significava o ato privativo do fisioterapeuta de “*executar métodos e técnicas fisioterápicos*” (Decreto-lei 938/69, Art. 3º), visto que a Resolução COFFITO 8, não obstante ter ampliado tal significado, como observado anteriormente, não deu conta de responder a questão posta.

Nitidamente, com a intenção de reafirmar a decisão judicial sobre os atos privativos do fisioterapeuta e a obrigatoriedade de registro nos Conselhos Regionais dos serviços de Fisioterapia, em maio de 1987, com uma nova diretoria empossada, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional emitiu a Resolução COFFITO 80 que conceitua a profissão, demarca os recursos utilizados pelo fisioterapeuta, teoriza sobre métodos e técnicas fisioterápicas, define reabilitação e institui competências às práticas dos fisioterapeutas.

Dessa forma, a Resolução COFFITO 80 se auto-intitulou como complementar às Resoluções COFFITO 8, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta e à COFFITO 37, relativa ao registro das empresas nos Conselhos Regionais de

Fisioterapia e Terapia Ocupacional. A partir dessa Resolução, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional passou a adotar um novo formato descritivo em relação ao conteúdo dos seus documentos, em que, antes da conclusão final que reflete a intenção da Resolução, elabora uma série de considerações afirmativas sobre o tema proposto que irão fundamentar a decisão apontada pelo documento.

As três primeiras considerações feitas na Resolução em questão se destinam: a conceituar a profissão, a indicar a sua aplicabilidade em relação à saúde do indivíduo e a enunciar as ferramentas de trabalho do fisioterapeuta, como afirma o texto:

“– Considerando que a Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudo é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgãos, sistema ou função;
- Considerando que como processo terapêutico, lança mão de conhecimentos e recursos próprios, com os quais, baseando-se nas condições psico-físico-social, busca promover, aperfeiçoar ou adaptar através de uma relação terapêutica, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida;
- Considerando que utiliza, para alcançar os fins e objetivos propostos nas suas metodologias, a ação isolada ou conjugada de fontes geradoras termoterápicas, crioterápicas, fototerápicas, eletroterápicas, sonoterápicas e aeroterápicas, bem como, agentes cinésio-mecanoterápicos, e outros, decorrentes da evolução e produção científica nesta área;”

A primeira das três considerações citadas acima conceituou, de maneira inédita na história da profissão, a Fisioterapia como uma ciência. Em que pese a sua caracterização de aplicada, que pode ser entendida como uma aplicação direta em um dado problema específico, sem dúvida, representou um avanço em relação aos documentos anteriores. Propiciou, também, uma mudança em relação ao objeto de estudo da profissão que, ao invés de se referir à terapia física, desloca seu foco para o estudo do movimento humano, atrelando-os às suas alterações patológicas e repercussões psíquicas e orgânicas com o tom de preservação, manutenção, desenvolvimento e restauração da integridade perdida.

No recorte inicial da Resolução em questão, as duas considerações seguintes sinalizam para uma relação terapêutica, observadas as condições “*psico-físico-social*” do indivíduo, na busca de uma melhor qualidade de vida e destaca as fontes geradoras que podem ser utilizadas pelos fisioterapeutas para alcançarem os objetivos propostos.

Em seguida, o texto apresenta uma versão oficial sobre o significado do ato privativo do fisioterapeuta em executar métodos e técnicas fisioterápicas, respondendo a uma das maiores dúvidas da profissão da seguinte forma:

“- Considerando que métodos e técnicas fisioterápicas são atos privativos de profissional Fisioterapeuta, e que métodos compreendem um conjunto sistemático de procedimentos orientados para os fins de produção e/ou aplicação de conhecimentos e que técnicas, são todas as atividades específicas apropriadas aos princípios gerais delineados na metodologia, compreendendo ainda, avaliação físico-funcional, prescrição fisioterapêutica, programação e uso de recursos terapêuticos, reavaliação e alta fisioterápica”;

A citação faz um contra-ponto ao Decreto-Lei 938/69 que criou a Fisioterapia, em relação ao sentido que poderia ser dado ao ato privativo do fisioterapeuta em executar métodos e técnicas fisioterápicas (como já desenvolvido no Capítulo I deste trabalho). Com essa intenção, o texto se propõe a ampliar a discussão sobre o significado dos termos aplicados no Decreto-Lei, inserindo no debate a compreensão do método como um conjunto ampliado de procedimentos com fins de produção ou aplicação de conhecimentos, que determinarão as atividades a serem desenvolvidas, através da técnica, incluindo nessas atividades um processo terapêutico compreendido desde a avaliação até a alta fisioterápica.

Tal preocupação do Conselho Federal, em rechaçar as dúvidas sobre a competência do fisioterapeuta com autonomia plena em realizar todo o processo terapêutico junto ao paciente, fica evidenciada no Artigo 1º desta Resolução:

“É competência do Fisioterapeuta, elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico-funcional, sendo esta, um processo pelo qual, através de metodologias e

técnicas fisioterapêuticas, são analisados e estudados os desvios físicos-funcionais intercorrentes, na sua estrutura e no seu funcionamento, com a finalidade de detectar e parametrar as alterações apresentadas, considerando os desvios dos graus de normalidade para os de anormalidade; prescrever, baseado no constatado na avaliação físico-funcional as técnicas próprias da Fisioterapia, qualificando-as e quantificando-as; dar ordenação ao processo terapêutico baseando-se nas técnicas fisioterapêuticas indicadas; induzir o processo terapêutico no paciente; dar altas nos serviços de Fisioterapia, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade de continuidade destas práticas terapêuticas”. (Resolução COFFITO 80, Art. 1º)

Agrega-se à preocupação referida, a competência do fisioterapeuta em solicitar exames complementares, com o respectivo laudo emitido por outros profissionais da saúde para o acompanhamento evolutivo do tratamento proposto (Art. 3º), e também a proibição da delegação de funções por parte do fisioterapeuta a profissionais não habilitados ao exercício profissional da Fisioterapia (Art. 4º).

A inquietação produzida pela aproximação da “reabilitação” com a Fisioterapia, em que a idéia de pensar a Fisioterapia como sinônimo de reabilitação poderia dificultar a imagem da profissão, despersonalizando a figura do fisioterapeuta, confundindo-o com a figura do “reabilitador”, foi respondida pela Resolução da seguinte forma:

“- Considerando que a reabilitação é um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não caracterizando área de exclusividade profissional, e sim uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem estar bio-psico-social do indivíduo, onde a cada profissional componente da Equipe deve ser garantida a dignidade e autonomia técnica no seu campo específico de atuação, observados os preceitos legais do seu exercício profissional;” (Resolução COFFITO 80, 6ª consideração)

A Resolução reafirma, ainda, de forma mais incisiva, a obrigatoriedade dos serviços de Fisioterapia serem inscritos nos Conselhos Regionais, finalizando de forma imperativa sobre esse tema:

“Somente poderão usar a expressão Fisioterapia as empresas registradas no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional –CREFITO- da jurisdição, na conformidade com o preceituado no parágrafo único do artigo 12 da Lei nº 6316, de 17.12.75⁸” (art.5º)

“O uso da expressão Fisioterapia por qualquer estabelecimento, sob qualquer objetivo, caracteriza prestação de serviços nesta área, sendo, desta forma, campo de abrangência fiscalizadora desta Autarquia.” (Art.6º)

A exposição da Resolução COFFITO 80, de modo mais explícito, se deu pelo fato de ser esta, ainda hoje, o grande referendo para os fisioterapeutas no que diz respeito ao seu exercício profissional. Após essa Resolução, nenhuma outra foi expedida com essa finalidade, pelo COFFITO. O seu texto é, inclusive, considerado como central na defesa da profissão nos embates judiciais corporativos que se sucederam após a sua publicação.

Por conta da sua importância, no cenário do desenvolvimento e afirmação da Fisioterapia, essa Resolução constitui-se, também, em um ótimo documento de análise para o entendimento das lutas vivenciadas pelos profissionais dentro do seu momento histórico, bem como revela e, de certa forma, projeta o desenho do campo de trabalho ocupado ou a ser ocupado pela Fisioterapia no Brasil.

O que notoriamente percebe-se, com a edição da Resolução COFFITO 80, é o impulso da Fisioterapia na direção da elucidação sobre questões ligadas à autonomia profissional, em que os pilares garantidores dessa autonomia se alicerçaram na definição da profissão, no recorte sobre os seus estudos/intervenções em relação as intercorrências do movimento do corpo e na garantia de um órgão fiscalizador, legitimado por Lei, que garantisse a exclusividade de suas ações. No entanto, as sinalizações sobre o campo de trabalho da Fisioterapia não sofreram alterações significativas, se confrontarmos com as expectativas encontradas desde a gênese da profissão.

⁸ Parágrafo único do artigo 12 da Lei nº 6316/75. “É obrigatório o registro nos Conselhos Regionais das empresas cujas finalidades estejam ligadas à fisioterapia ou terapia ocupacional, na forma estabelecida em regulamento.”

Apesar da Resolução COFFITO 80 ter sido editada dezoito anos após o Decreto-Lei que regulamentou a Fisioterapia no Brasil e nove anos após a Resolução COFFITO 8, as declarações contidas no texto da Resolução COFFITO 80 (em que pesem as considerações iniciais apresentarem como objetivo da profissão “*preservar, manter, desenvolver (...) a integridade de órgãos, sistemas ou função*”) mantêm a mesma tendência, em relação ao campo de trabalho, dos documentos citados. Afirmarções como “*(...) busca promover, aperfeiçoar ou adaptar através de uma relação terapêutica, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida*”; ou que remetem às competências do fisioterapeuta destinadas ao processo terapêutico – da avaliação à alta fisioterápica – com a finalidade de detectar as anormalidades comparando com o grau de normalidade da função prejudicada, denotam uma trajetória da profissão marcada por aprofundar-se e desenvolver-se num campo de trabalho em que a doença fosse o pressuposto imperativo para a aplicabilidade da Fisioterapia.

2.3 – Quadro-síntese das Resoluções do COFFITO: a ausência da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde

As Resoluções discutidas até aqui foram as que apresentaram sinalizações mais específicas sobre as características do exercício profissional do fisioterapeuta e, de acordo com as inferências apresentadas, permitiram vislumbrar a localização do campo de trabalho onde a Fisioterapia se desenvolveu. O conjunto das Resoluções emitidas pelo COFFITO, contudo, proporciona uma melhor visualização das preocupações deste Conselho ao longo de sua existência. Com o objetivo de proporcionar tal visualização, elaboramos um quadro-síntese contendo: doze temas definidos por aproximação dos assuntos apresentados; os números das Resoluções de acordo com os temas; e o total de Resoluções referentes a cada um deles.

Resoluções do COFFITO – de 1978 a 2005

Temas	Números das Resoluções	Total
1- Relativos ao exercício profissional do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional.	08, 80* e 81*.	3
2- Relativos à responsabilidade técnica do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional.	127,139, 153 e 158.	4
3- Relativos ao Código de Ética e à estrutura das Comissões de Ética.	10, 107, 155, 190, 191, 192 e 193.	7
4- Relativos ao registro profissional e de empresas.	09, 11, 15, 16, 28, 37, 52, 80*, 81* e 184.	10
5-Relativos ao reconhecimento de especializações.	188, 189, 219, 220 e 260.	5
6-Relativos ao reconhecimento de diplomas estrangeiros, certificados, cursos e títulos.	60, 97, 131, 186, 187, 201, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 221, 222, 223, 225, 226, 241, 242, 243, 254, 259, 265 e 279.	25
7- Relativos às intervenções nos Conselhos regionais e criação de novos CREFITOS.	01, 02, 03, 04, 06, 14, 25, 53, 54, 55, 56, 89, 90, 91, 92, 96, 100, 105, 106, 112, 125, 126, 146, 147, 159, 160, 170, 182, 185, 194, 250, 251, 252, 262, 264, 266, 267, 268, 269, 270, 277, 278, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 290, 296 e 299.	52
8- Relativos à fiscalização.	13, 26, 29, 120, 122, 123, 128 e 183.	8
9- Relativos às questões eleitorais e prorrogações de mandatos.	18, 58, 65, 66, 67, 68, 69, 98, 121, 127, 137, 154, 165, 231, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 261, 291, 292, 293, 294, 295, 297 302, 305, 306, 307, 308, 309, 310 e 311	37

10- Relativos aos orçamentos, anuidades, taxas, emolumentos e diárias – CREFITO.	18, 19, 23, 24, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 47, 49, 51, 57, 64, 74, 75, 76, 78, 79, 83, 85, 86, 88, 101, 104, 109, 111, 113, 115, 117, 119, 132, 134, 136, 138, 140, 143, 145, 148, 150, 152, 157, 162, 164, 167, 169, 171, 172, 177, 179, 180, 195, 196, 198, 200, 202, 204, 206, 215, 217, 228, 230, 246, 248, 256, 258, 272, 273, 274, 276, 287 e 301.	77
11- Relativos aos orçamentos e diárias – COFFITO.	07, 17, 20, 21, 22, 31, 32, 38, 43, 46, 48, 50, 61, 62, 63, 70, 71, 72, 73, 77, 84, 87, 102, 103, 108, 110, 114, 116, 118, 124, 130, 133, 135, 141, 142, 144, 149, 151, 156, 161, 163, 166, 168, 174, 175, 176, 178, 197, 199, 203, 205, 214, 216, 224, 227, 229, 245, 247, 255, 257, 271, 275, 288, 289, 300, 303 e 304.	67
12- Relativos ao funcionamento do COFFITO e a assuntos diversos.	05, 12, 27, 30, 59, 82, 93, 94, 99, 129, 181, 218, 232, 244, 249, 253, 263 e 298.	18

* As Resoluções nº 80 e nº 81 referem-se a dois temas distintos, por isso encontram-se repetidas no quadro.

As informações apresentadas pelo quadro reafirmam algumas impressões já destacadas neste capítulo. As questões relacionadas ao exercício profissional, registro profissional, registro das empresas e à criação do Código de Ética, foram definidas até o final da década de 80 (representadas pelas Resoluções relativas aos temas 1, 3 e 4), período em que a profissão buscou dissipar, através do Conselho Federal, as dúvidas sobre a sua autonomia profissional.

Nos dezenove anos seguintes, em relação à Resolução COFFITO 80 de 1987, não houve nenhuma referência específica de mudança dos atos privativos do fisioterapeuta, o que, de certa forma, pode ser traduzido como uma satisfação da categoria com a consolidação da autonomia profissional e com o campo de trabalho ocupado pela Fisioterapia.

Uma outra questão, que pode ser considerada um indicador dos caminhos percorridos pela profissão, está relacionada às especializações reconhecidas pelas

Resoluções do COFFITO. Em 1998, o COFFITO reconheceu duas especializações, a de Fisioterapia Pneumo-Funcional (Resolução 188) e a de Fisioterapia Neuro-Funcional (Resolução 189); em 2000, reconheceu as especializações em Acupuntura (Resolução 219), e, também, em Quiropraxia e em Osteopatia (Resolução 220); e, em 2004, a especialização de Fisioterapia em Traumato-Ortopedia Funcional (Resolução 260). Todas as especializações citadas correspondem às práticas de Fisioterapia que se desenvolveram de forma significativa, tendo como marca principal de crescimento, tanto na produção teórica quanto nas aplicações de suas técnicas específicas, a melhoria da qualidade do tratamento fisioterápico prestado aos pacientes com acometimentos físico-funcionais.

Por fim, resguardadas as quantidades de Resoluções de caráter burocráticas e de cunho voltados para a administração da Instituição, que representam o maior número de Resoluções emitidas, no que diz respeito ao campo de trabalho da Fisioterapia, não há concretamente referências, em nenhuma Resolução, que apontem para a inserção da Fisioterapia na atenção básica à saúde como campo de trabalho.

Capítulo III – Da Reforma Sanitária Brasileira às Diretrizes Curriculares: a aproximação da Fisioterapia com a Atenção Básica à Saúde.

“Se queremos transformar nossa realidade, talvez seja então conveniente exercitar e desenvolver nossa capacidade de criticar e modificar nossas maneiras de perceber a realidade, assim como nosso potencial de escuta e aprendizagem ante outras maneiras de ver e viver.”
O . Maduro

A Fisioterapia, como vimos nos capítulos anteriores, a partir da criação do primeiro curso de formação superior (final da década de 50) até o final da década de 80, se estabeleceu como profissão da saúde, legitimada pelo Decreto-lei nº 938/69. Tem como característica marcante uma forte organização institucional, representada pela criação das associações de classe e, principalmente, pelos Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, que, através de suas Resoluções, reafirmaram os atos privativos da profissão e garantiram a autonomia profissional dos fisioterapeutas.

Provavelmente, por ser uma profissão relativamente nova e por ter como particularidade, na afirmação da profissão, um forte embate corporativo com parte da classe médica, durante o período referido no parágrafo anterior, a Fisioterapia teve como preocupação central a asserção que garantisse a ocupação do seu espaço no cenário da saúde brasileira. Tal preocupação, todavia, fez com que a profissão se enraizasse em um campo de trabalho que estava sinalizado para ela desde a sua concepção original, em que a “pós-doença” e as seqüelas físico-funcionais produzidas fossem os pré-requisitos para a intervenção da Fisioterapia.

É importante salientar que, nesse período compreendido entre a década de 60 e a década de 80, o país passava por sérias transformações sociais. Os efeitos da ditadura militar mostravam-se desastrosos com perversas repercussões na vida da sociedade. Em especial, na área da saúde, as políticas públicas, que já possuíam fortes traços de tratamentos desiguais, de acordo com a capacidade financeira de cada indivíduo, engendraram por caminhos ainda mais iníquos em relação ao

aumento de excluídos de uma atenção à saúde minimamente decente. Convém assinalar que, enquanto a Fisioterapia crescia e se afirmava dentro de um campo específico de trabalho, outras questões relacionadas à saúde estavam se desenvolvendo paralelamente, como, inclusive, a rediscussão dos modelos de assistência à saúde, em que a hipervalorização da doença era um dos pontos centrais do debate.

Nesse sentido, torna-se importante algumas considerações sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira como representante de um grande movimento social que culminou com a consolidação de um arcabouço jurídico-legal para o novo modelo – o Sistema Único de Saúde, SUS – inserindo seus princípios e doutrina na Constituição Federal de 1988 e na legislação do país, o que, de certa forma, são importantes elementos de apreciação para a discussão sobre a inserção da Fisioterapia na atenção básica que concretamente começou a se esboçar após a regulamentação do SUS.

3.1 – A Reforma Sanitária Brasileira: alguns aspectos históricos até a consolidação do SUS.

Opondo-se às políticas de saúde adotadas pelo governo militar, o movimento pela reforma sanitária brasileira teve suas raízes com profissionais da saúde que, de posse de diversos estudos feitos por intelectuais ligados à área de saúde, passaram a criticar o modelo vigente e a propor alternativas para a sua reestruturação. À medida que o processo de abertura política se ampliava, com a oposição tendo vitórias significativas nas eleições parlamentares, o movimento foi crescendo e a ele se foram incorporando lideranças políticas, sindicais e populares, bem como parlamentares interessados na causa. Pelo menos dois fatores deram identidade a esse movimento: por um lado, a discordância do modelo vigente na década de 1970 e, por outro, a idealização de um modelo de saúde com características de universalidade no acesso, integralidade e equidade na atenção, descentralizado e com participação da população em sua gestão.

A Reforma Sanitária brasileira teve como um de seus principais pressupostos realizar uma ruptura com o reducionismo do modelo hegemônico vigente, de características curativas e voltado à atenção individual, apontando para a necessidade de novas práticas sanitárias que incorporassem o conceito da integralidade e uma visão ampliada do processo saúde-doença.

A partir de 1979, no início do último governo militar, o movimento sanitário começou a penetrar no aparelho do Estado, *“com o objetivo de tentar implementar suas estratégias para mudar a direção da política e assim privilegiar o setor público”* (Escorel, 1998:183). E foi entre os anos de 1979 e 1982 que o movimento sanitário ampliou sua organicidade e vocalização política, estreitando relações com os demais movimentos pela democratização do país.

No início da década de 80 desenvolveram-se no âmbito da Previdência Social propostas de reformas do setor saúde, buscando diminuir os custos da assistência médica previdenciária. Dentro desse movimento por reforma, surgiram as propostas descentralizadoras, direcionando as ações em atenção básica à saúde para os níveis estadual e municipal (Escorel, 1998). Num primeiro momento, as propostas foram ignoradas pelo Governo, mas aos poucos o movimento foi crescendo, legitimado pelos movimentos populares e pela atuação de seus militantes na esfera parlamentar e em algumas instituições de saúde.

O momento político era propício, devido ao advento da Nova República e à redemocratização do país com o fim do regime militar. Em 1985, após a eleição presidencial, quando José Sarney assumiu o poder em função da morte de Tancredo Neves, os movimentos sociais se intensificaram e foi possível uma maior discussão sobre os novos rumos que o sistema de saúde deveria tomar. Com a previsão da eleição da Assembléia Nacional Constituinte, que se encarregaria da elaboração da nova Constituição Brasileira, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, para discutir a nova proposta de estrutura e de política de saúde para o país.

A VIII Conferência contou com ampla participação popular, constituindo-se no maior fórum de debate sobre a situação de saúde do país até então na história do Brasil. Seu relatório serviu de base para as propostas de reestruturação do sistema de saúde brasileiro que deveria ser defendida na Constituinte.

Entre as propostas constantes no relatório encontra-se o conceito ampliado de saúde, a qual é entendida como resultante das condições de vida, alimentação, lazer, acesso e posse da terra, transporte, emprego e moradia. De acordo com o relatório, “a saúde não é um conceito abstrato. Define-se com contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”. Além disso, a saúde é colocada como direito de todos e dever do Estado.

A concretização das propostas da Reforma Sanitária se dá, no plano jurídico e institucional, na implementação do Sistema Único de Saúde, o SUS. Com a aprovação da nova Constituição Brasileira em 1988, foi incluída, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde, a qual incorporou em grande parte os conceitos e propostas contemplados no relatório da VIII Conferência, ou seja, a Constituição incorporou as propostas da Reforma Sanitária.

France (apud Viana e Poz, 1998), aponta para dois tipos de reformas do sistema de saúde: *big bang* e incremental. As reformas do tipo *big bang* produzem profundas transformações do sistema de saúde de forma rápida e pontual, enquanto as incrementais se baseiam em pequenos ajustes sucessivos. Viana e Poz (1998, p. 6) destacam:

“Desse modo, a reforma brasileira da saúde de 1988 pode ser considerada uma reforma do tipo *big bang*, pois introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema. A reforma do modelo de assistência (pública) à saúde ocorreu com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Não obstante os avanços incontestáveis atribuídos à reforma da saúde brasileira, orientados e legitimados pelo texto constitucional de 1988, as dificuldades para a implementação da reforma foram (e ainda são) de diversas ordens. Destacam-se dentre os avanços, a universalidade da cobertura do atendimento, com princípios de equidade e integralidade nas ações de saúde e a conceituação da saúde como um direito de cidadania tornando-se, portanto, um dever do Estado.

A começar pelo cenário em que o texto constitucional foi construído, principalmente no que diz respeito ao crescimento da hegemonia ideológica de um

Estado minimalista, com seus limites de atuação atrelados à manutenção da relação clientelista e de favorecimento, não seria difícil imaginar que as garantias da concretização das modificações propostas com a criação do SUS não seriam “dadas” pelo fato de estarem presentes na Carta Magna. Sobre as dificuldades de implementação dos novos dispositivos constitucionais pelo governo, Levcovitz (1997) faz a seguinte consideração:

“O quinto ano do governo Sarney já se configura como uma clara marca na tendência à não implementação dos novos dispositivos constitucionais, aliás alardeada sem qualquer tentativa de ocultação, em cadeia nacional de televisão, pelo próprio Presidente Sarney. Há que se recordar as permanentes afirmações públicas do Presidente José Sarney, em 1989, sobre a ‘igovernabilidade’ do país estabelecida pelo ‘voluntarismo’ e pela ‘irresponsabilidade’(sic) da Constituinte, referindo-se tanto ao crescimento dos gastos na área social quanto a descentralização da partilha tributária, decorrentes dos dispositivos constitucionais. A denúncia da ‘igovernabilidade’, protagonizada pelo próprio Executivo Federal, à qual aderiram com rapidez e entusiasmo os eternos grupos de interesses que viram seus privilégios reduzidos ou ameaçados pela nova Constituição, inaugurou, desde um referencial político-ideológico, o processo de fragmentação da seguridade”.

O conflito entre as concepções de modernidade e o modelo de proteção social sacramentado na Constituição Federal de 1988, ganhou formas ainda mais agudas no início da década de 90, após a posse do novo Governo Federal. O modelo neoliberal, adotado pelo Presidente Collor, deu início a privatizações desenfreadas indo de encontro à busca de um Estado minimalista. Entre outras formulações, na área de saúde, defendia-se a livre iniciativa privada com bases no jogo de mercado, o acesso diferenciado à saúde hierarquizado pelo poder de compra de cada indivíduo ou empresa e os interesses privados como alicerce do crescimento econômico e social do país. É importante assinalar que o financiamento à saúde foi decrescente no período inicial da década de 90 e só se recuperou em 95/96 (Viana e Poz, 1998).

Desde a implementação do SUS, portanto, uma série de dificuldades se estabeleceram para a sua operacionalização. Viana e Poz (1998,p.6) destacam algumas:

“(...) o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado, no novo modelo de organização dos serviços; a resistência do antigo modelo assistencial – baseado na doença e em ações curativas individuais – a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais”.

Em que pese a importância de um debate ampliado sobre as questões apontadas por Viana e Poz, como o financiamento e a definição entre as três esferas de governo (Dain , S. - 2000; Vianna, M. L. T. W. – 1998; Levcovitz, E. - 1997), as formas de articulação entre o público e o privado (Bahia, L. – 1999; Cohn, A. – 1997) e as decisões governamentais sobre esses temas como, por exemplo, a criação das Normas Operacionais Básicas (Levcovitz,E. – 1997; Dain, S. – 2000), devido à natureza deste trabalho nos restringiremos doravante às questões relacionadas à necessidade de mudanças nas práticas assistenciais. Em especial, na expectativa da aproximação entre as tendências sinalizadas com a criação do SUS e as práticas da Fisioterapia.

As dificuldades em relação às mudanças na forma de organização dos serviços, as características de alocação de recursos e de remuneração das ações de saúde, assim como o modelo assistencial, foram objetos de discussão do que foi chamado, desde o início dos anos 90, de reforma da reforma ou reforma incremental (Viana e Poz, 1998). Nesse contexto, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) surgem como estratégias para impulsionar a reforma incremental do sistema de saúde brasileiro, como é observado por Viana e Poz (1998, p.8):

“No caso brasileiro, considera-se que as mudanças no modelo assistencial, que vem se operando dentro do SUS, por conta de dois novos programas (Programa de Agentes Comunitários de

Saúde – PACS e Programa de Saúde da Família – PSF), estão provocando alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços. O PSF se constituiu, assim, em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes nas formas de remuneração (superação da exclusividade do pagamento por procedimento), e organização já mencionadas acima e nas práticas assistenciais no plano local, portanto, no processo mesmo de descentralização”.

O desvio do enfoque das práticas de saúde para a família e a comunidade, em contraposição ao direcionamento dessas ações para o indivíduo (observado até então), favoreceu o avanço de novas concepções que, entre outras, rediscutem a questão do atendimento exclusivamente através da demanda espontânea; inserem a importância da integração da comunidade com os atores da saúde; ampliam o conceito de saúde, introduzindo outros valores imprescindíveis no debate (como as condições socioeconômicas); desfocalizam o médico como o responsável central nas intervenções, e introduzem o agente comunitário de saúde como um elo estratégico entre a comunidade e a equipe de saúde.

Deve-se assinalar, no entanto, que esse breve relato histórico possui a intenção de destacar alguns episódios relevantes na saúde brasileira, que refletem direta ou indiretamente nas práticas dos atores da saúde. Quer seja no campo político, com possíveis organizações representativas de interesses voltados para a “mercantilização” da saúde, quer seja nas práticas assistenciais em que foram desenvolvidas diferentes formas de atuação pelos atores da saúde.

No caso específico da Fisioterapia, a relevância de uma revisão sobre algumas influências do movimento da reforma sanitária na formatação do SUS nos parece ainda mais evidenciada. Isso porque a profissão não possui registros específicos em suas entidades representativas que sinalizem para a sua inserção no debate sobre as transformações ocorridas na saúde do país, até o momento em que houve a consolidação do SUS. Reafirmando o já dito neste trabalho, provavelmente pela sua tenra idade, a profissão esteve voltada, durante esse período, para a auto-

afirmação profissional no cenário da saúde e para o desenvolvimento profissional no campo de trabalho que lhe foi apresentado desde a formulação inicial da profissão.

3.2 – Dos Currículos Oficiais às Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia: o encontro da profissão com a Atenção Básica à Saúde .

Devido ao distanciamento da formação dos profissionais de saúde em relação às propostas da reforma incremental no que diz respeito ao modelo de assistência à saúde, surgiram dois movimentos de aproximação com as universidades. O primeiro, em 1997, foi a criação dos pólos de capacitação pelo Ministério da Saúde, onde foram desenvolvidas diferentes atividades, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, através da estratégia de integração entre a universidade e o serviço, como por exemplo: o Pólo de Saúde da Família (Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família) e o Pólo de DST/AIDS (Capacitação de Recursos Humanos para Prevenção e Controle das DST/AIDS).

O segundo movimento, produzido pelo Ministério da Educação e do Desporto – MEC, foi a convocação das Instituições de Ensino Superior, através do Edital nº4/97 da Secretaria de Educação Superior (Sesu), para apresentarem propostas para a elaboração das novas diretrizes curriculares.

Em relação à criação dos pólos de capacitação, não houve uma grande repercussão para a Fisioterapia num primeiro momento. Isso se deve, na grande maioria dos municípios brasileiros, ao fato de que a profissão não se encontrava atuando no nível básico de atenção e, conseqüentemente, era muito pouco atingida pelas capacitações propostas pelos pólos. Esse fato também inviabilizou a participação efetiva dos docentes fisioterapeutas das Instituições de Ensino nos processos de elaboração das atividades desenvolvidas, assim como a atuação desses profissionais como facilitadores junto aos pólos.

Em contrapartida, desde a elaboração das diretrizes curriculares até a sua consecução, a participação da Fisioterapia se deu com grande representatividade,

pois além dos docentes fisioterapeutas que compunham a Comissão de Especialistas de Ensino (nomeados pela Portaria CES/CNE 146/97), responsáveis pela sistematização da proposta das Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia, houve a colaboração, através do envio de propostas, dos Conselhos de Fisioterapia (Federal e Regionais), de algumas entidades representativas da profissão e de diversas Instituições de Ensino Superior de Fisioterapia. Arriscamo-nos a afirmar que, até então, foi o maior fórum de discussão sobre a formação do fisioterapeuta acontecido no país.

Referente à intenção das diretrizes curriculares em aproximar a formação dos profissionais de saúde com as perspectivas apontadas pelo SUS, um dos aspectos importantes a ser destacado é a preocupação em produzir, de forma introdutória, um texto único para quase todas as profissões da saúde⁹, composto de: um histórico que possui, entre os documentos norteadores, alguns artigos referentes ao SUS contidos na Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/90) e o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000); o mérito do documento; os princípios das diretrizes curriculares; uma definição de saúde englobando conceito, princípios, diretrizes e objetivos, baseados nos artigos 196 e 198 da Constituição de 1988 e nos artigos 4º, 5º e 7º da Lei nº 8080/90; e o objeto e o objetivo das diretrizes curriculares.

Além do texto introdutório referido, encontramos, na parte específica dos cursos da área de saúde (para Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Biomedicina, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Farmácia e Odontologia), no item dois, que diz respeito às competências e habilidades gerais da profissão, um texto idêntico para todas as profissões, abordando os seguintes itens: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; e educação permanente.

Essas características das diretrizes curriculares, sinalizadas nos dois parágrafos anteriores, nos remete a pensar que, na elaboração do documento, além

⁹ Aprovadas através dos seguintes Pareceres do Conselho Nacional de Educação: Biomedicina (CES104/2002); Educação Física (CES 138/2002); Enfermagem (CES1133/2001); Farmácia (CES 1300/2001); Fisioterapia (CES 1210/2001); Fonoaudiologia (CES 1210/2001); Medicina (CES 1133/2001); Nutrição (CES 1133/2001); Odontologia (CES 1300/2001); Terapia Ocupacional (CES 1210/2001).

da aproximação entre as diretrizes do SUS com as universidades, houve a preocupação em estabelecer e/ou introduzir temas que fossem comuns a quase todos os cursos de graduação na área de saúde, que norteassem o perfil dos egressos/profissionais de forma que fosse fortalecida uma formação com o tom generalista, independente da especificidade de cada profissão. Tal percepção é reforçada por um dos parágrafos contido nos princípios das diretrizes curriculares:

“(...) a Comissão reforçou nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Desta forma, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação.” (Parecer nº 1210/2001 do CNE/CES)

Foi nesse cenário que houve uma espécie de apresentação da Fisioterapia às políticas públicas de saúde brasileira. Os incessantes debates coletivos sobre alguns temas históricos da saúde (descentralização, universalidade do atendimento, ações integradas na saúde, modelos assistenciais, entre outros), em especial, a partir do início do movimento da reforma sanitária brasileira, parecem ter “marcado encontro” com a profissão através da sua participação na formulação das diretrizes curriculares. Isso, de certa forma, permitiu o confronto entre o isolamento até então vivido pela profissão, representado pela interlocução quase exclusiva entre seus pares (fisioterapeutas) na busca do desenvolvimento das suas práticas num campo de trabalho já pré-definido pela sua história, com uma dimensão mais ampliada em que na arena de debates, além da presença de outros atores da saúde, a discussão sobre o papel social das profissões da saúde, com destaque para a participação na formulação das políticas públicas e reflexões sobre práticas de saúde, constituíam-se em elementos centrais.

Em relação às modificações propostas nas diretrizes curriculares do curso de Fisioterapia, contrapondo-as com os currículos oficiais anteriores, pode-se perceber uma grande mudança estrutural e conceitual da formação.

Ao longo da história da Fisioterapia no Brasil, três propostas de currículos foram instituídas oficialmente. A primeira através da Portaria nº 511/64 do extinto Conselho Federal de Educação (CFE), a segunda pela Resolução nº 4/83 do CFE e a terceira, referente as atuais diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fisioterapia, por intermédio da Resolução CNE/CES nº 04/2002.

Preliminarmente, contudo, é importante assinalar que o modelo hegemônico da medicina, no sentido das suas práticas e, conseqüentemente, da sua formação, exercia influências profundas na formação dos outros atores da saúde. Essas influências, em grande parte oriundas do “modelo Flexneriano” estabelecido a partir da década de 40 (Noronha, 2002), fortaleciam um projeto político-ideológico em que a afinção entre a incorporação ao desenvolvimento do sistema capitalista monopolista (em especial nos países periféricos) e *“um conjunto de elementos estruturais, complementares e sinérgicos entre si, passaram a direcionar a prática médica ao mecanicismo, a biologização do social, ao individualismo, a especialização e a tecnificação da prática”* (Centurião, 1997, p.47). Noronha (2002, p.14), em um breve relato referente à publicação de Abraham Flexner, em 1910, do relatório sobre a realidade do ensino médico nos Estados Unidos, que iria mudar os rumos desse ensino não só nos Estados Unidos, como no Canadá e, também, na América Latina, faz a seguinte consideração:

“O ‘modelo flexneriano’, implantado no Brasil a partir da década de 40, época em que foram criadas inúmeras escolas de Medicina, Odontologia e de Enfermagem e reformuladas as que já existiam, pode ser caracterizado, entre outras coisas, pela valorização excessiva de uma sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso; pela centralidade na figura do professor; pela pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde, com especial atenção médica individual; pelo estímulo a aprendizagem dentro do ambiente hospitalar, que influenciou a criação dos hospitais universitários com um corpo clínico próprio e permanente; e pela crescente especialização da assistência médica.”

Assim, os avanços tecnológicos incontestes com o desenvolvimento desse modelo, o que favoreceu um grande crescimento do conhecimento no campo da diagnose e nas intervenções terapêuticas, imprimiram as características das formações na saúde, como no caso da Fisioterapia.

Os dois primeiros currículos referidos possuíam características de um currículo mínimo desejável para a formação do profissional em questão. O primeiro, em 1964, preconizava uma formação de três anos letivos, compostos das seguintes disciplinas: Fundamentos de Fisioterapia, Ética, História da Reabilitação, Administração Aplicada, Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada. A elaboração desse currículo foi baseada na Portaria nº 388/63 (discutida no 1º capítulo deste trabalho), em que o relator, segundo Rebellato e Botomé (1987, p.53), afirmara:

“(...) considerando a falta de experiência, de professores habilitados, de instalações, de laboratórios e de equipamentos, decidi que as aprendizagens que deveriam fazer parte do repertório dos futuros profissionais fisioterapeutas (então denominados Técnicos em Fisioterapia) deveriam basear-se em um esquema modesto e exequível.”

Em relação a esse primeiro currículo, fica evidente a intenção de uma formação que preparasse o futuro profissional para a execução de atividades eminentemente técnicas em um espaço específico, ou seja, contido na “reabilitação”. É importante reafirmar que a Fisioterapia, nesse momento histórico, ainda não era uma profissão reconhecida, possuía um pequeno número de profissionais formados e encontrava-se num momento de incertezas não só em relação à evolução da profissão (condicionada à regulamentação da profissão, à autonomia profissional e possíveis áreas de atuação), como a possível “ameaça” que representava a uma parte da categoria médica, o que alijou totalmente a possibilidade de participação de representantes da profissão na elaboração deste currículo.

A base utilizada para a formulação do primeiro currículo oficial da profissão apresentou uma pobre fundamentação sobre qual a necessidade formativa do futuro profissional – representada por um bloco de disciplinas que não possuíam nenhuma

especificação de conteúdos – e sugeriu uma aprendizagem de conhecimentos já previamente instituídos, com poucas possibilidades de variações. Rebelatto e Botomé (1987, p.58), reforçam essa impressão:

“O ponto de partida para se tomar as decisões sobre o que deve ser ensinado aos futuros profissionais, parece não ter sido outro senão o conhecimento (em forma de conteúdos) existente e divulgado. As próprias justificativas para a elaboração do documento inicial (falta de “experiência”, de professores “habilitados”, de equipamento, etc.), sugerem uma ausência de ‘conteúdos sobre os quais apoiar a proposição”.

O segundo currículo oficial, Resolução nº 04/83 do CFE, ampliou o tempo do curso para no mínimo quatro e no máximo oito anos de duração, com carga horária mínima de 3.240 horas, instituindo-o em sistema de ciclos, ficando assim distribuídos: I – Ciclo de Matérias Biológicas; II – Ciclo de Matérias de Formação Geral; III – Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes; IV – Ciclo de Matérias Profissionalizantes. O quadro abaixo explicita o conteúdo de cada ciclo:

I – Ciclo de Matérias Biológicas
a) Biologia b) Ciências Morfológicas – Anatomia Humana e Histologia. c) Ciências Fisiológicas – Bioquímica, Fisiologia e Biofísica d) Patologia – Patologia Geral e Patologia de Órgãos e Sistemas.
II – Ciclo de Matérias de Formação Geral
a) Ciências do Comportamento – Sociologia, Antropologia, Psicologia, Ética e Deontologia. b) Introdução à Saúde Humana – Saúde Pública c) Metodologia de Pesquisa Científica, incluindo Estatística.
III – Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes
a) Fundamentos de Fisioterapia – História da Fisioterapia e Administração em Fisioterapia b) Avaliação Funcional – Cinesiologia, Bases de Métodos e Técnicas de Avaliação em Fisioterapia. c) Fisioterapia Geral – Eletroterapia, Termoterapia, Fototerapia, Hidroterapia e Mecanoterapia

- d) Cinesioterapia – Exercício Terapêutico e Reeducação Funcional
- e) Recursos Terapêuticos Manuais – Massoterapia e Manipulação

IV – Ciclo de Matérias Profissionalizantes

- a) Fisioterapia Aplicada às Condições Neuro-Músculo-Esqueléticas – Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia, à Neurologia e à Reumatologia
- b) Fisioterapia Aplicada as Condições Córdio-Pulmonares – Fisioterapia aplicada à Cardiologia e à Pneumologia
- c) Fisioterapia Aplicada as Condições Gineco-Obstétricas e Pediátricas – Fisioterapia aplicada à Ginecologia e à Obstetrícia e Fisioterapia Aplicada à Pediatria.
- d) Fisioterapia Aplicada às Condições Sanitárias – Fisioterapia Preventiva
- e) Estágio Supervisionado – Prática de Fisioterapia Supervisionada

Após dezenove anos de vigência do primeiro currículo da Fisioterapia, o novo currículo apresentado, em 1983, que contou com a participação da Associação Brasileira de Fisioterapia para a sua elaboração (Rebelatto e Botomé, 1987), apesar de ter avançado em relação ao aumento da carga horária e na inserção de novos conteúdos, saindo do “*esquema modesto e exequível*” sugerido no currículo anterior, manteve a mesma lógica de fragmentação dos conteúdos e a valorização da técnica, com os ciclos pré-profissionalizante e profissionalizante destacados no final da formação. Centurião (1997, p.55) faz a seguinte consideração sobre esse currículo:

“Caracterizada, no modo de racionalidade técnica, como a aplicação das normas e técnicas derivadas do conhecimento científico, a prática é considerada o cenário adequado para a formação e o desenvolvimento de competências, capacidades e atitudes profissionais, sendo, portanto, ‘adequada’ para a etapa final de uma formação. No caso da Fisioterapia, o ciclo de matérias básicas e profissionalizantes apresenta-se hierarquizado e a atividade prática é oferecida tardiamente, através de ambientes protótipos onde o aluno aplicará os conhecimentos universais e invariantes adquiridos nas etapas anteriores”.

O que se observou, portanto, após a sua implementação, foi o fortalecimento da concepção de uma “Fisioterapia aplicada”, sugerida no currículo, pelos termos utilizados na parte “específica” da profissão (“...*aplicadas as condições neuro-músculo-esquelética, ...cárdiopulmonares, ...*”). A similaridade com princípios

“flexinerianos” são identificados e caracterizados através da formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso; da pouca ênfase aos aspectos de prevenção e promoção da saúde; do estímulo à aprendizagem dentro de consultórios, clínicas e ambientes hospitalares; e da tendência em incentivar as especializações em Fisioterapia nos moldes muito parecidos com os da Medicina.

A forte aproximação com valores relacionados à Biomedicina encaminhou a Fisioterapia para a valorização das suas práticas voltadas para as disfunções do corpo, entendido aqui como um grande sistema anatomofisiológico, em que o grande desafio da profissão estava na possibilidade de “concertá-lo” e/ou aproximar o seu funcionamento aos padrões de normalidade previamente estabelecidos no ciclo de matérias biológicas, como observado por Centurião(1997, p.53):

“Incorporando as concepções biomédicas de saúde e doença, como situações vitais que dizem respeito apenas ao indivíduo biológico, a educação do pessoal da saúde, de uma forma geral, e da Fisioterapia, em particular, caracterizam-se pela capacitação em conhecimentos e técnicas de intervenção na forma dessas concepções. Ou seja, transmitem-se conhecimentos do corpo enquanto estrutura anatomofisiológica e conferem-se habilidades em técnicas de reconhecimento de alterações das regularidades estruturais e funcionais do corpo e habilidades em técnicas de manutenção e recuperação dessas mesmas regularidades”.

As concepções biomédicas de saúde/doença, destacadas pela autora, fortaleceram ainda uma prática em saúde muito afinada com “*dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais*” (Mattos, 2001). Tais dimensões tomaram uma proporção tão grande na Fisioterapia, que a introdução das disciplinas de Antropologia, Sociologia e Saúde Pública no ciclo de matérias de formação geral, assim como a de Fisioterapia Preventiva, no ciclo de matérias profissionalizantes, não foi suficiente para, pelo menos, produzir um equilíbrio na formação profissional que, por exemplo, inserisse efetivamente a profissão nas discussões sobre prevenção e promoção da saúde.

Após outros dezenove anos, através da Resolução CNE/CES nº 4, em 19/02/2002 foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de

Graduação em Fisioterapia. O texto aprovado para o curso de Fisioterapia rompe frontalmente com a lógica presente nos currículos anteriores em relação à sua estrutura, como também com a base conceitual que o fundamenta.

A partir da sua elaboração, as diferenças começaram a se estabelecer no momento em que a formação do fisioterapeuta não foi discutida isoladamente, como aconteceu na construção dos dois currículos anteriores e como se a sua especificidade estivesse desconectada do contexto da saúde. Os pressupostos da formação dos atores da saúde foram discutidos coletivamente, tendo como linha orientadora a necessidade de uma formação contextualizada com as questões sociais interligadas à saúde da população, como afirma o Parecer nº 1210/2001 do CNE/CES, no campo referente ao mérito das diretrizes curriculares:

“Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional”.

Ainda no mesmo Parecer, nas considerações sobre o objeto e objetivos das diretrizes, que fazem parte de um texto comum às profissões da área de saúde, é apresentado um perfil acadêmico e profissional na direção de uma formação calcada nas discussões da Reforma Sanitária Brasileira, na busca de elementos que favoreçam, entre outras coisas, a integralidade da atenção aos indivíduos, famílias e comunidades, assim destacados:

“Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no

Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira”.

“Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a ***aprender a aprender*** que engloba ***aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer***, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades”.

Foi com esses pressupostos norteadores que a formação do fisioterapeuta passou a ser proposta com maior ênfase na capacitação para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, saindo da exclusividade do atendimento individual, engendrando, assim, na perspectiva de uma formação generalista em que os estudos de outras dimensões relacionados à saúde (como por exemplo, o cuidado) passam a ser valorizados na formação profissional. O Artigo 3º das Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia afirma essa nova tendência:

“O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação”. (Resolução nº 4/2002 CNE/CES – grifo nosso)

O grifo na citação acima tem o intuito de assinalar que o objeto de estudo, e o seu objetivo, foram “transportados” da Resolução n º 80 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (apresentada e discutida no segundo capítulo). Tal fato sinaliza para, pelo menos, duas questões relevantes. A primeira diz respeito

à necessidade de adaptação da definição clássica da profissão às novas tendências apontadas para a formação dos atores da saúde no Brasil. A segunda sinaliza para a manutenção da identidade da profissão representada pelo “... estudo do movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades...”, o que, independentemente da ampliação do seu campo de trabalho, não se constitui em fator impeditivo para atuar, por exemplo, no nível primário de atenção à saúde.

Os Artigos 4º e 5º das Diretrizes Curriculares da Fisioterapia tratam das competências gerais e específicas da formação, respectivamente. Destacam-se, como contraposição (e/ou ampliação) aos currículos anteriores da profissão, as citações imperativas sobre a aptidão no desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde individual e coletiva; o fato de que a responsabilidade “da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo” (Art.4º , inciso I); a atuação em todos os níveis de atenção à saúde, na perspectiva interdisciplinar, sensibilizado e comprometido com o ser humano (não somente com a doença); a contribuição com a manutenção da saúde das pessoas, família e comunidade, considerando “as circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas” (Art. 5º, inciso V); e o exercício da profissão de “forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social”. (Art.5º, inciso VII)

Sobre os conteúdos a serem desenvolvidos na formação do fisioterapeuta, as Diretrizes sugerem alguns essenciais como os “relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Fisioterapia”. (Art.6º)

Nesse sentido, as indicações sugeridas propiciaram um desenho diferente para os conteúdos a serem tratados na formação. A idéia da disciplina como uma delimitação rígida de conteúdos já pré-estabelecidos deu lugar às orientações sobre os conhecimentos necessários ou mais adequados a serem adquiridos pelos acadêmicos. São quatro blocos estruturais, demonstrados no quadro a seguir:

I – Ciências Biológicas e da Saúde :

Incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos.

II – Ciências Sociais e Humanas:

Abrange o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos às políticas de saúde, educação, trabalho e administração.

III – Conhecimentos Biotecnológicos:

Abrange conhecimentos que favorecem o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes à pesquisa e à prática clínica fisioterapêutica.

IV – Conhecimentos Fisioterapêuticos:

Compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, a ética e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção. Conhecimentos da função e disfunção do movimento humano, estudo da cinesiologia, da cinesioterapia e da cinesioterapia, inseridas numa abordagem sistêmica. Os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção. Conhecimentos da intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos em todas as etapas do desenvolvimento humano.

(Art. 6º, incisos I, II, III e IV)

Essa nova configuração veio acompanhada com a indicação da elaboração de um projeto pedagógico, que propicia atividades complementares de extensão, de monitoria, de iniciação científica, entre outros. Foi construído coletivamente na busca

de uma formação integral do estudante através da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. Tem, ainda, como referência central, para o direcionamento desse projeto pedagógico, o “*aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem*” (Artigos 8º e 9º).

Em seu Artigo 13, penúltimo artigo do documento, as Diretrizes “amarram” a estrutura do Curso de Graduação em Fisioterapia assegurando que as atividades práticas deverão ser desenvolvidas gradualmente, com complexidade crescente desde o início do curso. Afirma, também, que “*os conteúdos curriculares poderão ser diversificados, mas deverá ser assegurado o conhecimento equilibrado de diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos para assegurar a formação generalista*”. (Art. 13, incisos I e III)

Por fim, as evidentes transformações sugeridas para a formação do fisioterapeuta, apresentadas pelas Diretrizes Curriculares, que, efetivamente, inseriram a profissão no campo da atenção primária à saúde, desafiam a Fisioterapia à uma resignificação dos antigos valores que nortearam as práticas da profissão, prioritariamente para os níveis secundários e terciários de atenção à saúde, imersos num sentido de reabilitação em que a recuperação do “corpo-biológico” constituiu-se no seu grande objeto de trabalho.

Capítulo IV - A atuação da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde.

“O Brasil é um caboclo sem dinheiro procurando o doutor nalgum lugar ou será o professor Darcy Ribeiro que fugiu do hospital pra se tratar? Agente é torto igual Garrincha e Aleijadinho ninguém precisa concertar. Se não der certo agente se vira sozinho, decerto então nunca vai dar.”
Celso Viáfora

4.1 – As Influências do novo campo determinando a resignificação da prática: apresentando a integralidade como referência.

A aprovação da Diretrizes Curriculares para os cursos da saúde, com os referenciais do SUS balizando os seus princípios, sinalizou para a ampliação de ofertas de serviços na atenção básica à saúde da população. Isso aconteceu no momento em que apontou para todos os atores da saúde a necessidade de priorização de uma formação generalista que capacitasse os profissionais da saúde a atuarem em todos os níveis de atenção, o que, em relação à atenção básica, até então, não era comum em algumas profissões (a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional, a Fonoaudiologia e a Psicologia).

Nessa perspectiva, torna-se importante assinalar, no caso específico da Fisioterapia que, em decorrência de algumas características do trabalho na atenção básica serem diferentes das realizadas nos outros níveis de atenção à saúde, a profissão teve que agregar novos valores que não replicassem o mesmo formato e ações que tradicionalmente permearam a sua trajetória consolidada nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Dentre as principais diferenças encontradas, em relação às características apresentadas na atenção básica, sinalizadas no parágrafo anterior, destacam-se: a mudança do cenário do atendimento em que, ao invés de um ginásio terapêutico, um consultório ou um leito hospitalar, as intervenções passaram a ser em domicílios, em escolas, em salões desprovidos de recursos físicos (ondas curtas, fornos, ultra-sons, entre outros.) das unidades básicas de saúde, em igrejas, praças, etc.; o

atendimento que deixa de ser exclusivamente individualizado, incorporando-se a este o atendimento em grupo; a perda da exclusividade das ações fisioterapêuticas, no sentido etimológico da palavra, que se diluem e dividem espaço com as ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde; e a transformação de uma prática profissional calcada na decisão individual, arbitrada pelo fisioterapeuta, sobre os métodos e procedimentos a serem aplicados, para a busca de uma prática em que as decisões coletivas, numa perspectiva interdisciplinar com a participação dos usuários, sejam prioritárias para definir as ações que possam trazer impactos favoráveis para a saúde da comunidade.

Os exemplos de certos valores que se agregaram à prática da Fisioterapia, determinados pelas características do novo campo de trabalho em que foi inserida – na Atenção Básica à Saúde – sugerem a busca de outros referenciais teóricos, para a profissão, que possam dar suporte às demandas postas nesse nível de atenção. Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia propõem, no artigo que trata dos objetivos da formação do fisioterapeuta, a integralidade da assistência como um dos conhecimentos requeridos para o exercício de suas competências e habilidades específicas:

“Reconhecer a saúde como direitos e condições dignas de vida e atuar de forma a **garantir a integralidade da assistência**, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (Art. 5º, inciso IV. Grifo nosso)

A valorização do atendimento integral à saúde é reafirmado, pelo documento das Diretrizes em outro trecho do texto quando, ainda referindo-se à formação do fisioterapeuta, destaca:

“A formação do fisioerapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, **a atenção integral da saúde** no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe”. (Art.5º, parágrafo único. Grifo nosso)

Ainda sobre as sinalizações das Diretrizes, referentes à importância da integralidade na formação profissional, no seu artigo 6º (citado no capítulo anterior), afirmam que os conteúdos essenciais para o curso de Fisioterapia devem estar integrados à realidade, relacionados com “*todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade*”, favorecendo assim a possibilidade da “**integralidade das ações do cuidar em fisioterapia**” (Grifo nosso)

Dessa forma, o tema integralidade possui grande relevância como um assunto central para a discussão das ressignificações das práticas em saúde. Dentro do objetivo deste trabalho, sugerimos sua interlocução com os possíveis caminhos da Fisioterapia na atenção básica.

Preliminarmente, porém, tornam-se imprescindíveis algumas apreciações sobre a integralidade com o intuito de não cairmos na armadilha da banalização do termo, o que, conseqüentemente, dificultaria a possibilidade de propor qualquer contribuição para o debate sugerido neste momento do trabalho. Mattos (2001) alerta para essa questão quando aponta que na reflexão sobre as noções de integralidade no contexto do debate sobre os rumos do Sistema Único de Saúde, encontramos diversos atores que outrora eram oposição para os rumos da saúde no Brasil. Hoje, encontram-se em um espaço *híbrido*, entre posição e oposição, assumindo a defesa do SUS, ao mesmo tempo em que criticam a sua implementação com o intuito de aperfeiçoá-la. Tal fato, segundo o autor, põe em risco a validade de determinados termos como, por exemplo, a integralidade. Seu uso torna-se banalizado através da defesa de algo de que não se tem muita clareza em relação ao seu significado e seus sentidos. Dessa forma Mattos (2001, p.43) destaca:

“Difícil tarefa para nossa cultura, na qual nos acostumamos a criticar os adversários mais do que os aliados ou a nós mesmos. É compreensível que, desde esse lugar híbrido, a força da crítica e da indignação com os aspectos do que existe, que subjazem nos princípios orientadores do SUS, tende a perder sua intensidade, ou sua centralidade. E que pode esvaziar os significados desses mesmos princípios. E uma das formas desse esvaziamento é exatamente a banalização do uso, ou seja, o uso de uma expressão de tal modo que todos a defendam, mas o façam sem saber exatamente o que

defendem. Desse modo, as noções deixam de ser capazes de diferenciar aspectos e valores presentes em diferentes configurações do sistema, das instituições ou das práticas nos serviços de saúde; perdendo, assim, a sua utilidade na luta política”.

A organização social, em relação à construção de novas políticas públicas de saúde que propiciem o acesso à saúde como um direito de cidadania, caracterizado pelo Movimento de Reforma Sanitária, desde a década de 70, indicou uma série de transformações conceituais sobre a saúde. Estabeleceu também diversas críticas aos modelos de assistência à saúde hegemônicos no país. Essas críticas permitiram, nas variadas arenas em que os debates aconteceram, a produção de valiosos conhecimentos que, nos diferentes espaços de sua aplicação, representaram um conjunto de reestruturações desejáveis para a inserção de novos valores e princípios que pudessem nortear tanto as políticas como as práticas em saúde.

Os conhecimentos referidos formaram um arcabouço ideológico que passaram a ser utilizados pelas diversas frentes políticas e sociais, em especial a militância política organizada na oposição ao governo, insatisfeitas com a agudização da exclusão do acesso à saúde por parte da maioria da população, e, conseqüentemente, com os verdadeiros flagelos produzidos por essa lógica perversa. Nessa perspectiva, a universalidade do acesso, a equidade e as ações integrais à saúde, surgem como temas centrais do debate e, posteriormente, são, entre outras formulações provenientes da Reforma Sanitária Brasileira, incluídos como referência do SUS na Constituição Federal de 1988.

Nessa dimensão, Mattos (2001,p.40 e 41), referindo-se ao texto Constitucional como a representação de *“um processo mais amplo de lutas políticas travadas na arena nacional”*, faz a seguinte consideração:

“Ela, assim como o arcabouço institucional do SUS, deriva das reivindicações postas pelo movimento sanitário desde a década de setenta, quando no contexto da luta pela redemocratização do país, e da construção de uma sociedade mais justa, um conjunto expressivo de intelectuais e militantes se engajou no esforço de construir uma crítica ao então sistema nacional de saúde, às instituições de saúde, e as práticas de saúde então

hegemônicas. Crítica que alimentou o sonho de uma transformação radical da concepção de saúde predominante, do sistema de serviços e ações de saúde e de suas práticas. Foi na tentativa de realizar esse sonho que foram forjados os princípios e diretrizes que mais tarde seriam acolhidos no texto da Constituição”.

O autor, tomando por base a questão que aborda na citação anterior e referindo-se à integralidade, prossegue:

“(...) diríamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma ‘bandeira de luta’, parte de uma ‘imagem objetivo’, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (Mattos, 2001, p. 41)

Ao fazer um resgate histórico sobre o desenvolvimento da idéia de integralidade, como parte de uma “imagem objetivo”¹⁰, entendida aqui como as transformações que almejamos e sonhamos por conta de uma realidade que criticamos e pretendemos mudá-la, o autor alerta para uma característica que permeia as imagens objetivos: os temas, normalmente, são abordados de forma geral. Não existe, nesse caso, a preocupação com o detalhamento das questões postas, o que, se por um lado, favorece a aglutinação de vários atores sociais em torno de uma luta comum por questões que indicam caminhos para a transformação que se deseja da realidade, por outro lado, não define claramente os conceitos que as estruturam e/ou as medidas específicas para a viabilização dessas

¹⁰ “A noção de ‘imagem objetivo’ tem sido usada na área de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tomada real num horizonte temporal definido. (...) Toda imagem objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. De certo modo, uma imagem objetivo (pelo menos as imagens objetivos construídas nas lutas por transformações sociais) parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que ‘existe’, que se indigna com algumas características do que existe, e almeja superá-las”. (Mattos, 2001, p.41)

transformações. Assim sendo, *“toda imagem objetivo é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos”*. (Mattos, 2001, p. 42)

Ainda na perspectiva de uma possível resposta em relação ao que seria a integralidade, Mattos (2001, p.42) relata:

“Integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, preche de sentidos. Nessa perspectiva, aquela pergunta inicial – o que é integralidade – talvez não deva ser resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa”.

Trabalhando com o termo “integralidade” como a representação de vários sentidos, o autor, em sua reflexão sobre o assunto, passa a apresentar um conjunto de valores que se relacionam com o tema, e também algumas influências na assistência à saúde, que revelam a força dos sentidos da integralidade, como uma marca evidente na capacidade de produzir transformações no campo da saúde. Alguns desses valores relacionados à integralidade e suas influências na assistência à saúde serão abordados mais adiante.

Camargo Jr (2003, p. 40 e 43) argumenta que o termo integralidade não deve ser visto, no momento, como um conceito fechado mas, sim, como um *“ideal regulador, um devir. Algo como o ideal de objetividade para a investigação científica, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar”*. Acreditando que *“(…) no cotidiano do exercício de práticas terapêuticas informadas e aparelhadas do ponto de vista técnico e teórico, mas sem estarem dominadas por estes, que se constrói a integralidade desejada”*.

Pinheiro (2001,p.93), examinando questões relacionadas aos limites e possibilidades de construção da integralidade nos serviços de saúde e fazendo alusão à relação entre demanda e oferta no cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde, aponta a *“integralidade como eixo condutor das práticas em saúde”*, como garantia dos objetivos dos programas de saúde.

Por isso as considerações preliminares sobre a integralidade, tanto na direção de uma “imagem objetivo”, de um “*ideal regulador*” quanto no “*eixo condutor das práticas em saúde*”, revelam um potencial reestruturador. Fundamentado nas análises críticas dos (des)caminhos da saúde brasileira, esse potencial, ao mesmo tempo que identifica e propõe algumas modificações necessárias para a reorganização da saúde, permite novas inserções de conteúdos no debate, advindas do cotidiano das diversas experiências vivenciadas na implementação do SUS.

Apostando nesse potencial reestruturador e orientador, inspirados pela integralidade, propomos, a partir de agora, a aproximação de alguns sentidos da integralidade com as práticas da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde.

A inserção da Fisioterapia na atenção básica se constitui em um fato recente na sua história. A participação da profissão nesse campo de trabalho tem favorecido diversas reflexões sobre a ampliação e/ou reconfiguração de suas práticas para a apropriação de novos saberes necessários a uma melhor intervenção nesse nível de atenção à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes sinalizados como desejáveis para a construção do SUS.

Impõe-se aqui clarear que as possíveis transformações das práticas da Fisioterapia, referidas como desejáveis para a construção do SUS, não se limitam ao nível básico de atenção. Porém, por conta da atenção básica estar se constituindo como um novo campo de atuação, as necessidades de adaptação tornam-se mais evidenciadas, pois que desafiam a lógica da profissão que, durante a maior parte da sua existência, teve como eixo principal de suas formulações a cura e/ou a recuperação (total ou parcial) dos movimentos perdidos.

Quando nos referimos à “lógica da profissão”, incluímos no termo as várias concepções que influenciaram (ou influenciam) na estruturação da Fisioterapia como profissão, oriundas dos diversos seguimentos sociais, com interesses distintos, que se apresentaram de forma marcante no entorno da profissão. Com destaques para: as instituições formadoras; as entidades de classe (sindicatos, associações e sociedades); os Conselhos Federal e Regionais; e a influência do mercado de trabalho privado onde, prioritariamente, a profissão se estabeleceu.

Portanto, cremos que a discussão sobre a inserção da Fisioterapia na atenção básica, contextualizada com as perspectivas atuais das ações de saúde imbricadas com os diversos sentidos da integralidade, pode estabelecer alternativas de condutas para a profissão em todos os níveis de atenção. Até porque, os confrontos conceituais serão inevitáveis por conta do deslocamento dos fisioterapeutas, que se formaram para atuar nos níveis secundários e terciários, para a atenção básica.

Segundo Viana e Poz (1998, p.6), em relação à década de 1990, o Brasil passava por grandes transformações do ponto de vista demográfico com *“declínio de crescimento populacional (taxa de fecundidade), detectando-se uma tendência, para as próximas décadas, de crescimento nulo, ou até negativo, para os grupos etários mais jovens; crescimento decrescente para as faixas de idade adulta; e taxas crescentes para o grupo de terceira idade.”* Tal fato demandou uma série de ações voltadas para a idade adulta e terceira idade, que conhecidamente produzem um custo mais elevado para o sistema de saúde.

A mudança demográfica trouxe alterações do ponto de vista epidemiológico, destacado por Parrata (apud Viana e Poz, 1998, p.7), da seguinte forma:

“Os especialistas em saúde pública denominaram transição epidemiológica a evolução gradual dos problemas de saúde, caracterizados pela alta prevalência e mortalidade por doenças infecciosas, para um estado em que passam a predominar doenças não-infecciosas (ou também crônico-degenerativas). Por tratar-se de enfermidade de longa duração, acumulam-se na população, ocorrendo uma combinação paradoxal de declínio da mortalidade com aumento da morbidade”.

Tais alterações, as transições demográficas e epidemiológicas, propiciaram no país um quadro ainda mais intrincado, pois, além de ainda conviver com as doenças infecto-contagiosas, o crescimento da desigualdade social propiciou um aumento na violência urbana que agregou aos problemas de saúde uma série de outras causas. Em uma análise sobre essa questão, relacionada aos países periféricos, Viana e Poz (1998, p.7) fazem o seguinte comentário:

“Porém o quadro de transição epidemiológica encontrada em países periféricos, em especial na América Latina, é mais complexo, na medida em que persistem os padrões relacionados a doenças infecto-contagiosas, elevam-se as chamadas crônico-degenerativas e observa-se o crescimento das causas externas (homicídios, acidentes,etc.).”

Essas mudanças alteraram a demanda dos serviços de saúde, exigindo assim novos tipos de intervenção, que no caso específico do crescimento das doenças crônicas-degenerativas, e das diversas seqüelas produzidas pelas causas externas, exemplificadas por Viana e Poz, produziram sérias repercussões físico-funcionais nas pessoas afetadas.

Esse contexto favoreceu algumas experiências de inclusão da Fisioterapia na atenção básica, como sinalizado por Ribeiro (2001, p. 61), que faz referência a um Projeto de Extensão Universitária da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), chamado de *Fisioterapia na Comunidade*:

“Este projeto de extensão teve início em agosto de 1993, na comunidade Padre Zé, em João Pessoa, sob a denominação de *Programa de Assistência Domiciliar a Pacientes Neurológicos*. A idéia surgiu a partir de uma experiência de atendimento fisioterapêutico domiciliar da prefeitura de Santos, em São Paulo, e tinha como proposta principal desenvolver uma experiência prática de assistência fisioterapêutica em pessoas com disfunções neurológicas numa comunidade pobre. Algum tempo depois, o professor Dailton Alencar, que coordenava o projeto, sentiu a necessidade de ampliar a forma de atuação que inicialmente passou a abranger o atendimento a pessoas com outros distúrbios além dos neurológicos, e posteriormente foi alargando a proposta em direção a uma perspectiva de atenção integral ao indivíduo, com a intervenção visando também à promoção e a manutenção da saúde”.

É importante assinalar que as estratégias utilizadas para responder às demandas de saúde, com as características das transformações epidemiológicas mencionadas, possuíam, no bojo das suas formulações, a idéia da resolutividade com baixo custo. As disfunções neurológicas, por exemplo, com destaque para o crescimento substancial do número de acidentes vasculares cerebrais (AVC), se

constituíram (e ainda se constituem) em um problema que desafiava os gestores de saúde.

Após a fase aguda da doença, em que o paciente encontra-se metabolicamente estabilizado, sem risco de morte, a alta hospitalar passou a significar um drama para a família e para a equipe de saúde. Isso porque, manter o paciente internado até que ele retome as suas funções físico-funcionais ficaria inviável, não só pela disputa de vagas para internação, como também pelos altos custos para a sua manutenção dentro do hospital. Por outro lado, a ausência de uma estrutura favorável à garantia da continuidade do tratamento, principalmente em relação à recuperação dos movimentos perdidos, modifica totalmente a estrutura familiar, passando a conviver com uma situação dramática, permeada pela impotência de lidar com o cuidado do seu familiar afetado que progressivamente tem seu quadro agravado pelas deformidades adquiridas.

Tendo como apelo principal a intervenção no domicílio de pessoas que se encontravam nessa situação referida no parágrafo anterior, e associadas às intercorrências de outras doenças crônico-degenerativas que se assemelham em termos de impotência funcional, a Fisioterapia passou a ser inserida, em alguns programas municipais, à população como uma oferta de baixo custo para o município (um atendimento sem utilização de grandes recursos físicos, na casa do paciente), como no exemplo de Santos, no início da década de 90, citado por Ribeiro.

Em conseqüência, o desenho inicial referente à participação da Fisioterapia na atenção básica, observado nas experiências encontradas no país, possuiu uma característica comum: o atendimento domiciliar de pessoas restritas ao domicílio.

Em que pese termos a referência de dois programas que inseriram a Fisioterapia em práticas próximas à comunidade, na década de 1980 – Projeto Mustardinha¹¹ em Pernambuco, 1981 (Lucena, 1984) e o Estágio Rural Integrado, promovido pela Universidade Federal da Paraíba em 1984 (COFFITO, 2001), além

¹¹ Projeto Mustardinha – Iniciado em 1981 com a participação da Associação Mentoniana de Assistência Social (AMAS), entidade religiosa internacional, que contratou dois fisioterapeutas para o projeto. A universidade Federal de Pernambuco cedia acadêmicos do 10º período do curso para participarem do projeto. O projeto funcionava em um Centro Social Urbano, em uma área de 80m², onde eram feitos atendimentos à crianças. Além dos dois fisioterapeutas, participavam do projeto: dois terapeutas ocupacionais, um fonoaudiólogo e uma pedagoga. (Lucena, 1984)

de algumas atividades ocorridas no início da década de 1990 como, por exemplo: da Prefeitura de Santos, Serviço de Fisioterapia Domiciliar, em 1990 ; do Programa de Assistência Domiciliar a Pacientes Neurológicos da UFPB em 1993 (Ribeiro, 2001) , e um estágio curricular realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) iniciado em 1990 (Barros, 2002) – as experiências da Fisioterapia na atenção básica desenvolveram-se, ainda que de forma tímida, porém constante, no cenário nacional no final da década de 1990. Destacam-se as experiências de Camaragipe (Pernambuco) e Novo Hamburgo (Rio Grande do Sul) em 1999; Sobral (Ceará) , Macaé (Rio de Janeiro) e Juiz de Fora (Minas Gerais) em 2000; Santa Maria (Rio Grande do Sul) em 2002, entre outros.

Com essa expansão e a conseqüente aproximação com as políticas de saúde que propunham a reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica, em especial com a implementação do PSF, a profissão ampliou a sua atuação e associou, ao atendimento domiciliar, outras ações ligadas à saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso, com o desenvolvimento de práticas em grupos e avançando na perspectiva de atividades de prevenção e promoção à saúde.

Nesse contexto, em que as proposições de intervenções da Fisioterapia na atenção básica eclodem na dimensão imposta por este campo de trabalho, cremos que a descrição e análise das práticas, e a resignificação delas podem contribuir com a solidificação da profissão neste nível de atenção. Nesse sentido, apesar das diferenças encontradas nas diversas regiões onde a Fisioterapia vem se desenvolvendo (fato determinante para a proposição das ações em cada espaço de trabalho), doravante nos dedicaremos a investigação das práticas do atendimento domiciliar, comuns a todas essas regiões. Busca-se a identificação das transformações de valores em relação às práticas tradicionais da profissão, tendo como pano de fundo a integralidade como balizadora ao que Mattos(2001) chamaria de *“valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática”*.

4.2 – O Atendimento Domiciliar: de uma prática individual elitizada à sua resignificação coletiva no encontro com o paciente/ família.

A opção pelo atendimento domiciliar, com o intuito de identificar as transformações necessárias para uma “boa prática” da Fisioterapia na atenção básica, ocorreu em função de duas questões centrais: a primeira está relacionada a este tipo de atendimento constituir-se, inicialmente, no maior apelo para a justificativa da atuação da Fisioterapia nesse nível de atenção à saúde, o que o torna presente em quase todas as experiências que vêm sendo desenvolvidas pela profissão no país; a segunda questão se relaciona com a possibilidade mais efetiva do confronto entre os atendimentos realizados em outros níveis de atenção à saúde, estabelecendo, assim, de forma mais clara, o entendimento das resignificações das práticas da Fisioterapia na perspectiva da integralidade.

O atendimento domiciliar é uma prática antiga na Fisioterapia. Tinha como característica o atendimento de uma clientela que solicitava a presença do fisioterapeuta em sua residência – na maioria das vezes, indicado por um médico ligado à família – para tratar de alguma seqüela adquirida por um ente da família. Constituíam-se um vínculo em que o profissional estabelecia o custo de cada sessão do tratamento, normalmente estipulado de acordo com o poder aquisitivo de cada família. Esse tipo de atendimento, ainda presente na profissão, se configurou como uma alternativa informal de trabalho, para alguns, bastante lucrativa, conhecida pelos fisioterapeutas como atendimento de “paciente particular”.

Embora essa prática acontecesse no domicílio, a preocupação do profissional, via de regra, restringia-se à recuperação dos movimentos perdidos pelo paciente e, conseqüentemente, em preparar um espaço adequado para o favorecimento da utilização das técnicas a serem aplicadas. Em alguns casos, por exemplo, o fisioterapeuta solicitava à família o aluguel de uma cama hospitalar com o intuito de adequar a posição do paciente, facilitando, assim, as mudanças de decúbitos e as manobras realizadas pelo profissional. O tempo estipulado para as sessões terapêuticas era utilizado, quase na sua totalidade, com a finalidade do tratamento das repercussões físico-funcionais.

Nesse contexto, obviamente, só tinha acesso a essa possibilidade de atendimento as pessoas que podiam pagar pelo serviço. Isso elitizou essa modalidade de atendimento que, inclusive, a partir da década de oitenta, foi incorporada por alguns planos e seguros de saúde e ofertado para os seus associados.

As intervenções da Fisioterapia no domicílio , ao serem inseridas como uma oferta do serviço público, ganharam novas dimensões. Além da ampliação do acesso para os que não tinham condições de pagar pelo serviço, permitiu à profissão o encontro com os “bastidores” dos pacientes, até então atendidos em outros espaços. Tais bastidores, revelavam o distanciamento da percepção da profissão sobre a situação da saúde da população (que era conhecida através dos atendimentos realizados nos hospitais, clínicas e consultórios), conseqüentemente, produziam uma certa incitação na busca de novas proposições de atendimento.

Quando nos referimos aos bastidores, como uma analogia ao atendimento domiciliar , vislumbramos a mudança do cenário de atendimento da profissão como, por si só, um importante impulsionador de transformações das práticas profissionais. Justificamos essa posição baseados nas características que marcaram o relacionamento entre os fisioterapeutas e a sua clientela.

Nesse aspecto, a forma de encontro estabelecida, nos níveis secundário e terciário de saúde, induzem, comumente, a uma relação superficial em que a queixa principal do paciente está contida em um processo terapêutico que se estabelece a partir do primeiro contato, remetendo, assim, o sentido terapêutico à intervenção no segmento do corpo afetado.

É certo afirmar, entretanto, que vários profissionais sensíveis ao sofrimento dos pacientes que atendem, aprofundam a sua investigação e conseguem construir uma imagem mais ampla em relação às dificuldades apresentadas pelo paciente como, por exemplo, as repercussões produzidas pela sua impotência funcional, tanto no plano individual, como nas suas relações sociais.

Essa possibilidade de aprofundamento, porém, esbarra, constantemente, em algum viés proveniente da conveniência do paciente em relação às informações prestadas. Isto é, o paciente pode não se sentir à vontade em informar sobre as suas

dificuldades financeiras, de moradia, de relacionamento com os familiares e a comunidade, entre outras informações que julgue pessoal e não queira revelar para o fisioterapeuta (que em várias situações não lhe passa confiança). Tal situação, comumente, produz orientações de tratamento fisioterapêutico difíceis de serem realizadas, como, no caso do atendimento ambulatorial: a solicitação do uso de compressas de gelo em sua residência, quando o paciente não tem geladeira; as orientações para ficar em repouso absoluto, com os pés para cima, repetindo várias vezes ao dia exercícios de contração isométrica para diminuir um possível edema do membro inferior, mas o paciente trabalha como camelô e o seu rendimento, conquistado a cada dia de trabalho, é responsável pelo sustento de sua família; entre outras orientações descontextualizadas com a realidade vivida pelo paciente.

No atendimento hospitalar essa situação fica ainda mais evidente, visto que a uniformização do atendimento, característico dos modelos de internação – horário definido para o banho, para a medicação, para as visitas, as roupas utilizadas pelos pacientes com o mesmo formato, a mesma cor e com o símbolo da instituição, etc. – favorece o erro de imaginarmos que ali encontra-se um grupo de doentes homogêneos, em que as suas diferenças estão na gravidade ou tipo de localização da doença em seus corpos. Visto pelo lado da pessoa internada, encontramos similaridades nas características vividas por elas, na internação hospitalar, com o que Goffman (1996, p. 24) caracterizaria como comuns às pessoas que convivem em instituições totais¹², em que o autor sinaliza para a internação como a primeira *“mutilação do eu”*:

“A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu. Na vida civil, a sequência de horários dos papéis do indivíduo, tanto no ciclo vital quanto nas repetidas rotinas diárias, assegura que um papel que desempenhe não impeça sua realização e suas ligações com o outro. Nas instituições totais, ao contrário, a participação automaticamente perturba a sequência de papéis, pois a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos. Por isso ocorre

¹² “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Goffman, 1996, p. 11.

o despojamento do papel. Em muitas instituições totais, inicialmente se proibem as visitas vindas de fora e as saídas do estabelecimento, o que assegura uma ruptura inicial profunda com os papéis anteriores e uma avaliação da perda de papel”.

Ainda que o autor em seu estudo tenha direcionado a sua análise para instituições em que a marca da internação é mais fortalecida (manicômios, prisões e conventos), a natureza da internação hospitalar, mesmo em espaços menos rígidos, impedem, sobremaneira, o paciente de exercer a sua liberdade individual, o que dificulta o relacionamento com o outro. Fato este agravado quando o outro (profissional da saúde) apresenta-se, por força da característica institucional, hierarquicamente superior ao paciente, com poderes de determinar o que deve ser feito no seu corpo durante a internação até à alta hospitalar.

Retomando a idéia de que as intervenções da Fisioterapia no domicílio assemelham-se a uma atuação nos “bastidores” do paciente, presumimos que a convivência do fisioterapeuta no ambiente familiar o coloca em confronto direto com a realidade vivida por essa pessoa. Isso permite, do ponto de vista do relacionamento entre as partes, uma interlocução em um campo mais rico (talvez mais verdadeiro) em relação à possibilidade de uma maior aproximação entre as necessidades verbalizadas pela pessoa atendida com as ações a serem propostas pelo profissional.

Visto pelo lado do fisioterapeuta, o encontro com diversas situações dramáticas representadas pela pobreza quase absoluta, de algumas famílias, e também o estado de exclusão social em que estão inseridas, tem produzido dois sentimentos distintos: ou excita o brio profissional na direção de buscar uma intervenção que não se limite à aplicação de técnicas fisioterapêuticas sobre o segmento a ser tratado, ou o profissional desiste de atuar neste nível de atenção.

Um exemplo dessa segunda hipótese encontra-se em um estudo realizado sobre o Projeto de Extensão: *Fisioterapia na Comunidade*, da Universidade Federal da Paraíba (Ribeiro, 2001, p.64), que relata alguns obstáculos encontrados para o seu desenvolvimento devido às dificuldades vividas junto aos acadêmicos de Fisioterapia que atuavam no projeto:

“Na primeira visita que fizeram à comunidade, mostravam-se muito receosas. O medo que existe nas pessoas com relação às favelas se fazia muito presente nessas alunas. Após a visita, porém, disseram ter gostado muito, apesar de se sentirem estranhas. Uma delas chegou a dizer que se sentia em Marte. Ficou combinado que as três ficariam na comunidade a fim de participar das visitas às famílias, mas, logo no início, uma delas decidiu ficar no Centro de Saúde. As outras duas assumiram famílias apesar de se mostrarem inicialmente resistentes em ir sem a companhia dos estudantes de Medicina. Após algum tempo, a outra desistiu do trabalho, e a terceira resolveu ir para o serviço de saúde.

Havia duas razões principais para a resistência dos estudantes de Fisioterapia em assumir o acompanhamento às famílias. Uma delas era a falta de experiência em atuar fora da reabilitação, ficando uma indefinição a respeito do que fazer quando não havia algo para a Fisioterapia especificamente. A outra razão era pela compreensão que eles tinham do que fosse a atuação nas visitas às famílias, pois achavam que era para fazer consultas e medicar. Como eles não podiam prescrever medicamentos, não podiam fazer nada. Na realidade, o papel dos estudantes nas visitas assemelha-se ao de um agente de saúde”.

O receio de entrar em um espaço desconhecido, a incerteza sobre as ações que poderiam ser desenvolvidas e o distanciamento da prática “reabilitadora”, que deixa de ser o cerne da Fisioterapia (pelo menos nesse espaço de trabalho), constituíram-se, portanto, em novos elementos a serem elaborados pela profissão a partir do momento em que adentrou nos “bastidores” do paciente.

Visto pelo lado do paciente, o fato de estarem recebendo o atendimento em sua residência, onde as dificuldades sociais afloram simultaneamente com as seqüelas presentes em seu corpo, nos parece favorecer a aproximação daquele e de sua família com o fisioterapeuta, tornando, então, mais evidentes as suas angústias e as suas aspirações (ou falta delas) em relação ao tratamento e/ou à sua motivação para a própria vida. É nesse contexto que, em diversas situações, encontramos famílias totalmente desamparadas pelo poder público, especificamente no que diz respeito ao direito à saúde, o que se reflete na surpresa e nas emoções demonstradas pelo simples fato de estarem sendo atendidas. Como relatou uma

estagiária de Fisioterapia que participou do Estágio Rural Integrado, da Universidade Federal da Paraíba:

“Temos que trabalhar sem recursos, temos que ser criativos e estes pacientes são carentes de afeto. Alguns começam a chorar, apenas porque tocamos nele... Na Universidade eles é que vem nos procurar e aqui nós é que vamos a procura deles”. (COFFITO, 2001)

No encontro domiciliar, os impactos produzidos, tanto para a Fisioterapia, como para os pacientes/famílias, revelam um campo fértil para um relacionamento que produza aprendizado em “mão dupla”. Pelo lado da profissão, percebe-se o acirramento na perspectiva de pensar a questão da saúde de uma forma alargada, rompendo com a premissa do comprometimento físico como eixo central, inserindo-se como participante e co-responsável pela solidificação de práticas de saúde integrais, representadas aqui, por um atendimento contextualizado com a realidade dessas famílias.

Pelo lado dos pacientes e suas famílias, vê-se a importância do estímulo que esse encontro pode produzir em relação à percepção de serem protagonistas no exercício do direito à sua saúde. Dito de outra forma, são importantes suas vozes para a orientação das ações de saúde, tanto no plano individual – representado pela preservação da autonomia de seus corpos – quanto no plano social, no que diz respeito a sua participação nas formulações das políticas públicas em saúde.

A atuação no domicílio favorece pois, uma aproximação em que a hierarquização, na qual o ator da saúde se apresenta na posição do detentor da verdade sobre as necessidades da saúde do outro, deve ser superada pelo diálogo, propulsor de novos saberes adquiridos no confronto das diferenças identificadas um com o outro, num incessante caminho de adequação das práticas e ações empenhadas pelos sentidos da integralidade.

Mattos(2001,p.50), ao discutir sobre as necessidades dos sujeitos que tratamos, em uma visão abrangente, na qual a atitude dos atores da saúde busca prudentemente o reconhecimento das demandas para além das correlacionadas à uma experiência de sofrimento, sinaliza para a aproximação com a integralidade:

“Podemos facilmente reconhecer que as necessidades dos que buscam serviços de saúde não se reduzem à perspectiva de abolir o sofrimento gerado por uma doença, ou à perspectiva de evitar tal sofrimento. Buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade”.

Nesse sentido, o autor avança e defende que a identificação das ações em saúde deve ser prerrogativa de todos os profissionais do serviço de saúde. Cada encontro precisa ser valorizado e transformado em um momento de observação e interação com as questões que afligem o usuário. Assim exemplificado pelo autor:

“Quando um agente comunitário que segue rumo a suas visitas domiciliares se defronta com o convite de um morador para uma prosa sobre um problema que o aflige, ele pode aplicar não a medicina integral, mas a integralidade. Quando esse mesmo agente, no cumprimento das suas funções de pesar as crianças com menos de 24 meses, busca ativamente nas crianças maiores da casa (que não podem ser pesadas com a balança portátil que leva) os indícios de carência nutricional, também põe a integralidade em prática. Ou quando um funcionário de um pronto-socorro se preocupa em informar a um acompanhante que ficou fora da sala de atendimento a evolução de um paciente...

A integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde”. (Mattos, 2001, p.51)

Trazendo a discussão para as possíveis resignificações da prática da Fisioterapia na atenção básica, na direção da integralidade, podemos apontar a avaliação fisioterapêutica como um dos elementos que precisa ser examinado.

Na Fisioterapia, a avaliação do paciente possui uma dimensão norteadora para o tipo de ação a ser proposta junto àqueles que procuram o atendimento de um fisioterapeuta. A avaliação, contida em um processo terapêutico estabelecido a partir do primeiro contato com o paciente, tem sido definida pela profissão como físico-

funcional em que a análise e o estudo dos desvios do corpo, na sua estrutura ou no seu funcionamento, comparados com os graus de normalidade, são balizadores para o diagnóstico fisioterapêutico, para a prescrição, para a utilização das técnicas adequadas, para as reavaliações e para a alta nos serviços de Fisioterapia (Resolução COFFITO nº80).

Na perspectiva da produção de ações que se aproximam dos sentidos da integralidade, a valorização da avaliação, nos moldes sinalizados pela referida Resolução, nos parece ser um componente dificultador para a percepção dos diversos aspectos que circundam e afetam diretamente a saúde da população. Em outras palavras, esse tipo de procedimento avaliativo reduz a possibilidade de intervenções da profissão junto à população, pois estão inseridas numa lógica terapêutica que propõe a cura e/ou melhoria das condições de saúde numa dimensão exclusivamente biológica, na qual as ações se restringem à aplicação das técnicas fisioterápicas sobre o corpo doente.

É importante destacar que a adequação desse tipo de avaliação não significa negá-la. O que está em foco são as transformações imprescindíveis, em especial no atendimento domiciliar, para a contextualização das práticas da Fisioterapia com as exigências desse espaço de trabalho.

Nesse contexto, as avaliações físico-funcionais possuem o seu espaço de relevância, com a capacidade de elencar algumas ações de saúde a serem propostas ou executadas pelos fisioterapeutas no domicílio. Mas, essas mesmas ações, quando não estão associadas às características encontradas nos distintos ambientes familiares, podem não produzir os efeitos desejados, até porque a essência dessas avaliações encontra-se na observação e testes físico-funcionais realizados na pessoa afetada por uma deformidade, não incluindo o contexto familiar em que está inserida.

Portanto, para ressignificar a avaliação fisioterapêutica, torna-se necessária a sua ampliação, incluindo as condições adversas à saúde detectadas através da observação do ambiente e, especialmente, do diálogo estabelecido com as famílias. Como, por exemplo, as condições sociais refletidas pela renda familiar, pelo tipo de

moradia, pela quantidade de pessoas em relação ao espaço físico da residência, pelo nível de escolaridade, pelas condições sanitárias do local da residência, etc.

Na avaliação, deve-se considerar também quais são as expectativas em relação ao atendimento, quais as angústias vivenciadas pela pessoa afetada fisicamente, pelo seu cuidador e/ou sua família, entre outras questões que inevitavelmente surgem quando tratamos a avaliação como um espaço aberto para o entendimento do outro que passa da posição de constituído para constituinte. Uma avaliação em que as ações de saúde que desdobrarão vão ter o aval da cumplicidade estabelecida entre o terapeuta e a família, o que de certa forma tende a estabelecer vínculos de responsabilidades sobre o cuidado da saúde.

Assim como a integralidade é refletida pela ação do agente comunitário que, ao pesar crianças com menos de 24 meses, tenta ativamente identificar indícios de carência nutricional nas outras crianças (maiores) da casa, como destacado por Mattos (supracitado), podemos considerar que a ampliação da avaliação da Fisioterapia constitui-se também em um sentido da integralidade aplicado.

Tal fato, entretanto, implica novas rupturas em termos de intervenções tradicionalmente realizadas pela Fisioterapia. A extensão das dificuldades aferidas por esse tipo de avaliação produz, quase que inevitavelmente, a sensação de impotência frente às respostas necessárias para a produção de ações que favoreçam e/ou melhorem as condições de vida dessas famílias. Ou seja, rompe-se com a sensação de pleno controle da situação encontrada através da “migração” de um espaço onde a profissão avaliava as deformidades de um corpo, individualizado, e propunha os procedimentos tecnicamente corretos, normalmente com respostas terapêuticas previsíveis e bem sucedidas, para um outro território em que as possibilidades de intervenções tornam-se plurais e, conseqüentemente, seus resultados não dependem mais, exclusivamente, da sua ação específica.

Essa “perda do controle” da situação (que seja bem-vinda!), nos parece parte essencial para a identificação da Fisioterapia como uma profissão que possui um papel social maior do que o assumido até aqui na sua história. Apesar de parecer um pouco exagerada tal consideração, temos observado que foi a partir dessa perda de controle, representada pelos reflexos da criação do SUS e das Diretrizes Curriculares

(proponentes das dimensões da integralidade como um dos eixos centrais para as ações de saúde), que a profissão começou a ser estimulada a percorrer novas direções conceituais para favorecer a percepção de sua importância, não mais como uma profissão isolada, possuidora de um objeto único e específico que por si só a transforma em auto-suficiente. Mas, num cenário plural onde as suas possibilidades de intervenção associadas às outras diversas intervenções dos diferentes atores da saúde e da própria sociedade passam a estar imbricadas no compromisso de uma busca incessante de ações que favoreçam a melhoria da qualidade da saúde e da vida da população.

Nessa perspectiva, o Projeto de Treinamento Profissional intitulado *Atendimento Fisioterápico Domiciliar de Pacientes Acamados*, da Universidade Federal de Juiz de Fora (Freitas, 2000), pode nos ajudar na discussão dos dois parágrafos anteriores.

O referido projeto tinha o objetivo de produzir dois movimentos: a ampliação da inserção do acadêmico de Fisioterapia em atividades ligadas à Atenção Básica à Saúde, no caso, o atendimento domiciliar, e possibilitar o acesso de uma comunidade carente às modalidades terapêuticas desenvolvidas pela Fisioterapia.

Ele foi desenvolvido, entre março de 2001 a março de 2002, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro Marumbi, em Juiz de Fora, que contava com uma população estimada em 8.500 pessoas. A UBS possuía duas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Participei diretamente do projeto, como supervisor, junto com seis acadêmicos de Fisioterapia do último período do curso que, na maioria das vezes, em conjunto com as equipes do PSF, elaborávamos e desenvolvíamos as ações junto às famílias.

A identificação dos pacientes acamados e/ou restritos ao domicílio era inicialmente realizada através de uma busca ativa por parte dos agentes comunitários que, divididos por microáreas, elaboravam uma lista daqueles que se encontravam nessa situação. Posteriormente, fazíamos uma visita a cada pessoa/família que constava na lista, com a finalidade de conhecer melhor as situações postas, e, conseqüentemente, tentamos priorizar os atendimentos.

Por termos encontrado um grande número de pacientes acamados e/ou restritos ao domicílio (na época tínhamos 90 pessoas em lista de espera), criamos, através de algumas discussões com a equipe de saúde, os seguintes critérios de prioridade: 1 – os pacientes com acometimentos recentes, que possuísem melhor prognóstico; 2 – os pacientes que representassem a força de trabalho de suas famílias, ou seja, que a impossibilidade laborativa afetasse o sustento da família; 3 – os pacientes que possuísem maior dificuldade de recursos para o acesso a um tratamento fisioterápico.

A sensação que tínhamos, portanto, era de que teríamos que fazer a “escolha de Sofia”, para eleger quem seria atendido primeiro, pois, seguramente todos necessitavam de um atendimento fisioterápico. Tal fato determinou uma série de dificuldades em manter os critérios estabelecidos de forma fidedigna, visto que a dinâmica da demanda nem sempre permitia o seu cumprimento. As situações de desamparo assemelhavam-se e interromper um atendimento que se encontrava em fase de progressão, para atender um novo caso, nem sempre era possível.

Um dos atendimentos realizados por este projeto foi o de D. Ana (nome fictício), de 49 anos de idade, que possuía um diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), ocorrido há 17 anos. Ao chegarmos a sua residência, duas situações chamaram muito a nossa atenção: o estado da residência e o aspecto físico dessa mulher que aparentava, pelo menos uns quinze anos a mais do que a sua idade.

A casa possuía quatro cômodos, todos com dimensões bem reduzidas: uma sala, um quarto, um banheiro e uma cozinha. O chão desses cômodos era feito de cimento e as paredes recobertas por um emboço irregular (em algumas partes com os tijolos aparentes). No banheiro, havia um vaso sanitário sem tampa e sem descarga, uma pia e não possuía chuveiro. Na cozinha, havia apenas uma pia. Em relação aos móveis, no quarto havia uma cama beliche, dupla, um armário e uma cama de casal. Na sala, um sofá, uma estante e uma televisão. E na cozinha, um fogão e duas pequenas prateleiras. Todos os móveis estavam em péssimo estado de conservação.

Viviam na casa, além de D. Ana, o seu marido, que era dependente químico e estava desempregado, e um casal de filhos. O filho, com 28 anos, trabalhava “*de bico*” (segundo informação da D. Ana) e quase não ficava em casa. A filha, com 24 anos, fazia algumas faxinas de forma inconstante.

A família sobrevivia com o dinheiro da sua aposentadoria por invalidez, de um salário mínimo, e com a ajuda esporádica do marido e dos filhos.

Esta mulher era uma pessoa obesa, hipertensa, apresentando severas seqüelas físicas que prejudicavam as suas atividades diárias. Deambulava com muita dificuldade, escorando-se pelas paredes, quando se deslocava do quarto para a sala ou quando ia ao banheiro, com relato de algumas quedas. Ela passava a maior parte do seu tempo deitada no sofá, assistindo à televisão. A sua alimentação, normalmente preparada pela filha ou pelo marido (segundo ela, quando este não estava bêbado), era à base de macarrão.

A sua relação com a equipe de saúde, até então, marcava-se pelo contato com a agente comunitária, que levava os medicamentos para o controle da hipertensão e por algumas visitas realizadas pelo médico do PSF, geralmente solicitadas pela agente comunitária, quando esse controle se alterava.

Devido ao tempo decorrido do AVC e à falta de atendimento específico para as intercorrências físico-funcionais, era a primeira vez que a D. Ana se encontrava com a Fisioterapia, o prognóstico em relação à diminuição das deformidades, que se encontravam em estado crônico, era péssimo. Tal quadro nos encheu de dúvidas sobre os resultados das intervenções fisioterapêuticas que inicialmente estavam propostas em dois encontros semanais, pois a nossa expectativa terapêutica balizava-se na perspectiva tradicional da Fisioterapia, isto é, na possibilidade de obtenção de ganhos significativos nas estruturas afetadas do corpo.

Começamos a desenvolver, então, um trabalho intercalando as técnicas que aplicávamos (para alongamentos, treinamento do equilíbrio, de fortalecimento, entre outras) com as atividades comumente efetuadas por D. Ana, propondo formas mais fáceis de levantar, de sentar, de banhar-se.

O tipo de trabalho realizado pelo fisioterapeuta é muito invasivo. Além do tempo prolongado de cada sessão, principalmente junto a pacientes com

acometimentos neurológicos, o toque como forma terapêutica invade o corpo do outro estabelecendo, assim, um envolvimento que torna a aproximação entre o fisioterapeuta e o paciente inevitável. Essa aproximação ocorre tanto na esfera terapêutica como no campo dos seus sentimentos. O caso específico produziu descobertas por conta do enfrentamento com uma pessoa estigmatizada como impotente, que nos desafiava tanto na possibilidade da recuperação dos seus movimentos, como na perspectiva de respostas mais concretas de sua (re)integração social.

Nessa aproximação já íamos para o segundo mês de atendimento, quando fomos informados por D. Ana que há cinco anos ela não saía de casa. Ficamos surpresos com a declaração pelo fato de a casa de D. Ana não possuir nenhum quintal a ser percorrido por ela para chegar até a rua, ou seja, ao abrir a porta da sala ela estaria diretamente na rua. Apesar de uma resistência inicial, conseguimos, de forma consensual, iniciar um treinamento de marcha na rua em que morava.

Ao pisar na calçada, a reação da D. Ana foi algo emocionante. Ela ria e chorava quase que ao mesmo tempo, sussurrava expressões que denotavam uma alegria incontrolável: *“Como é bom sentir o vento no corpo da gente! Nossa, Como a rua está mudada!”*. A reação de alegria se misturava com uma espécie de reconhecimento do seu espaço perdido.

No encontro seguinte, quando chegamos, ela nos esperava de banho tomado, com as unhas “feitas” e o cabelo cortado. Estava diante de nós uma outra pessoa. Da mulher desanimada, que realizava as atividades propostas muito mais por consideração às nossas solicitações do que por acreditar em uma melhoria mais efetiva de sua saúde, deparamo-nos com uma mulher ansiosa pela nossa chegada, animada com as atividades e, obviamente, *“doida para dar uma voltinha na rua”* (dito por ela).

Com a realização de algumas reuniões com as equipes da PSF da UBS, em que discutíamos os atendimentos que estavam sendo realizados pelo projeto, percebemos que o caso de D. Ana revelou a necessidade de uma maior participação de toda a equipe de saúde responsável pela cobertura da sua área. Por meio de um contato mais freqüente da assistente social, do médico e da enfermeira, além da

agente comunitária (seguramente a impulsionadora de todo esse processo), conseguimos alguns avanços, como por exemplo: a doação de uma caixa de água e a sua instalação na casa de D. Ana, através da ação de uma agente comunitária ligada a uma pastoral de uma igreja católica do bairro; um melhor controle de sua alimentação, o que determinou a perda de peso, facilitando, inclusive, sua locomoção; orientações mais constantes em relação à sua higiene pessoal; etc.

É importante assinalar que o relato desse caso não possui qualquer intenção em “pinçar” um atendimento supostamente bem sucedido, em que a atuação dos profissionais envolvidos tenha sido “politicamente correta”. Pelo contrário, essa história não acabou aqui. Apesar dos avanços citados, incluindo neles a melhora da autonomia funcional de D. Ana, a situação familiar alterou-se muito pouco, se compararmos com uma situação mínima desejável que pudesse favorecer perspectivas de uma mudança no cenário de exclusão social em que a família continua inserida.

O projeto não teve como ser renovado por dificuldades estruturais diversas, e o atendimento de D. Ana passou a ser realizado através de uma visita de orientação, mensal ou bimestral, de acordo com a disponibilidade definida pela demanda – atendida através de um estágio de Fisioterapia que continua acontecendo nessa UBS – o que, certamente, impediu, por exemplo, a progressão dos ganhos físico-funcionais conseguidos até então.

Mas cremos que a análise de casos como o de D. Ana, muito além da investigação sobre o ajuizamento de valores, do que foi feito de forma correta ou não, deve-se ater nas possibilidades de transformá-la em fonte de um conhecimento que pode (ou deve) ser explorado para, no caso da Fisioterapia, a elaboração e valorização de novas práticas em saúde.

A esse respeito, Pinheiro e Luz (2003, p.13) afirmam que o modelo ideal centrado na figura do sujeito indivíduo passou a ser transposto para o cotidiano, tendo como marcas, entre outras, o individualismo e a procura do poder sobre o outro. Tal fato, segundo as autoras, acabou “*por influenciar de maneira decisiva os campos mais importantes do agir e do viver humanos, como a política, a ética e a cultura*”. Assim sendo, destacam:

“Essa forma de agir/pensar, com suas concepções e valores, tem-se replicado nas instituições, como as de saúde (ensino/serviço), nosso objeto de análise. Com a normalização das noções de saúde-doença, realizadas (e pensadas) somente a partir de conhecimentos biológicos (anatomo-físico-patológicos), estatísticos (formalismo quantitativo), ou até mesmo sociológico (formalismo crítico-qualitativo), meios e formas utilizados por essas instituições – ou seja, os modelos – foram freqüentemente enaltecidos nas análises no campo da saúde, em detrimento de um olhar mais abrangente sobre os fins, os resultados e as práticas sanitárias.” (Campos et al., 1994, apud Pinheiro e Luz, 2003, p.13)

As autoras, prosseguem, através de Max Weber, estabelecendo a diferença entre a análise compreensiva e interpretativa da realidade:

“A proposta teórica de Max Weber é recuperar outra forma de análise que não a interpretativa, mas compreensiva, da realidade. Significa ultrapassar os limites das análises sobre as práticas, não apenas como campo para aferição de verdades, mas torná-las fonte de conhecimento de sua própria construção”. (Weber, 1993, apud Pinheiro e Luz, 2003, p.13)

Retornando à experiência do atendimento de D. Ana como fomentadora de alguns conhecimentos que possam ser apropriados para a formulação de certas diretrizes, na direção da integralidade que *“procura expressar uma categoria analítica para o pensamento, com a intenção de ser portadora de uma formulação de mudanças radicais, para as ações em saúde”* (Merhy, 2005, p.196), no nosso caso para ações em Fisioterapia, percebemos algumas questões que reforçam a possibilidade e/ou necessidade de ampliação das práticas da profissão, na atenção básica à saúde.

Se a análise da intervenção da Fisioterapia, no caso de D. Ana, fosse realizada nos moldes que tradicionalmente permearam a profissão, ou seja, imerges na valorização dos ganhos funcionais obtidos com o tratamento, teríamos o corpo de D. Ana como a principal ou única estrutura de análise. De forma perfeitamente mensurável, aferiríamos, por exemplo, as respostas obtidas com os alongamentos; o

ganho de força muscular de determinados seguimentos; o aumento da amplitude dos movimentos articulares; a melhoria da coordenação motora na realização de certos movimentos, entre outros.

Não negamos que esse tipo de análise, tal como dissemos sobre a avaliação físico-funcional, possui a sua importância. Principalmente quando a associamos como fonte de alimentação para a evolução dos saberes ligados aos recursos e/ou técnicas que possam propiciar melhores respostas terapêuticas, quando aplicadas nas diversas estruturas do corpo.

Entretanto, entendemos que essa análise, isoladamente, induz a uma prática reducionista em relação às diversas dimensões encontradas no entorno do atendimento. Ignora a importância de outras ações desenvolvidas e, conseqüentemente, as exclui da perspectiva de estarem contidas, em grau de importância pelo menos similar, ao que é considerado terapêutico nas práticas da Fisioterapia. Dessa forma, tende a dificultar a percepção do próprio fisioterapeuta em relação às suas ações, no entendimento de que a sua prática, por exemplo, não se esgota em “desbloquear” um joelho, em aplicar técnicas sobre o corpo “sequelado” por um AVC, ou mesmo, no estudo específico dessas questões.

Ao incluirmos na análise das ações desenvolvidas pela Fisioterapia a identificação das práticas que se movimentam na direção da integralidade, tomando como referência o caso de D.Ana, nos chama a atenção a importância do diálogo como um elemento motivador na construção dessas práticas. Teixeira (2003, p.102), entendendo ser a conversa como “*susbtância principal das atividades de um serviço de saúde*”, relata:

“Os diferentes encontros formalmente dispostos ao longo da trajetória de um usuário pelo serviço podem ser vistos como sinapses ou como momentos sinápticos de uma fluxografia organizacional em rede, cujos fluxos multidirecionais, multicombinatórios e flexíveis interligam diferentes módulos de atenção.

O funcionamento ótimo dessa rede depende sobremaneira do desempenho da chamada atividade de recepção do usuário no serviço, entendida como espaço primordial de investigação/elaboração/negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas”.

Nesse sentido, as ações decorrentes do diálogo dos profissionais da Fisioterapia com a equipe de saúde e, especialmente, com a D. Ana, favoreceram intervenções mais sintonizadas entre as necessidades percebidas, tanto pelos profissionais da saúde, quanto por D. Ana. Como, por exemplo, a iniciativa da comunidade para a doação e instalação da caixa d'água; a maior motivação para a realização do treinamento de marcha, determinado pelo prazer do "reencontro com a rua", e a resposta dos profissionais de saúde que, com uma frequência maior de visitas na casa dessa senhora, de alguma maneira, "ressuscitaram" e/ou redimensionaram um tratamento que se limitava a um controle distante de possível recidiva do AVC.

É importante destacar que a inclusão do diálogo, como um propulsor da (re)organização das intervenções da Fisioterapia, no caso citado, aponta para uma outra lógica de formulação das práticas da profissão: sai do isolamento do saber específico e o associa a outros saberes oriundos do encontro com a equipe de saúde e com o usuário. O que remete a Fisioterapia (juntamente com os diversos profissionais da saúde) à necessidade imperativa de aprender a atuar interdisciplinarmente.

Camargo Jr. (2003, p.38 e 39), alertando para os limites da eficácia de políticas exclusivamente de saúde, por conta da abrangência "*dos chamados problemas de saúde*" que demandam níveis distintos de abordagens (em relação à sua descrição e estratégias de enfrentamento), aponta para o risco de imaginarmos uma descrição totalizadora, o que seria "*uma quimera inútil ou perigosa, quando se supõe que foi alcançada*".

Porém este autor sinaliza que, a partir desses limites, devemos pensar em estratégias que se consubstanciam através de *práticas concretas* para a identificação de certas características que impreterivelmente devem estar presentes nesses procedimentos, entre os quais destaca a necessidade do trabalho interdisciplinar e multiprofissional:

“Preliminarmente, é imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitados para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem. Isto coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental. É uma estratégia mais exeqüível e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de saúde, capazes de atenderem a toda e qualquer necessidade da clientela, mesmo as não percebidas”. (Camargo Jr. 2003, p.39)

A constatação de que o trabalho isolado de uma profissão não dá conta das diversas necessidades do sujeito que sofre, impõe uma outra conclusão: sua concepção encontra-se distante e/ou antagônica a um projeto terapêutico integral. Neste sentido, Ceccim (2005, p. 263) afirma:

“Um projeto terapêutico da integralidade e da resolutividade, entretanto, é muito mais complexo do que pode responder o recorte e circunscrição de uma profissão isolada, mesmo em face do concurso das diversas áreas de especialidade de uma profissão. Se cada profissão, para alcançar a potência da integralidade, viesse desenvolver-se em tantas especialidades quantas são as demandas por conhecimentos disciplinares, então teríamos uma única profissão em saúde, talvez com múltiplos tecnólogos corporificando cada área de especialidade”.

As intervenções da Fisioterapia, portanto, quando são formuladas a partir do diálogo com outros atores da saúde, tendo como pano de fundo as necessidades identificadas nas diversas formas de manifestações do usuário (verbalmente, por expressões corporais ou pelas tragédias sociais que o cercam), como algumas formulações que aconteceram no caso de D. Ana, possuem a direção da integralidade. Assim, suas práticas específicas passam a estar contidas em uma série de ações necessárias (e mutáveis, de acordo com cada realidade encontrada), sobre as quais a profissão pode e deve concebê-las como parte integrante da sua práxis.

Sendo assim, o envolvimento com os usuários/familiares, no sentido da obtenção de conhecimentos sobre suas necessidades nos faz pensar na

possibilidade de agudização da sensibilidade dos atores de saúde em relação aos enfrentamentos postos.

Ao observarmos reações emotivas produzidas por uma cena de tragédia, em uma novela e/ou em um filme (como por exemplo, a tetraplegia da protagonista do filme *Menina de Ouro*), e que tais reações não ocorrem quando se assiste a cenas parecidas pelos telejornais, nos indagamos por que essas manifestações normalmente são distintas entre a ficção e a vida real. Apesar de várias questões permearem tais reações (como as identificações pessoais, entre outras), é possível imaginarmos que o conhecimento da história vivida pelos personagens seja um dos elementos motivadores desse comportamento. Transferindo essa percepção para o que chamamos de “agudização da sensibilidade dos atores de saúde”, no parágrafo anterior, acreditamos que a aproximação com a história de vida dos usuários fortemente posta, em especial, no atendimento domiciliar, seja um componente importantíssimo para os atores da saúde. Tal fato ocorre tanto para o entendimento de que práticas reducionistas, fundamentadas exclusivamente no “conserto” do corpo, não dão conta em responder às necessidades encontradas, quanto na percepção de que essas histórias de vida refletem a exigência de um engajamento profissional, numa articulação intersetorial, social e política por condições de saúde decentes que respeitem a vida.

Vê-se que a apropriação de práticas distintas das tradicionais pela Fisioterapia não se esgota com os exemplos citados até aqui, sendo constantemente recriadas e redimensionadas. Suas práticas, para além da demarcação de um território específico da profissão, possuem representações políticas e sociais nas quais estão refletidas as suas contribuições no campo da saúde.

Dessa forma, o atendimento domiciliar realizado pela Fisioterapia pode se constituir em um exemplo balizador, em relação às diversas possibilidades de atuação na atenção básica. Alavanca, assim, para o norte da integralidade como direção a ser perseguida, tendo na sua sua essência a representação de um conjunto de anseios e lutas oriundas desde o movimento da reforma sanitária por uma prática de saúde mais próxima do respeito aos direitos do cidadão.

4.3 – O Cuidado em Fisioterapia: uma dimensão da Integralidade.

Ao apreciarmos certas possibilidades de cuidado em saúde, podemos destacar pelo menos duas características em que o uso do termo se apresenta (em sua lógica definidora de algumas práticas em saúde) de forma distanciada ou, até mesmo, antagônica.

A primeira refere-se ao cuidado como um ato exercido por um ator de saúde, representado por um conjunto de ações demarcadas pelo comprometimento do uso da tecnologia (entendida aqui como a aplicação de saberes e técnicas cientificamente comprovados) sobre uma doença e/ou, no caso específico da Fisioterapia, sobre as seqüelas produzidas por ela. Nesse caso, o pressuposto evidenciado constitui-se na aplicação de procedimentos determinados previamente pelo conhecimento clínico-patológico, sobre o qual os objetivos terapêuticos são traçados. Merhy (2005, p. 199) faz a seguinte consideração sobre essa lógica de cuidado:

“Dependendo do paradigma de cuidado em foco, esse ato tecnológico irá considerar o usuário um portador de necessidade/fragmento, isto é, ele será visto como um objeto, como um corpo ou parte de um corpo com problemas biológicos, como um ser sem subjetividade, sem intenções, sem vontades, sem desejos. Sob o olhar dos núcleos profissionais consagrados, hegemônicos, o usuário será mais partido ainda, pois será olhado como um objeto suporte para a produção de um ato de saúde reduzido a um procedimento profissional, o que vem consagrando a construção de modos de cuidar centrados em procedimentos”.

Assim, essa perspectiva do cuidado afirma uma relação de mão única baseada em uma hierarquia fincada na diferença dos que detêm o conhecimento científico sobre o corpo em relação aos que não o possuem. De um lado, os representantes da saúde que, empoderados pelo conhecimento da doença, definem os procedimentos necessários para combatê-la. De outro, o paciente (seus

familiares) que é submetido ao tratamento, no qual a sua participação restringe-se a obedecer às condutas indicadas.

A segunda possibilidade da aplicação do cuidado em saúde nos remete para além das práticas desenvolvidas a partir do conhecimento de uma determinada patologia e/ou do funcionamento biológico do corpo. Adentra em uma dimensão conciliadora entre o saber sobre a doença com o conhecimento do doente. Propõe, portanto, a valorização do outro como um sujeito ativo em que as suas intenções, os seus desejos, o direito sobre o seu próprio corpo, e sua expectativa sobre o curso da sua vida transformam-se em elementos balizadores para a construção do cuidado em saúde. Logo, oferece o exercício (aos atores da saúde) de colocar-se no lugar do outro na busca de suas necessidades, considerando-as como referendo para uma intervenção baseada em um cuidado que não se limita às aplicações técnicas, como destacado por Merhy (2005, p.199):

“Olhando de outro lugar – o do usuário, por exemplo – essas lógicas não podem ser plenamente capturadas por ações tecnológicas profissional-centradas; elas as extrapolam. Elas colocam o cuidado em outro lugar, que não só o da intenção de um ato tecnológico de um agir profissional sobre um objeto, como um corpo que sofre. Elas colocam o cuidado como referente simbólico do campo da saúde. Produzem-no como um outro tipo de objeto. Não aquele da ação que visa à realização de um ato de saúde, como o corpo-alvo do cuidado, mas aquele que é prometido simbolicamente como a alma do campo da saúde, enquanto um lugar que cuida.”

Nesse sentido, ao discutir sobre o “cuidado prudente para uma vida descente”, Mattos (2005, p.131) contribui para essa questão, fazendo a seguinte observação:

“Na dimensão do cuidado às pessoas que sofrem, não podemos aceitar a utilização do enorme potencial de intervenção diagnóstica e terapêutica sem a apreciação cuidadosa das possíveis conseqüências negativas para os sujeitos que a elas serão submetidas. Tais conseqüências não se reduzem às dimensões técnicas (efeitos colaterais ou complicações, sempre esperadas em algum grau de probabilidade, supostamente pequeno). Elas só podem ser

apreendidas no contexto do modo de andar a vida das pessoas e dos grupos a que pertencem.”

Por conseguinte, julgamos que tanto o olhar do lugar do usuário, quanto a necessidade de aproximação do contexto de vida dessas pessoas e dos que o cercam tornam-se imprescindíveis para a prática do cuidado. Permitem, no campo da assistência em saúde, a interlocução entre os profissionais dessa área com os usuários favorecendo, assim, recíprocos aprendizados e, conseqüentemente, a descoberta de outros caminhos na direção da integralidade do cuidado, que não se resume na intervenção sobre a doença. Guizardi e Pinheiro (2005, p.51) reforçam essa importância:

“Na medida em que se inserem como elemento de seu dia-a-dia e não como uma exterioridade eventual (como a ligação com a assistência através da condição da doença), essas práticas demonstraram ser permeáveis às experiências dos sujeitos, requisitando-as e incorporando-as em sua dinâmica e organização.

O fato de as atividades de saúde demandarem recurso à experiência dos usuários é ponto chave em sua compreensão como dispositivo aberto na construção da assistência. Tal aspecto é explicitamente corroborado na avaliação positiva dos grupos de saúde feita por diferentes profissionais, bem como por usuários, com base na justificativa de que eles permitem a troca de experiências entre seus participantes”.

Sobre as características destacadas a respeito do uso do termo cuidado, torna-se importante reafirmar que a questão não está colocada na desqualificação da aplicação da tecnologia, com seus respectivos avanços, na saúde da população. Porém, ela tem como intenção sinalizar para a falta de porosidade encontrada nas práticas de saúde hegemônicas, pois as ações centradas nos comprometimentos do corpo biológico (representados pela doença e suas respectivas conseqüências físicas) são determinantes para uma prática profissional tecnicista na qual a parte (doença) passa a ter uma importância maior do que o todo (a pessoa). Tal fato tende a empobrecer a possibilidade de pensar na saúde como um alvo maior a ser

alcançado, isso porque sua base de sustentação encontra-se em um conhecimento científico que legitima o profissional a exercer a sua forma de cuidado sobre o outro.

Quando observamos, no entanto, o aumento da permeabilidade entre os conceitos desses profissionais com os conhecimentos oriundos dos usuários, por meio da valorização do encontro numa dimensão em que tal encontro esteja impregnado da vontade de conhecer o outro como um núcleo propulsor de novos conhecimentos, o cuidado passa a ocupar um outro espaço, que, para se manter fecundo, precisa entre outras possibilidades não permitir a hierarquização de saberes como forma de poder, tanto entre os atores da saúde, quanto em relação aos usuários. Precisa também primar pela valorização da criatividade, da sensibilidade, da “(...) *observação cuidadosa do contexto e respeito pelas características e pelas reais necessidades das pessoas que demandam atendimento (...)*” (Maldonado, apud Silva, 2004, p.109), e procurar novos registros que se afirmam “(...) *por meio da intenção e do gesto (...), em que a primazia é dada à forma, à maneira de proceder, e não ao resultado, ao produto.*” (Guizardi e Pinheiro, 2005, p. 44).

Torna-se, portanto, inviável estabelecer o cuidado na saúde com base na integralidade sem o encontro com o outro, visto que, segundo Silva (2004, p. 108):

“Negar os benefícios da tecnologia seria desconhecer seus inúmeros benefícios até hoje gerados para a humanidade, mas é evidente também que há algo nos seres humanos que não se encontra nas máquinas, trata-se do sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e sentir-se afetado. Segundo Boff (1999), construímos um mundo com bases em laços afetivos, que tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valores. Preocupamo-nos com elas. Tomamos tempo para nos dedicar a elas. Sentimos responsabilidade pelo laço que cresce entre nós e os outros. O cuidado recolhe todo esse modo de ser, pensando, assim, não é possível expressá-lo sem a participação do outro.”

Trazendo essa discussão para as práticas da Fisioterapia na atenção básica, ainda tomando como referência o atendimento domiciliar, é muito frequente o encontro com pessoas totalmente restritas ao leito. Essa situação revela, pelo menos, duas questões preocupantes em relação às possibilidades de intervenções

que produzam modificações significativas no cotidiano dessas pessoas e de seus familiares.

A primeira questão encontra-se diretamente ligada ao estado de saúde desses pacientes que, assim como no caso de D. Ana, possuem seqüelas antigas adquiridas através de uma intercorrência de anos atrás (lesões neurológicas, traumatológicas, ortopédicas, reumatológicas, etc.), agravadas tanto pelo fato de estarem restritos ao leito, quanto, na maioria das vezes, por conta de não terem tido acesso a um atendimento adequado, determinando, assim, a agregação de outras deformidades físicas e diversos comprometimentos orgânicos.

Torna-se importante produzir um pequeno parêntese em relação a essa questão pois, quando nos referimos à ausência de um atendimento adequado, fazemos menção à insuficiência de ações integrais que permitem o acompanhamento, de forma articulada, com referência e contra-referência, da trajetória do paciente pelo sistema em todos os níveis de atenção à saúde. Tal fato tem gerado o “sumiço” estatístico de uma parcela grande da população, como o caso de pessoas que se encontram restritas ao leito as quais, impossibilitadas por questões financeiras e/ou de locomoção, são impedidas ao acesso às diversas terapêuticas imprescindíveis para a sua recuperação, ficando o seu registro anotado como uma visita domiciliar feita pelo médico do PSF, quando o programa é desenvolvido na localidade onde se encontram. Isso, de certa forma, acaba tornando-se conveniente para alguns gestores, pois o “aparecimento” desses casos implicaria a ampliação da rede de atendimento (novas contratações, aumento da quantidade de exames, etc.). É portanto, mais um problema para a administração financeira do município e para as pretensões políticas desses gestores.

A segunda questão está relacionada às dificuldades vividas pelas pessoas da família que cuidam desses pacientes acamados. Esses cuidadores, normalmente mulheres (mães, esposas, filhas, irmãs, tias), assumem toda a responsabilidade sobre o cotidiano desses pacientes desde os cuidados com a higiene, alimentação, curativos, administração de medicamentos, até o apoio psicológico necessário para a manutenção da esperança da cura e/ou de um mínimo de dignidade que justifique a manutenção da vida.

Em que pese o cuidado de Fisioterapia ocupar um espaço relevante em relação às suas intervenções sobre o indivíduo acamado, razão principal da solicitação desse serviço por parte da família e/ou da indicação de outros profissionais (agente comunitários, assistente sociais, enfermeiros, médicos), em diversos casos, dada a gravidade da situação do paciente, muito pouco é possível ser feito para a recuperação das suas capacidades físico-funcionais. O que na lógica de um cuidado direcionado para as ações exclusivamente voltadas para a doença, tenderia a restringir o atendimento a algumas orientações e, provavelmente, encerrando-o na constatação científica de que as seqüelas adquiridas são irreversíveis.

Entretanto, quando nestes casos se consegue ampliar o campo de observação, saindo da “parte” (as seqüelas da doença) indo para o “todo” (o doente e a família), vislumbra-se uma série de dificuldades vivenciadas pelos moradores sobre as quais a atuação da Fisioterapia, juntamente com os profissionais da saúde, passam a ter um novo significado, expresso pela dimensão da integralidade do cuidado.

É nessa orientação do cuidado que surge a preocupação com o cuidador do paciente acamado. Da posição secundária que ocupa quando é visto como a pessoa indicada para fornecer as informações sobre o estado de saúde do acamado (que em vários casos não consegue falar), com quem o profissional realiza uma espécie de anamnese por “tabela”, para a posição de um dos protagonistas da história de sua família. Nesta posição, o cuidador passa a ser percebido como uma pessoa que também necessita de cuidado. Tal mudança permite fazer acontecer tanto a assistência à saúde do cuidador, quanto uma maior interação entre a equipe de saúde com as necessidades da família, visto que sobre este cuidador refletem-se, normalmente, as ansiedades, as angústias e esperanças vividas por todos os familiares.

Um outro aspecto que deve ser mencionado em relação ao paciente acamado é o fato de que, ao tornar-se um indivíduo dependente dos cuidados da família por conta de sua doença, produz-se um certo “adoecimento” de todos. Muda toda a estrutura familiar que, além das dificuldades pré-existentes (socioeconômicas,

educacionais, etc.), tem que se adaptar à nova realidade. Corrobora com essa situação um novo enfrentamento desafiador para a família: “o encontro com um indivíduo que, socialmente falando, encontra-se fora dos padrões que tipificam a normalidade.” (Freitas, 2000, p.24). A esse respeito Glat (1995, p.21) faz a seguinte observação:

“Ora, quando nos deparamos com indivíduos que por suas características ou comportamentos não se enquadram em nossa representação ou tipificação de ‘normalidade’, ocorre uma quebra ou ruptura na rotina da interação social. Agora já não podemos mais nos comportar em relação a eles de acordo com o padrão de conduta típico ao que estamos acostumados. Ficamos como que perdidos, sem saber como agir.”

Mas, a sensação de estar perdido, sem saber como agir, destacado pela autora, parece atingir não só essas famílias (em especial o cuidador do acamado) mas também os profissionais da saúde. Isso porque a compreensão desses indivíduos não se dá somente pelo estudo das suas características físico-funcionais e/ou pela sua capacidade de evolução em um determinado tratamento, mas também através do modo que ele é percebido pelos demais. A forma como ele é tratado, as dificuldades que as pessoas apresentam no relacionamento com ele e, principalmente, os limites imputados ao acamado em relação até onde ele pode chegar, criam impedimentos certamente muito maiores do que a própria deficiência em si. Bartel (apud Ferreira, 1995, p.14) diz:

“O fenômeno da excepcionlidade ou deficiência, pois, pode apenas ser entendido indo-se além das pessoas excepcionais ou deficientes. O que há de distintivo em todos os indivíduos deficientes e comum a todos eles não são as suas próprias características, mas a resposta característica dos outros face a eles.”

Nesse sentido, o estabelecimento do tipo de cuidado necessário ao cuidador constrói-se com o compartilhamento das dificuldades e experiências adquiridas tanto por este (cuidador), quanto pela equipe de saúde.

A preocupação com o cuidador gerou, em 2001, um trabalho realizado na Unidade Básica de Saúde do bairro Marumbi, em Juiz de Fora, por meio do estágio curricular de Fisioterapia na atenção primária à saúde, coordenado pelos professores do Departamento de Fisioterapia (da UFJF), que propiciou um grande aprendizado para toda a equipe.

Esse trabalho contou com o apoio e a participação de todos os profissionais da equipe de saúde da Unidade. A idéia inicial era a de criar uma forma de capacitação do cuidador para que este pudesse desenvolver, com mais facilidade junto ao acamado, as atividades relacionadas às necessidades básicas do paciente, como por exemplo: os cuidados com a higiene, as mudanças de decúbito, as diversas transferências (do leito para a cadeira, de um cômodo para o outro, etc.), orientações sobre a importância e a administração dos medicamentos, entre outros.

As atividades foram desenvolvidas com grupos de cuidadores localizados nas mesmas microáreas (segundo a territorialização da área de abrangência da Unidade), em um salão na UBS. O treinamento acontecia de forma participativa e lúdica, com dramatizações e aulas dialogadas em que os cuidadores, além de participarem das dinâmicas de grupo, tinham a oportunidade de ouvir outras experiências e de falar sobre as situações vividas como cuidador no seu cotidiano.

Essa vivência em grupo teve uma importante repercussão integrativa, pois permitiu a aproximação entre a equipe e os cuidadores. Tal aproximação, por possuir uma representação muito mais educativa do que terapêutica , evidenciada por encontros que se tornaram prazerosos (com direito a momentos de confraternização: “bate-papos”, lanches, ao contrário dos encontros que comumente acontecem entre terpeutas e pacientes, marcados pelo sofrimento), revelou a possibilidade de uma outra forma de lidar com a questão da saúde dessas pessoas, em que a agregação do respeito e do afeto, praticados por cuidadores e pela equipe, facilitou o diálogo, a compreensão das dificuldades e, conseqüentemente, uma melhor adequação das intervenções da equipe de saúde.

É importante assinalar que, por conta dessa atividade, foram produzidos, por parte dos cuidadores alguns movimentos e relatos que surpreenderam a todos da equipe, entre os quais criou-se uma rede de solidariedade em que algumas pessoas

da comunidade ficavam tomando conta dos acamados para que os cuidadores pudessem participar (nos casos em que eram sozinhos no cuidado do acamado); as participações demonstravam uma grande vontade de aprender novas formas de lidar com o paciente; a exposição das dificuldades de alguns era valorizada por todos, que propunham alternativas baseadas em situações parecidas às que estavam vivendo ou que já tinham vivenciado; e os relatos sobre a importância daquele momento de encontro com pessoas que passam por dificuldades parecidas. Isso representou para suas vidas uma espécie de rompimento com o isolamento no qual vivem, grande parte dessas pessoas há muitos anos.

Trazendo para a contribuição da Fisioterapia de forma mais específica, por se tratar da discussão central deste estudo, observou-se que foi a partir das visitas domiciliares, realizadas pelos fisioterapeutas (supervisores e acadêmicos ligados ao referido estágio), que as questões ligadas aos cuidadores começaram a serem vistas como uma situação que necessitava de cuidado em saúde. Foi quando através da sugestão feita por uma acadêmica de Fisioterapia, em que apontava para a possibilidade de iniciarmos algumas atividades em grupo com os cuidadores, que, após o assunto ser discutido com toda a equipe, foram organizadas as atividades referidas.

Dentro das atividades desenvolvidas por todos os membros da equipe (agentes comunitários, assistentes sociais, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas e médicos), tinha-se espaço para a inclusão dos conhecimentos específicos de cada profissão, que surgiam de acordo com as indagações do grupo e com as das dinâmicas pré-estruturadas. No caso da Fisioterapia, certos trabalhos realizados pelo grupo, na UBS como, por exemplo, algumas simulações sobre as formas mais fáceis e adequadas de se colocar o paciente no leito, de acordo com as seqüelas apresentadas pelo acamado, e a orientação sobre formas alternativas de confecção de produtos que favorecessem essas posições (almofadinhas de alpiste, bolas de soprar para evitar escaras, dentre outros), se desdobravam para a casa desses cuidadores, através de novas visitas, para aplicação do aprendizado na realidade deles.

Tornou-se muito comum também a inclusão de alguns cuidadores em outros grupos de atendimento de Fisioterapia, que funcionavam na UBS por conta das diversas queixas de comprometimentos físicos provenientes, segundo eles, do esforço físico despendido durante o cuidado com os acamados.

Portanto, a integralidade do cuidado em saúde na perspectiva da sua formulação no encontro com o outro, cria novas alternativas de intervenções que se aplicam, seguramente, em todas as ações da Fisioterapia, em especial na atenção básica à saúde, seja na prevenção, na promoção ou nas relacionadas à recuperação dos distúrbios físico-funcionais. Segundo Boff (apud Silva, 2004, p.123): *“cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude e envolvimento afetivo com o outro.”*

CONCLUSÃO

Meses a fio foram destinados para a construção deste trabalho. Ele foi elaborado junto com cada alegria e angústia por mim experimentada e cresceu com um trabalho de Fisioterapia implementado desde julho de 2000, na atenção básica à saúde, em Juiz de Fora. Agora chegou o momento do ponto final, apesar de saber que ele não existe, pois contribuir para a sistematização do conhecimento acerca da inserção da Fisioterapia nesse nível de atenção é colocar reticências e propor questões que podem auxiliar outros trabalhos.

Retomando o objetivo deste trabalho, podemos concluir que o estudo sobre a origem da profissão e suas influências na ocupação do seu campo de trabalho; a investigação, através das Resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), do caminho percorrido pela profissão nas últimas décadas; e a identificação da correlação das intervenções tradicionais da Fisioterapia com as necessidades impostas na Atenção Básica à Saúde, permitiram o alcance do propósito percorrido em todas as fases desta pesquisa.

Isso porque, cada etapa mencionada possui um fio condutor que explica o motivo pelo qual a Fisioterapia necessita de resignificações das suas práticas para a sua atuação na Atenção Básica à Saúde.

As lutas estabelecidas pela profissão muito mais voltadas para a sua auto-afirmação profissional, em que o alvo central constituía-se na afirmação da autonomia como profissão liberal, com a instituição de atos privativos, sobressaíram-se mais que a preocupação de ampliar o campo de atuação, ficando as suas bases investigativas e laborativas no espaço historicamente “dados”, que são os níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Sobre essa constatação, afirmamos que o conhecimento da trajetória da profissão constitui-se em uma das condições fundamentais para a elaboração e execução de serviços de Fisioterapia na atenção básica. As exigências impostas por esse campo não permitem a replicação das práticas tradicionais da Fisioterapia nesse novo cenário, tanto em relação às práticas assistenciais desenvolvidas em seu

cotidiano, quanto em relação à estratégia da política de saúde vigente que considera a atenção básica como eixo central para a reorganização dos serviços de saúde.

Podemos concluir, também, que este estudo apontou para a importância da participação da Fisioterapia na atenção básica à saúde. A presença dessa profissão torna-se necessária neste nível de atenção, pois as transições demográficas, em especial, as epidemiológicas, mostram grande aumento de doenças crônico-degenerativas¹³, além de outras doenças que acometem diretamente o movimento do corpo.

A Fisioterapia pode contribuir, portanto, de forma significativa com as suas práticas para a prevenção, a promoção e as intervenções terapêuticas nas diversas intercorrências físico-funcionais que atingem um número cada vez maior de pessoas. Ela favorece a implementação de ações, no nível básico de saúde, ligadas tanto ao controle e diminuição dessas intercorrências, quanto, em especial, na perspectiva do exercício do direito da população em ter um atendimento adequado, em tempo hábil, para evitar a potencialização e/ou instalações das deformidades por falta de acesso a esse serviço.

Nessa direção, torna-se indispensável, para delinear o arcabouço das possibilidades da Fisioterapia inserir-se na atenção básica a discussão sobre a integralidade que, ancorada no seu potencial crítico-transformador, tem promovido reflexões conceituais e implementações de novas experiências relacionadas à saúde no Brasil, representando, assim, os anseios sociais que se manifestam, pelo menos, desde o movimento da reforma sanitária no Brasil.

Essa inserção, então, deve acontecer na perspectiva de uma Fisioterapia do cuidado, imbricada com as diversas características sociais que se encontram em torno das questões relacionadas à saúde. Em tal perspectiva, o outro não é observado através da seqüela presente no seu corpo como um objeto a ser tratado, mas como um sujeito que possui o direito sobre o seu próprio corpo, repleto de dúvidas, de desejos e de esperanças. Sujeito esse que, ouvido e respeitado, pode tornar-se cúmplice de ações mais assertivas para a produção da saúde.

¹³ Destacado nesse trabalho por Parrata (apud Viana e Poz, 1998) como enfermidades de longa duração que acumulam-se na população.

Tomando o rumo da necessidade de rediscutir o relacionamento interpessoal entre a equipe de saúde e, principalmente, o paciente, enquanto procedimento fundamental para a produção de saúde, constatamos que essa preocupação torna-se necessária em todos os níveis de atenção à saúde. Em que pese a atenção básica possuir um apelo maior para essa questão (referimo-nos à idéia de “bastidores”, discutida neste estudo), a fomentação do diálogo no espaço de trabalho entre trabalhadores e usuários torna possível, no caminho das elaborações e execução de práticas, uma ação coletiva e comprometida.

Levando-se em conta, ainda, a constatação de que a passagem da posição de profissional de saúde para a de usuário ocorre constantemente, Merhy (2005,p. 198), ao discutir sobre a importância do diálogo no espaço de trabalho com todos que ali se encontram, faz a seguinte consideração:

“Na saúde tomo isso como um imperativo categórico. Como algo que devemos não só desejar, mas do qual não podemos fugir. Pois diferentemente de outros processos produtivos, na saúde o trabalhador a qualquer momento poderá ser seu próprio usuário. Imperativamente, quase que de modo obrigatório, terá que sempre se ver diante do fazer de si mesmo, porque mesmo inconscientemente tem que responder para si se seria um usuário do que está fazendo com o outro”.

Reafirmando a necessidade desse diálogo na prática da Fisioterapia em todos os níveis de atenção, durante a elaboração deste trabalho veio a lembrança de um episódio ocorrido comigo, em 1995, que pode nos auxiliar na reflexão sugerida por Merhy.

Durante uma tentativa de assalto dirigindo um carro, no Rio de Janeiro, fui atingido por dois tiros de escopeta. Um nas costas e outro no braço. Após a maratona de atendimentos de saúde aos quais fui submetido, entre eles uma reconstrução cirúrgica do nervo ulnar (utilizando o nervo sural para fazer essa reconstrução), iniciei um tratamento de Fisioterapia para a recuperação dos movimentos da mão esquerda, afetados pela lesão do referido nervo.

Uma das minhas maiores angústias em relação à perda de alguns movimentos da mão encontrava-se na impossibilidade de exercer o meu principal hobby: tocar violão. Lembro-me de que essa foi a principal queixa relatada no primeiro encontro que tive com a fisioterapeuta: disse a ela que ao tentar tocar uma música, a tristeza foi tão grande por não conseguir executá-la, que não tinha mais “coragem” de chegar perto do instrumento. Houve uma comoção inicial, por parte da profissional, seguida imediatamente pela aplicação do tratamento que não podia perder tempo. Durante seis meses, com três atendimentos semanais, vivi a experiência de um tratamento que, apesar de ter favorecido o ganho de alguns movimentos perdidos, foi caracterizado pela minha falta de assiduidade, culminando com o abandono das sessões. Afinal, ficar tentando repetir certos movimentos, que há seis meses atrás aconteciam automaticamente e ser elogiado por ter conseguido esboçar uma função perdida, para mim era uma tortura.

Ao aprofundar-me no estudo para a elaboração deste trabalho, percebi que, se eu fosse ouvido com mais atenção pela fisioterapeuta, o tratamento poderia ter sido menos penoso (quem sabe até prazeroso), pois constatei a necessidade de adequação das intervenções ao que é efetivamente valorizado pelo outro. No meu caso, creio que o auxílio do violão para a execução dos exercícios tornaria o resultado do tratamento mais eficaz, o que poderia representar uma das formas do que chamaríamos de integralidade do cuidado na Fisioterapia.

Cabe ressaltar que a intenção do parágrafo anterior não é de criticar a fisioterapeuta em questão (provavelmente eu e a maioria dos fisioterapeutas teríamos a mesma conduta), mas de destacar o quanto a percepção sobre o cuidado em fisioterapia encontra-se arraigado à execução de procedimentos e técnicas específicas para a recuperação do movimento perdido.

Uma outra constatação que podemos assinalar sobre os aspectos que envolvem a participação da Fisioterapia na atenção básica, encontra-se na maior mobilidade dos fisioterapeutas em relação aos outros profissionais que estão nesse nível de atenção à saúde. Explicamos: se, por um lado, a ausência de uma participação mais efetiva da Fisioterapia nos movimentos sociais que alicerçaram a construção do SUS tem produzido algumas dificuldades para a profissão se

estabelecer nesse campo de trabalho, por outro lado, as experiências relatadas, nas quais ela foi inserida, demonstram que as possibilidades de produzir atividades na comunidade (fora do espaço das Unidades Básicas de Saúde) são muito maiores comparando com as outras profissões. No caso de Juiz de Fora, por exemplo, o número de visitas domiciliares feitas pela Fisioterapia é, pelo menos, três vezes maior do que o número de visitas de todos os outros profissionais de saúde juntos (não estamos considerando as visitas dos agentes comunitários). Uma das questões determinantes para isso, se dá pelo fato de a Fisioterapia não possuir demandas espontâneas, como as outras profissões que, de certa forma, ficam “aprisionadas” por estas, principalmente nos casos em que o PSF foi implantado em unidades que tinham como característica o atendimento exclusivo desse tipo de demanda.

Dessa maneira, o trabalho da Fisioterapia possui, também, um grande potencial mediador, podendo funcionar como um elo entre a comunidade e a equipe de saúde, favorecendo, assim, a identificação dos problemas que devem ser considerados por toda a equipe na elaboração das ações de saúde.

Sobre a importância da mediação, Sayd (2001, p.16) esclarece que:

“(...) mediar é, portanto, mais do que ciência e arte, uma aplicação de valores, um trabalho ético, um exercício de sabedoria. E de nada servem à humanidade ciência e arte sem sabedoria, ou seja, sem capacidade de avaliação, meditação e ponderação. (...) Tirar o paciente da margem onde está, isolado em seu sofrimento e medo, e conduzi-lo para a outra, do consolo, conforto e compartilhamento é o trabalho de mediação.”

Apesar da inserção da Fisioterapia na atenção básica ainda ser muito incipiente no Brasil, esse potencial mediador da profissão tem fomentado também a criação de várias atividades em grupo (com cuidadores, com hipertensos, com idosos, com gestantes, entre outros), o que tem estimulado a aproximação de toda a equipe que, sensibilizada pelos resultados obtidos com essas atividades, via de regra, participam ativamente. Tal fato tem revelado maior conhecimento sobre as atividades profissionais do outro, facilitando a possibilidade de um trabalho interdisciplinar e, sobretudo, permitido que o espaço da unidade de saúde se abra

para o desenvolvimento de trabalhos que favoreçam relações de solidariedade, de conagraçamento e de conhecimento do outro.

Nesse sentido, Luz (2001, p.34) faz a seguinte consideração:

“Relações de solidariedade, ou ao menos de cooperação e apoio mútuo, ainda que localizadas, restritas ao espaço onde se desenvolvem as atividades de saúde, tendem a se estabelecer, tornando-se o ponto de partida para a renovação da sociabilidade, para a construção de ‘novos amigos’, de ‘trocas’ (de informações, experiências, conselhos e orientações) que vão aos poucos restaurando o tecido social comunicativo, com a criação e extensão de atividades para fora do âmbito das práticas de saúde. O isolamento é aos poucos vencido pelas atividades, e ressurgem nos indivíduos o otimismo e a esperança, com o restabelecimento da confiança no outro, mesmo que no restrito grupo onde a atividade é exercida. Junto com esses sentimentos ressurgem a saúde, ou a melhora.”

Existem várias questões que não foram abordadas neste trabalho, pois ainda há muitos estudos e pesquisas a serem realizados para que juntos – teoria e prática – possam consolidar a atuação da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde no Brasil.

Com a finalidade de contribuir para a continuidade dessa discussão, sinalizamos para a necessidade de realização de estudos visando responder questões como: de que maneira as instituições formadoras de fisioterapeutas estão se adequando às Diretrizes Curriculares? Qual a repercussão dos programas que propõem a interação profissional como, por exemplo, as Residências Multiprofissionais, para a formação do fisioterapeuta? Qual o impacto na saúde da população atendida pela Fisioterapia na Atenção Básica? O fato de a Portaria Nº 1065/2005, do Ministério da Saúde, criar os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, colocando o fisioterapeuta no Núcleo de Reabilitação (junto com o fonoaudiólogo, o terapeuta ocupacional e o assistente social), com a determinação de trabalhar em um universo de nove a onze equipes de PSF (atendendo em torno de 30 mil pessoas), significa um avanço ou um retrocesso? A implementação desta Portaria seria uma forma de atender às queixas dos profissionais que não estão oficialmente incluídos na equipe do PSF?

Concluimos este trabalho com a certeza de que não podemos prosseguir legitimando apenas o que foi realizado. É preciso trabalhar, refletir, agir, intervir. Encenar possibilidades, caminhos modificadores de tudo, de nós mesmos, da vida coletiva. Sem receitas, modelos ou cópias. Mas, com a força da Integralidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bahia, L. *A Regulação dos Planos e Seguros de Saúde no Brasil: um desafio às Políticas Públicas*. São Paulo: NEPP, Unicamp, 1999. (mimeo)

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS, F. B. M. *A Formação do Fisioterapeuta na UFRJ e a Profissionalização da Fisioterapia*. 2002. 122f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BRASIL. *Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969*. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de outubro de 1969.

_____. *Lei nº 6.316 de dezembro de 1975*. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de dezembro de 1975.

_____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. *Parecer nº 388*, Brasília, 1963.

_____. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. *Portaria nº 511*, Brasília, 1964.

_____. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. *Currículos mínimos dos cursos de graduação*. Brasília, 1979.

_____. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. *Resolução nº 4*, Brasília, 1983.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior. *Parecer nº 1210*, Brasília, 2001.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior. *Resolução nº 4*, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 8ª conferência nacional de saúde*. Relatório final. Brasília, 1987.

CAMARGO Jr., K. R. *Análise dos Relatórios da Segunda Fase do Projeto Racionalidades Médicas*. Série Estudos em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, nº 168, 1998.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ: ABRASCO, 2005.

CENTURIÃO, C. C. H. *Prevenção em Fisioterapia: um estudo da formação profissional do fisioterapeuta no Estado do Rio Grande do Sul*. 1997, 162f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

COHN, A . Notas sobre Estado, políticas públicas e saúde. In: GERSHMAN, S.; VIANA, M. L. W. *A miragem da pós modernidade*. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. *Resolução COFFITO-8* de 20 de fevereiro de 1978. Diário Oficial, Brasília, DF, nº 216, seção 1, parte II, p. 6.322-32, 13 nov. 1978.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. *Resolução COFFITO-10* de 03 de julho de 1978. Diário Oficial, Brasília, DF, n.182, seção I, parte II, p. 5.265/68, 22 set. 1978.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. *Resolução COFFITO-37* de 02 de abril de 1984. Diário Oficial, Brasília, DF, n.078, seção I, parte II, p. 5.742, 23 abr. 1984.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. *Resolução COFFITO-80* de 09 de maio de 1987. Diário Oficial, Brasília, DF, n.093, seção I, parte II, p. 7609, 21 mai. 1987.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. *Revista O COFFITO*, Brasília, n. 10, p. 20 - 28, mar. 2001.

Dain, S.: *Descentralização, Federalismo e Relações Intergovernamentais na Política de Saúde*. Rio de Janeiro, 2000. (mimeo)

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FERREIRA, J. R. *A exclusão da diferença*. São Paulo: UNIMEP, 1995.

FIGUEIRÔA, R.M. *Aspectos da Evolução Histórica do Fisioterapeuta no Brasil em especial no Rio de Janeiro*. Monografia de Pós Graduação Lato sensu em Docência Superior, Rio de Janeiro, 1996. (mimeo)

CENTURIÃO, C. C. H. *Prevenção em Fisioterapia: um estudo da formação profissional do fisioterapeuta no Estado do Rio Grande do Sul*. 1997, 162f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

FREITAS, M. S. *O Fisioterapeuta e o Portador de Deficiência: uma relação terapêutica, educacional e de construção de cidadania*. 1999, 103f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

_____. *A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora*. In: BARROS, F. B. M. (Org.). *A Fisioterapia na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2000.

GALVÃO, A. M. F. *Brasil, A Fisioterapia e o Tempo*. Fisiobrasil, n.38, outubro de 2000.

GLAT, R. A. *Integração social dos portadores de deficiências: uma reflexão*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1995.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 5ª edição. São Paulo: Perspectiva, 1996.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ: ABRASCO, 2005.

LEITE, C.. A crise da Previdência social. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

LEVCOVITZ, E. *Transição X Consolidação: O Dilema Estratégico da Consolidação do SUS – um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde, 1974/1996*. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

LINDEMAN, R.; TEIRICH-LEUBE, H.; HEIPERTZ, W. *Tratado de Reabilitação*. Barcelona: Labor, 1970.

LUCENA, A. C. T. Um Serviço de Fisioterapia na Comunidade. Atualização Brasileira de Fisioterapia, ano II, vol.I n. 03, 1984.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ –IMS/ABRASCO, 2001.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ – IMS/ABRASCO, 2001.

_____. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ: ABRASCO, 2005.

MERHY, E. E. Engravidando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em*

equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ: ABRASCO, 2005.

NICZ, L. F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, E. L. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo Pioneira, 1988.

MOTA, M. B. e BRAICK, P.R. *História: das cavernas ao Terceiro Milênio*. São Paulo: Moderna, 2002.

NORONHA, A . B. Graduação: é preciso mudar. *Radis Comunicação e Saúde*, nº 5, p. 9 a 16. Rio de Janeiro, dezembro de 2002.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. T. *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis:Vozes, 1985.

OLIVEIRA, V. E. Política de saúde: as bases históricas da estruturação do SUS. Rio de Janeiro, 2004 (mimeo).

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda nos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V. *Manual de Investigações em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 2003.

REBELATTO, J. R. e BOTOMÉ, S.P. *Fisioterapia no Brasil*. São Paulo: Manole, 1987.

RIBEIRO, K. S. Q. S. *Fisioterapia na comunidade: buscando caminhos na atenção primária à saúde a partir de um projeto de extensão universitária*. 2001, 193f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal da Paraíba. Paraíba.

SANCHEZ, E.L. *Histórico da Fisioterapia no Brasil e no Mundo*. Atualização Brasileira de Fisioterapia, ano II, vol.I, n. 03, 1984.

SANTOS, F.L. *História geral da Medicina Brasileira*. Vol. 1/2. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1991.

SAYD, J. D. *Ser médico*. Rio de Janeiro, 2001 (mimeo).

SILVA, G. A. *Da aparência à essência: o cuidado no cotidiano do portador do HIV*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2004.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

TOMBINI, F. F. *Fisioterapia: considerações sobre uma ciência em construção*. 2000, 141f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul.

VELANDIA, I.C. e SAYD, J. D. *Alguns Elementos Teóricos Para a Análise da Reabilitação da Pessoa Portadora de Deficiência Física*. Série Estudos em Saúde Coletiva, n.º171. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1998.

VIANA, A.L.D. e POZ, M.R.D. *Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família; informe final*. Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 166. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1998.

VIANNA, M. L. T. W. *A Americanização Perversa da Seguridade Social no Brasil*. Rio de Janeiro, Revan, 1998.