

O lugar social do Fisioterapeuta

Ana Lucia de Jesus Almeida



Ana Lúcia de Jesus Almeida

O LUGAR SOCIAL DO FISIOTERAPEUTA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Unesp de Presidente Prudente, como requisito necessário para a obtenção do Título de Doutora.

Orientador: **Prof. Dr. Raul Borges Guimarães**

**Presidente Prudente
2008**



A444L Almeida, Ana Lúcia de Jesus.
O Lugar Social do Fisioterapeuta / Ana Lúcia de Jesus Almeida. -
Presidente Prudente: [s.n], 2008
166 f. : il.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Ciências e Tecnologia

Orientador: Raul Borges Guimarães

Banca: Amélia Pasqual Marques, Eliane Ferrari Chagas, Maria
Aparecida de Moraes Silva, Samuel do Carmo Lima

Inclui bibliografia

1. Fisioterapia. 2. Geografia da Saúde. 3. Lugar Social. I. Autor.
II. Título. III. Presidente Prudente - Faculdade de Ciências e
Tecnologia.

CDD (18.ed.) 615.8

**Ficha catalográfica elaborada pela Seção Técnica de Aquisição e Tratamento da Informação –
Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação - UNESP, Câmpus de Presidente Prudente.**



BANCA EXAMINADORA



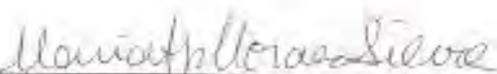
Prof. Dr. Raul Borges-Guimarães
(Orientador)



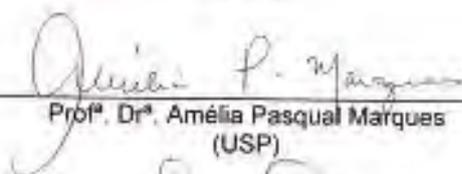
Prof. Dr. Eliane Ferrari Chagas
(FCT/UNESP)



Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima
(UFU)



Prof. Dr. Maria Aparecida de Moraes Silva
(UFSCar)



Prof. Dr. Amélia Pasqual Marques
(USP)



ANA LÚCIA DE JESUS ALMEIDA

Presidente Prudente (SP), 17 de dezembro de 2008.

Resultado: APROVADA



A todos os fisioterapeutas, que coletivamente, dão partes importantes de suas vidas para a construção de um mundo mais solidário e justo.



Agradecimentos

Agradeço a pacientes, alunos, fisioterapeutas, colegas de trabalho, amigos, enfim, há e haverá sempre muitos outros que participaram deste trabalho, não sendo possível creditar a todos nominalmente.

Ao Programa Pós-Graduação em Geografia pelo apoio e oportunidade.

Ao meu orientador Prof. Dr. Raul Borges Guimarães pelo importante incentivo mostrando que era possível fazer a tese em Geografia. A sua forma de encaminhar esse processo foi fundamental para enxergar o quanto a Geografia pode contribuir com uma Fisioterapia crítico-social. É importante registrar que você sabe motivar, incentivar e valorizar seus orientandos, muito obrigada.

Às Professoras Dra. Maria Aparecida Moraes Silva e Dra. Renata Maria Coimbra Libório pelas proposições dadas no Exame de Qualificação.

Ao Departamento de Fisioterapia, em especial o Setor de Fisioterapia Neurologia, formado pelos colegas Augusto, Eliane, Lúcia e Tânia, muito obrigada por terem me proporcionado as condições para a realização desta tese.

Aos meus companheiros de sala, os amigos Renilton e Eliane, com quem dividimos angústias, alegrias e sonhos, obrigada por estarmos juntos nessa caminhada, quero continuar planejando, sonhando e realizando com vocês.

Aos alunos do primeiro ano do curso de graduação em Fisioterapia da FCT/UNESP, ano de 2008 - turma 37, vocês forneceram uma matéria prima fundamental para a sustentação dessa tese, obrigada pelo esforço e pela



responsabilidade em registrar e transmitir os pensamentos e sentimentos dos fisioterapeutas entrevistados por vocês.

À minha amiga Camila Grosso de Souza pela companhia nas caminhadas e cafés, mas principalmente, pelo apoio técnico dado à tese deixando-a mais leve e mais bela. Sem dúvida alguma sua contribuição foi essencial, obrigada.

À minha querida amiga Adélia, que, longe do mundo acadêmico, sempre esteve perto nos momentos mais necessários, sou muito grata a você.

Ao meu marido Bernardo, pelos momentos de reflexão que clarearam meus pensamentos e me provocaram. Por me fortalecer para encarar os desafios da vida.

Aos meus filhos Tales e Catarina, que ouviram muito a frase: “Agora a mamãe não pode”, mas que persistiram e me fizeram parar para brincar. Sem essas interrupções a tese não seria a mesma, obrigada de coração.



Se o tempo é a dimensão da mudança, então o espaço é a dimensão do social: da coexistência contemporânea de outros. E isso é ao mesmo tempo um prazer e um desafio.

Doreen Massey



RESUMO

O presente trabalho visa compreender a produção do lugar social por meio das práticas dos fisioterapeutas em seu espaço de trabalho. As práticas tradicionais dos fisioterapeutas têm demonstrado que o exercício profissional está caracterizado por ações fragmentadas e descontextualizadas. Assim, na perspectiva de buscar um entendimento teórico sobre essas questões, a Geografia contribuiu com o entendimento das relações construídas no espaço das práticas. O material empírico utilizado foi 89 entrevistas com fisioterapeutas, dados do I Censo de Fisioterapeutas do Estado de São Paulo e dados do Ministério da Educação sobre a trajetória dos cursos de graduação em Fisioterapia. As análises dessas informações mostraram que o lugar social do fisioterapeuta está fortemente ligado à reabilitação, identificado com o ideário liberal privatista, com as instituições formadoras, predominantemente vinculadas ao ensino privado e concentradas na região sudeste, principalmente no Estado de São Paulo. As entrevistas e os dados analisados sustentam as evidências de uma prática profissional fragmentada e reducionista, resultando em um processo de alienação dos fisioterapeutas. Por outro lado, as mesmas entrevistas também apontam marcas de superação, mostrando tanto as potencialidades quanto os limites para a construção de outro modelo de atuação, evidenciando a disputa de dois modelos de atenção na saúde. O modelo hegemônico, que toma a parte pelo todo e fragmenta o conhecimento e também o corpo e que se identifica com o liberalismo e o entendimento da saúde como uma mercadoria. Nesse caso, a organização dos serviços é baseada na reabilitação, centrada na doença e não no doente, valorizando a especialização, as tecnologias e, portanto, o trabalho morto. O modelo contra-hegemônico por sua vez, não nega a importância do conhecimento técnico, mas valoriza as dimensões sociais e humanas. Partindo de uma visão holística, está centrado na pessoa e busca a integralidade, valorizando a interdisciplinaridade e a intersetorialidade como uma abordagem permanente da atenção no trabalho vivo. Como esse modelo atende os princípios da atenção básica previstos no SUS, ele permite ampliar a prática do fisioterapeuta no rumo de um lugar social mais humano e solidário.

Palavras-chave: Fisioterapia, Geografia da Saúde, Lugar Social.



ABSTRACT

This thesis aims to understand the production of social place through the practice of physical therapists at their work place. The traditional work of physical therapy as exercised by professional tends to be characterized by actions both fragmented and decontextualized. In an effort to explain this situation, geography offers theoretical perspectives useful for understanding how workplaces are constructed. This empirical research used includes 89 interviews with physical therapists, data from the “First São Paulo State Physical Therapists Census” and Brazil’s Ministry of Education studies on the trajectory of undergraduate physical therapy programs. Most of these programs are located in private colleges, that are regionally concentrated in southeast of Brazil, especially the state of São Paulo. The analysis of this information demonstrated that the workplace of the physical therapist is built around rehabilitation services that are tightly linked to the individualist, own private and liberal ideal. On the one hand, the interviews and data sustain the argument that traditional professional practice is fragmented and reductionist, resulting in a process that alienates physical therapists. On the other hand, the same interviews suggest ways of overcoming this problem, indicating new possibilities and delineating an alternative model of professional behavior. Thus, the interviews reveal the existence of a dispute between two models of providing health care services. The hegemonic model takes hold of everything and fragments knowledge and the body. It identifies with the liberalism and treats health care as a ware to be bought or sold. Services are organized around rehabilitation, focused on the illness rather than person, valuing specialization, technologies and routine or “dead work”. The counter-hegemonic model does not reject the importance of technical knowledge, but values the social and human dimensions of the practice. Starting from a holistic vision, it is centered on the person and intersectorality to get integrality, this model values a permanently integrated, interdisciplinary approach to practicing physical therapy. It represents the dynamic “life work”. This model reflects the basic principals that guide SUS and promise to allow the practice of physical therapy to develop a social place that is more communal and humane.

Keywords: Physical Therapy, Geography of Health, Social Place



LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Campo de atuação das instituições que atendem às pessoas com deficiência em de Presidente Prudente/SP.....	39
Quadro 02: Número de fisioterapeutas por estado e por regional com a porcentagem em relação ao Brasil e proporção de 1.000 habitantes por regional.....	61
Quadro 03: Evolução de número de cursos, vagas, ingressantes e concluintes em cursos de graduação em Fisioterapia no Brasil de 1991 a 2004.....	66
Quadro 04: Relação dos 101 países membros da World Confederation Physical Therapy nos cinco continentes com os números de associados por país em 2006.....	76
Quadro 05: Características da prática no modelo hegemônico e no modelo contra-hegemônico.....	89
Quadro 06: Características da formação profissional no modelo hegemônico e no modelo contra-hegemônico.....	99
Quadro 07: Tipo de instituição onde trabalham os fisioterapeutas do Estado de São Paulo.....	102
Quadro 08: Número de empregos no setor saúde por região e esfera administrativa no ano de 2002.....	104
Quadro 09: Renda bruta individual dos fisioterapeutas do Estado de São Paulo.....	109
Quadro 10: Síntese das características das práticas em saúde, críticas recorrentes e proposições apontadas na revisão de literatura sobre modelos de atenção e práticas em saúde.....	121



LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Evolução do número de cursos de Fisioterapia de 1991 a 2005.....	64
Gráfico 02: Número de vagas, ingressantes e concluintes do curso de Fisioterapia no período de 1991 a 2004.....	65
Gráfico 03: Número de cursos de Fisioterapia, por região, nos anos de 1991 a 2004 com o percentual de crescimento no período.....	67
Gráfico 04: Número de cursos de Fisioterapia em instituições públicas e privadas em 2004 e o crescimento dessas instituições no período entre 1991 e 2004.....	68
Gráfico 05: Indicador preliminar dos cursos de graduação em Fisioterapia Enade/2008, proporção por nota de 1 a 5.....	70
Gráfico 06: Porcentagem de países membros da WCPT por continente.....	75
Gráfico 07: Número de fisioterapeutas membros da WCPT por continente.....	77
Gráfico 08: Tipo de instituição onde trabalham os fisioterapeutas do Estado de São Paulo.....	103
Gráfico 09: Pirâmide sobre a renda individual dos fisioterapeutas do Estado de São Paulo.....	109



LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Instituto Nacional de Reabilitação.....	54
Figura 02: Ano de criação dos Crefitos nos estados.....	58
Figura 03: Estados que compõem as 12 regionais dos Crefitos.....	59
Figura 04: Organograma com a proporção dos fisioterapeutas por regional.....	62
Figura 05: Modelo de atuação profissional do fisioterapeuta: modelo hegemônico e modelo contra-hegemônico.....	119



SUMÁRIO

Capítulo 01

 1- Apresentando um pouco desta trajetória	015
1.1 O percurso da pesquisadora	016
1.2 Da Fisioterapia à Geografia	027
1.3 O objeto da pesquisa	034
1.4 O caminho trilhado	037

Capítulo 02

 2- A Fisioterapia no contexto brasileiro e mundial	050
2.1 A Fisioterapia no contexto brasileiro	051
2.2 A Fisioterapia no contexto mundial	074

Capítulo 03

 3- O lugar social do fisioterapeuta	080
3.1 Revendo nossas práticas	081
3.2 Revendo nossa formação	096
3.3 O lugar social do fisioterapeuta: que lugar é esse?	101

Capítulo 04

 4- Por uma fisioterapia crítico-social	115
4.1 Dois modelos em disputa	116
4.2 Que lugar queremos?	127

Capítulo 05

 5- Considerações finais	137
 Referências	142
 Anexos	148





*Apresentando um
pouco desta trajetória*



1 - Apresentando um pouco desta trajetória

1.1 O percurso da pesquisadora

(...) tentei não apenas descrever a minha experiência passada: tentei deixar que essa experiência falasse de si, tentei pensá-la, buscando identificar a ideologia que a informava, em cada momento passado (SOARES, 1991, p.15).

Ingressei na vida universitária em 1989, cursando a graduação em Fisioterapia na Faculdade de Ciências e Tecnologia de Presidente Prudente, São Paulo. Fiz parte da primeira turma que prestou vestibular pela UNESP, pois anteriormente os cursos de Fisioterapia e de Educação Física estavam vinculados a uma Fundação Municipal, tendo sido encampados pela UNESP no ano de 1988.

Era agora estudante de uma Universidade Pública, tinha conquistado algo de extrema importância na minha vida. Entretanto, não demorou para eu perceber que aquele espaço, em algumas situações, não se diferenciava muito da Fundação que estudei Letras por um ano em Campo Mourão, Paraná, que também não se diferenciava muito do meu segundo grau (magistério). Exceto pela complexidade dos temas abordados, as aulas, as provas, a relação com o conhecimento, pareciam muito com as experiências escolares por mim vivenciadas até o momento: aulas expositivas, muita informação, xerox e “decoreba” para as provas.

Essas características só vinham confirmar o papel do vestibular enquanto instrumento de controle da oferta de vagas para a manutenção das hierarquias sociais. As dificuldades por mim vivenciadas para a conquista de uma vaga na Universidade Pública fizeram-me acreditar na necessidade de características



especiais para se fazer um curso universitário. Naquele momento, percebia que as minhas dificuldades eram apenas financeiras e a diferença entre aqueles que estão na Universidade e aqueles que não puderam frequentá-la está muito mais nas condições econômicas e sociais que nas capacidades intelectuais.

Agora era preciso criar condições para me manter na Universidade. Logo no início consegui vaga na moradia estudantil e, conseqüentemente, comecei a participar do movimento de moradia estudantil, que lutava para conseguir a construção da moradia no próprio campus. O movimento de moradia levou-me ao movimento estudantil e ainda no primeiro ano do curso de Fisioterapia já era vice-presidente do Diretório Acadêmico, representante de sala e membro do Conselho do Curso de Fisioterapia.

Foi nesse espaço rico da minha vida estudantil que realizei grandes mudanças na forma de entender o mundo: "Arranca-se o que um dia se plantou, planta-se outra coisa, mas não se lança fora o que se arrancou" (Soares, 1991, p. 35). As atividades na Universidade mostraram-me que somos seres eminentemente políticos, não podemos nos esquivar disso. Considero que o espaço de discussão e reflexão criado dentro do movimento de moradia foi extremamente importante para o meu crescimento pessoal.

Também dentro da Fisioterapia os caminhos iam sendo construídos, sempre participando das discussões no curso e nas representações discentes em órgãos colegiados. Mas, ao mesmo tempo, participando de pesquisas e projetos em outros departamentos, como o Departamento de Geografia. Foram por meio dessas experiências que despertei para estudos que permitissem a reflexão sobre o ensino, a formação e a atuação profissional na Fisioterapia.



Com o intuito de aprender a fazer pesquisa, mas também necessitando buscar formas de contribuir com o meu sustento, fui buscar informações sobre como solicitar bolsa de Iniciação Científica no CNPq. Descobri que não seria possível no Departamento de Fisioterapia, pois o docente necessitava ter no mínimo a titulação de doutor, o que ainda não se observava no início da década de 1990.

Tendo em vista que eu cursava algumas disciplinas na Pedagogia tive a oportunidade de conhecer duas professoras do Departamento de Educação que me apoiaram nessa empreitada: a Profa. Ms. Luiza Helena da Silva Cristov e a Profa. Dra. Josefa A. Gonçalves Grígoli. Foi assim que surgiu o projeto de Iniciação Científica intitulado: "Os Estágios Supervisionados do Curso de Fisioterapia: uma reflexão". Esse estudo, que foi o primeiro projeto de pesquisa do curso de Fisioterapia com apoio do CNPq, foi desenvolvido em um ano e meio, tornando-se meu trabalho de conclusão de curso.

O estudo permitiu apresentar uma discussão sobre a importância dos estágios supervisionados no processo de formação do fisioterapeuta, tendo como referência depoimentos e opiniões de supervisores e estagiários acerca das condições de ensino criadas nos estágios supervisionados do curso de Fisioterapia da FCT/UNESP de Presidente Prudente.

As experiências da pesquisa científica, bem como o compromisso com o movimento estudantil e a minha participação nos órgãos colegiados foram fazendo-me perceber que a Universidade também tem de ser feita por nós; não é só esperar dela, como pensava no início. Existem espaços e oportunidades para que nossa passagem pela Universidade não se dê somente por seus bancos, e estava aí a sua grande diferença. Em muitos momentos, a opção quem faz somos nós.



As leituras e reflexões oriundas da pesquisa supracitada, os debates com as orientadoras, com a colega Maria Antônia de Souza, que cursava Geografia e pesquisava na área de Educação, também as conversas com o Prof. Bernardo Mançano Fernandes, com quem me casei no segundo ano de graduação, associadas com outras experiências acadêmicas que tive a oportunidade de participar, despertaram em mim uma identificação com a pesquisa e reacenderam o desejo de exercer a docência.

Foi dessa forma que me vi caminhando para o Mestrado com intuito de fazer uma discussão sobre o papel de educador exercido na prática profissional do fisioterapeuta. Procurei a Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos devido ao interesse de estudo e também porque não queria me distanciar da Fisioterapia e a área de Educação Especial me permitia essa condição.

No ano de 1993 não consegui a vaga no mestrado, mas fiquei como segunda suplente e o Programa convida os suplentes a cursarem disciplinas como alunos especiais. Quando fui realizar minha matrícula como aluna especial vi a divulgação de um processo de seleção para uma Bolsa de Aperfeiçoamento do CNPq junto ao grupo de pesquisa NIPE (Núcleo Interdepartamental de Pesquisa e Ensino). Particpei da seleção, fui contemplada com a bolsa e fui morar em São Carlos.

Foi assim que conheci a Profa. Dra. Sylvia Panico, com quem aprendi muitas coisas da vida e da pesquisa, mas, principalmente, foi quem me introduziu na investigação sobre o desenvolvimento motor de bebês.

No ano de 1994 passei novamente pelo processo de seleção e conquistei a vaga no Mestrado. A minha orientadora foi a Profa. Dra. Maria Benedita Lima Pardo



(Benê), e foi com o seu auxílio que defendi o mestrado em setembro de 1996. Tendo como tema a atuação profissional do fisioterapeuta a dissertação tem o título: “Análise da Prática Profissional de Fisioterapeutas: implicações para um enfoque educativo no atendimento ao cliente”.

O estudo foi realizado com a preocupação de contribuir para a reflexão sobre a atuação profissional do fisioterapeuta, tema que não tem sido objeto freqüente de investigação. Naquele momento já observava que a prática profissional apontava questões merecedoras de investigações sistematizadas, como por exemplo, o direcionamento para uma atuação essencialmente técnica, aspecto do trabalho que será retomado nesta tese de doutorado.

Assim, a pesquisa desenvolvida no mestrado teve por objetivo investigar aspectos da prática profissional de fisioterapeutas, procurando identificar possíveis ênfases (técnica x educativa) no seu modo de atuar. O estudo foi dividido em duas etapas. Na primeira, foi realizada uma identificação dos fisioterapeutas que estavam atuando na cidade de Presidente Prudente no período de junho a agosto de 1995. Na segunda parte, realizou-se a caracterização de aspectos da prática profissional de fisioterapeutas por meio de entrevistas com seis profissionais selecionados de acordo com as áreas de atuação mais freqüentes identificadas na primeira etapa.

Por fim, os resultados da pesquisa apontaram que a ênfase educativa tem se apresentado mais constantemente na prática de profissionais que atendem a uma população de nível socioeconômico mais elevado, geralmente em consultórios e clínicas particulares. Os depoimentos de profissionais que atendem à população proveniente de convênios privados e do Sistema Único de Saúde (SUS) revelaram



que a necessidade de atender a uma grande demanda e a falta de autonomia profissional têm direcionado suas práticas para ações essencialmente técnicas.

Os resultados mostraram que, além da opção pessoal, para se colocar em prática uma postura educativa, o profissional fisioterapeuta necessita de condições de trabalho favoráveis. Ressaltou-se a necessidade de proceder a discussões que orientem os profissionais no enfrentamento e superação dessas dificuldades e a necessidade de ampliar essa discussão junto a outros profissionais da saúde, estimulando a atuação em equipe.

Antes mesmo de concluir minha dissertação tive a oportunidade de trabalhar como docente no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Em um contrato como professora substituta vivi a minha primeira experiência como docente no Ensino Superior. Esse período (1996 e 1997) foi de grande aprendizado profissional e de desafios pessoais frente à distância dos amigos e da família. Os desafios foram superados diante da perspectiva de enriquecer o currículo frente a uma possível vaga para concurso no Departamento de Fisioterapia da UNESP de Presidente Prudente.

O concurso foi aberto no fim do ano de 1997, quando passei a ser docente do Departamento de Fisioterapia da FCT/UNESP. Para mim uma nova conquista, um sonho realizado e uma nova fase da vida que se iniciava. A vaga para o concurso foi na área da Fisioterapia em Neurologia, assim passei a exercer supervisão de estágio no Setor de Neurologia.

Em 1998, com apoio financeiro da reitoria, realizei um curso de especialização no “Conceito Bobath: Curso de Tratamento Neuroevolutivo”, que é um dos métodos mais utilizados na prática clínica em fisioterapia neurológica.



As atividades no setor de neurologia, somadas à experiência que tive em São Carlos com a Profa. Dra. Sylvia Panico sobre desenvolvimento de bebês e com o incentivo da fisioterapeuta Elly Kloger, motivaram-me a organizar um Projeto de Extensão Universitária com o objetivo de avaliar e acompanhar o desenvolvimento motor de bebês de risco. Com ele foi possível estabelecer uma interface entre o ensino, a pesquisa e a extensão, envolvendo alunos com projetos de monografia (trabalhos de conclusão de curso), estágios não-obrigatórios, bolsas de extensão e pesquisas docentes relacionadas com planos acadêmicos do Departamento de Fisioterapia.

O projeto foi implantado em 1998 e interrompido em 2003 quando me afastei em licença-maternidade. Na ocasião havia também uma proposta da Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Prudente para implantar um Ambulatório de Alto Risco na rede básica, formando uma equipe multiprofissional, e eu havia sido convidada para integrar essa equipe realizando o acompanhamento motor das crianças. Com essa perspectiva e frente às dificuldades para se avaliar bebês no espaço físico do antigo Ambulatório de Fisioterapia, considerei interessante transferir o projeto para um espaço do município, na rede básica e com a proposta de um trabalho em equipe. Por fim, essa proposta ficou na promessa e até hoje não foi implementada e eu acabei redirecionando meu objeto de pesquisa quando fui convidada a participar do Grupo de Pesquisa CEMESPP – Centro de Estudos e Mapeamento da Exclusão Social para Políticas Públicas.

O CEMESPP, originalmente chamado de SIMESPP (Sistema de Informação e Mapeamento da Exclusão Social para Políticas Públicas), é um grupo interdepartamental da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual



Paulista – UNESP. Os estudos produzidos no grupo permitem uma interface entre a Geografia, a Saúde, o Planejamento Urbano e a Educação.

Sua origem teve como ponto de partida a produção de um Mapa da Inclusão/Exclusão Social da Cidade de Presidente Prudente, em 1997. Esta experiência subsidiou a formulação de diferentes políticas sociais por parte do poder público local e fomentou a consolidação desse grupo de pesquisa.

Em 1999, quando obteve aprovação e financiamento do projeto intitulado "Sistema de informação para a tomada de decisão municipal", no âmbito do programa de Políticas Públicas da FAPESP, o grupo constituiu-se formalmente, passando a agregar docentes dos Departamentos de Geografia, Fisioterapia, Educação, Estatística e Planejamento da FCT/UNESP e alunos de graduação e pós-graduação.

Na área da saúde os estudos do CEMESPP têm se direcionado para o trabalho com indicadores interdisciplinares e multidimensionais. Vários trabalhos foram realizados no grupo, voltados ao diagnóstico situacional, tendo como tema a pessoa com deficiência; estudos sobre o Programa de Saúde da Família; análise de alguns dados epidemiológicos e condições de saúde, mortalidade infantil, nascimento de baixo-peso; todos visando a sustentar o planejamento de ações em políticas públicas.

Foi a experiência no CEMESPP que oportunizou o exercício de olhar para a saúde na perspectiva de uma visão multidimensional e interdisciplinar e tendo como foco a qualidade de vida e a promoção da saúde, criamos o Laboratório de Avaliação e Qualidade de Vida do CEMESPP, localizado no prédio do Departamento de Fisioterapia, formado pelos membros com interesses na área da saúde. O laboratório



tem centrado esforços na perspectiva de desenvolver um Sistema de Informação Georreferenciado com aplicativos para gerar informações sobre pessoas com deficiência, afim de fornecer subsídios para o diagnóstico, o monitoramento, o planejamento e a avaliação das ações. Tais esforços estão sendo aplicados no desenvolvimento do projeto de pesquisa “Circuitos da exclusão social e da pobreza urbana em Álvares Machado e Rancharia”, aprovado no Programa de Políticas Públicas da FAPESP, em novembro de 2006 e em andamento.

Desse trabalho em grupo é que surge a possibilidade, hoje viabilizada, de realizar o doutorado na Geografia. Em agosto de 2004 passei a frequentar o Programa de Pós Graduação em Geografia, área de concentração “Produção do Espaço Geográfico”, na linha de pesquisa “Produção do Espaço Urbano”, com enfoque na Geografia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. Raul Borges Guimarães.

As atividades da Pós-Graduação, os eventos, os trabalhos de campo, mas principalmente, as disciplinas cursadas permitiram a análise e discussão dos principais conceitos e categorias geográficas. Ao cursar as disciplinas foi natural o exercício de reflexão sobre a interface entre a saúde e a geografia, e duas delas quero destacar.

A disciplina de *“Urbanização e Produção da Cidade”* estimulou as primeiras idéias sobre as barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência no seu cotidiano, relacionando a produção e reprodução dessas barreiras com as formas de produção da própria cidade, as desigualdades e identidades socioespaciais e com os agentes de reprodução territorial. Enfim, as reflexões elaboradas nessa disciplina



foram incorporadas a um artigo publicado na revista HYGEIA – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde (Almeida, 2006).

O artigo traz para o debate alguns fatores que favorecem o processo de isolamento da pessoa com deficiência e a falta de convívio da sociedade com essas diferenças. Considerando que o urbano se reconstrói e se redesenha a partir da intensificação da circulação das pessoas e esta circulação é pouco acessível às pessoas com deficiências, o movimento de reconstrução do urbano a partir da circulação das pessoas com deficiência é quase inexistente. Dessa forma, o urbano que se redesenha não o faz considerando as necessidades do indivíduo com deficiência, pois são diversas as forças que se atraem e se repelem na reconstrução da cidade e a sua apropriação nem sempre atende a todos (Sposito, 2001). Enfim, o artigo apresenta o caráter ambíguo da cidade que ao mesmo tempo agrega e segrega seus habitantes, sendo desse movimento constante que “(...) emerge a produção da cidade e os lugares vão sendo (re)organizados, construídos ou (re)construídos para abrigar diferentes pessoas, diferentes interesses e diferentes valores” (Resende, 2004, p. 14). É esse mesmo movimento de organização, construção e reconstrução dos lugares que estará em debate nesta tese na discussão do lugar social do fisioterapeuta.

A disciplina “Espaço Urbano: memória e imaginário social” permitiu relacionar o processo de urbanização com a expressão simbólica do urbano, da memória urbana e perceber relações entre a representação social dos atores sociais e a reconstrução do urbano. Além disso, grande debate foi provocado no grupo com a discussão sobre a crise das cidades e as respostas a essa crise apresentadas nas propostas das cidades saudáveis, cidades sustentáveis e cidades educadoras. Nas



três propostas observa-se um olhar diferenciado para a saúde das pessoas, numa visão mais integral do ser humano, preocupados com a qualidade de vida através de ações intersetoriais e integradas, ressaltando a necessidade de compreender a totalidade como resultado da materialidade (base física, equipamentos, processos de trabalho) e, ao mesmo tempo, a carga de valores que também está presente (respeito pelo outro, solidariedade, justiça social), caracterizando a dimensão simbólica.

Tais aspectos estão presentes nesta tese. Primeiro, porque a prática fisioterapêutica não é somente técnica, mas um construto social. Ao mesmo tempo, ela ocorre num dado ambiente físico com a infra-estrutura necessária para gerar o trabalho, impregnado de histórias, sentimentos, sensações percebidas pela sensibilidade das pessoas em interação, que vão caracterizando o lugar social da Fisioterapia.

Enfim, este é o meu atual desafio acadêmico que está agora sendo finalizado...

(...) ao longo de nossa vida, precisei de falar do falado, do dito e do não dito, do ouvido, do escutado. Falar do dito não é apenas re-dizer o dito mas reviver o vivido que gerou o dizer que agora, no tempo do redizer, de novo se diz. Redizer, falar do dito, por isso envolve ouvir novamente o dito pelo outro sobre ou por causa do nosso dizer (FREIRE, 1992, p. 17).



1.2 Da Fisioterapia à Geografia

A experiência de participação no CEMESPP despertou o desafio de analisar as condições de saúde considerando referenciais geográficos, e hoje nos parece ser fundamental esse raciocínio para o entendimento e explicação de problemas de saúde, principalmente quando realizamos um recorte territorial e analisamos uma determinada área (um país, um estado, uma cidade, um setor censitário).

Desta forma, o estudo do pensamento geográfico proporcionou uma primeira reflexão acerca do conceito de território. De acordo com Haesbaert (2004) uma enorme polissemia acompanha a concepção de território, dependendo do autor que a discute e da sua área. Na Geografia há uma tendência em enfatizar a materialidade do território, em suas múltiplas dimensões; na Ciência Política há um foco nas relações de poder; na Economia há uma tendência em privilegiar a noção de espaço em detrimento de território; na Antropologia há ênfase na dimensão simbólica do espaço; na Sociologia há um enfoque do território a partir de sua intervenção nas relações sociais; por fim, na Psicologia o olhar para o território incorpora a construção da subjetividade ou da identidade pessoal.

Ainda para Haesbaert (2004), a análise do território deve considerar as múltiplas relações de poder presentes neste espaço, do poder mais material das relações econômicas (o território como produto da divisão territorial do trabalho) e políticas (o território visto como um espaço delimitado e controlado) ao poder mais simbólico das relações de ordem mais cultural (o território como produto da



apropriação/valorização simbólica) de um grupo em relação ao seu espaço vivido.

Assim,

(...) fica evidente nesse ponto a necessidade de uma visão de território a partir da concepção de espaço como um híbrido – híbrido entre sociedade e natureza, entre política, economia e cultura, e entre materialidade e “idealidade”, numa complexa interação tempo-espaço, como nos induzem a pensar geógrafos como Jean Gottman e Milton Santos, na indissociação entre movimento e (relativa) estabilidade (HAESBAERT, 2004, p. 79).

Pela capacidade de ampliação dos domínios de conhecimento e análise do território mais contextualizada essa aproximação tem despertado interesse crescente na área da saúde. Um dos fatores que tem favorecido esse interesse é o reconhecimento da multidimensionalidade das condições de vida e dos graus de exposição a riscos como renda, situação de trabalho, possibilidades de acesso a direitos, infra-estrutura e serviços públicos, exposição à violência, a doenças e a riscos ambientais. Todas essas características devem ser consideradas pelos profissionais da saúde para uma melhor compreensão do processo saúde-doença que envolve um indivíduo ou uma coletividade.

Os hábitos e comportamentos enquanto fatores causais ou protetores para doenças ou danos à saúde são facilmente identificáveis no espaço social, por exemplo o fumo, a alimentação, a má postura, o sedentarismo. Esses fatores comportamentais e os ambientais, acima citados, circulam de forma diferenciada em grupos populacionais, subordinados à forma como o espaço está organizado; portanto, um espaço relacional, caracterizado por ser um lugar de construção das



relações entre as pessoas e da criação de subjetividades (Czeresnia e Ribeiro, 2000).

Por causa disso que, para Barcellos e Monken (2007), é preciso ter claro que ao fazer um diagnóstico de condição de vida e situação de saúde, os elementos que compõem a reprodução da vida social nos diversos lugares não podem ser tratados como conteúdos desarticulados do território analisado, apenas descritos como conteúdos do território como se esse fosse um receptáculo. Por isso,

(...) uma proposta de práticas de saúde baseada no território deve considerar os sistemas de objetos naturais e construídos pela sociedade, identificar os diversos tipos de ações no território, como são percebidos pela população, e até que ponto as regras de utilização dos recursos do território e da população promovem determinados hábitos, comportamentos e problemas de saúde, cujas características são passíveis de identificação (BARCELLOS; MONKEN, 2007, p. 221).

Para os autores, na atuação junto a grandes grupos populacionais é necessário o reconhecimento e a valorização dos seus contextos de vida, das formas de apropriação do espaço feitas pela população; portanto, necessário se faz conhecer seus processos de territorialização, identificando as singularidades de sua vida social, seus problemas e necessidades de saúde. Esse exercício só é possível quando se observam os usos e as diferentes formas de apropriação do território, bem como as suas implicações para a saúde coletiva.

Essa abordagem apropria-se do conceito de território desenvolvido por Milton Santos. Em suas obras mais antigas, como em *Por uma Geografia Nova* (1978), a



preocupação ao discutir a produção social do espaço era a de analisar a formação do território numa perspectiva da longa duração. Então, o território era analisado na escala da nação e da formação socioespacial. Com o amadurecimento do seu pensamento e diante da necessidade de pensar as mudanças técnico-científicas e informacionais em curso, apresentadas no livro *Técnica, Espaço e Tempo* (1994), o conceito ganhou outra dimensão, quando o sujeito deixa de ser aquele sujeito da História Social para se situar enquanto sujeito social da ação transformadora do território, apresentado no livro *Natureza do Espaço* (1996). Assim, o conceito de território passa a ser entendido por ele como

(...) o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência. A Geografia passa a ser aquela disciplina mais capaz de mostrar os dramas do mundo, da nação, do lugar (SANTOS, 2002, p. 09).

Como se vê, torna-se tênue a fronteira entre o conceito de território e de lugar. Mais do que isso, a análise da produção do lugar reforça a compreensão do território. Estudar esse processo à luz da análise geográfica, como será demonstrado a seguir, possibilita a ampliação da atuação fisioterapêutica, pois se a doença pode ser considerada como manifestação do indivíduo, a situação de saúde deve ser vista como uma manifestação do lugar, expresso aqui como uma construção socioespacial, conceito-chave na metodologia geográfica (Barcellos et. al., 2002).

Por sua vez, os novos conceitos em debate na saúde trouxeram desafios para a pesquisa e o principal deles é um novo entendimento da saúde e do modo de



organização do trabalho na saúde. No momento atual, a reflexão sobre as práticas de prevenção e o saber que as fundamenta têm se estruturado em torno do movimento de Promoção da Saúde.

Também a Vigilância em Saúde tornou-se um referencial para o processo de mudança do modelo de atenção, em que propõe articular os vários níveis de prevenção, enfatizando políticas públicas saudáveis, ações em defesa da saúde e melhorias das condições de vida. A idéia principal da Vigilância é articular o *'enfoque populacional'* (promoção), com o *'enfoque de risco'* (prevenção) e o *'enfoque clínico'* (assistência), criando uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que atendam às necessidades da população (Teixeira, 2003).

Novamente, observa-se que a discussão sobre o conceito de promoção e vigilância à saúde enquanto um elemento multidimensional e interdisciplinar aproxima a saúde da Geografia e, portanto, a Fisioterapia da Geografia, desafiando-nos a pensar o indivíduo de uma maneira social e relacional. Os Sistemas de Informação Geográfica (SIGs) facilitam essas relações ao proporcionar associações de indicadores sociais distribuídos espacialmente.

O emprego de técnicas de georreferenciamento, geoprocessamento dos dados e informações muito tem contribuído para o entendimento do espaço enquanto categoria de análise. Por exemplo, ao mapear indicadores de condições econômicas, educacionais, ambientais, demográficas e de saúde tem-se maiores condições de identificar as desigualdades como parte do espaço produzido socialmente. Desse modo, observa-se que ao contextualizar as informações ampliam-se as possibilidades de entendimento da realidade porque rompe com a busca de nexos causais para compreender o espaço relacional, estabelecendo um entendimento



mais amplo dos determinantes globais da saúde. Sobre essa questão Milton Santos nos alerta que

(...) somente através do movimento do conjunto, isto é, do todo, ou do contexto, é que podemos corretamente valorizar cada parte e analisá-la, para, em seguida, reconhecer concretamente esse todo (SANTOS, 1988, p. 11).

Essa perspectiva de investigação é importante na ampliação do campo da Fisioterapia, redimensionando a nossa atuação profissional ao considerar as condições sociais do paciente e contribuir para o delineamento de um tratamento mais contextualizado. Assim, o fisioterapeuta tem a possibilidade de avançar o olhar para além da condição clínica do paciente e considerar o processo de recuperação da saúde do paciente como um produto construído socialmente. Como diria Milton Santos (1996), não se pode separar os sistemas, os objetos e as ações, pois estes se completam no movimento da vida, em que as relações sociais produzem espaços e estes, por sua vez, produzem relações. É aí que a questão do lugar se impõe não como uma externalidade, mas como uma dimensão intrínseca do sujeito social, como bem analisou Armando Corrêa da Silva e Doreen Massey, dentre outros.

Ambos expressam idéias muito parecidas. Para Armando Corrêa da Silva, baseando-se em Harvey, o lugar tem uma existência objetiva e material (espaço absoluto), mas não se explica sem considerar as características relacionais do mesmo lugar, “que contém e representa dentro de si relações com outros objetos” (Silva, 1986: p. 39). Massey teve um papel importante na mudança de compreensão do conceito de lugar desde a publicação do seu livro *Space, Place and Gender*,



(1994). Recentemente, teve o livro *Pelo Espaço* (2008) traduzido e publicado no Brasil. Nesta obra, que tem como foco a discussão do espaço, ela demonstra uma preocupação em como se pratica o sentido de lugar. Para ela,

(...) se o espaço é, sem dúvida, uma simultaneidade de estórias-até-então, lugares são, portanto, coleções dessas estórias, articulações dentro das mais amplas geometrias do poder do espaço. Seu caráter será um produto dessas interseções, dentro desse cenário amplo, e aquilo que delas é feito. Mas também dos não-encontros, das desconexões, das relações não estabelecidas, das exclusões. Tudo isso contribui para a especificidade do lugar (MASSEY, 2008, p. 190).

Assim, Doreen Massey reforça a idéia de que os lugares não são pontos ou áreas nos mapas, mas a integração de espaço e tempo, com enormes diferenças de temporalidade de trajetórias heterogêneas que aparecem juntas no lugar, como um tecer de estórias em processo.

Assim sendo, para a presente tese, será considerada tanto a relação do lugar com a disputa de território no campo da saúde quanto as diversas dimensões do lugar social do fisioterapeuta. Há uma dimensão objetiva (espaço absoluto) no *lócus* da prática profissional, assim como uma dimensão relativa e relacional. O espaço relativo é formado pela localização da prática do fisioterapeuta na rede de serviços de saúde. Porém, o lugar social do fisioterapeuta somente se completa na identificação das relações sociais contidas em seu processo de trabalho.



1.3 O objeto da pesquisa

O objeto de estudo do presente trabalho é o lugar social do fisioterapeuta produzido por suas práticas no espaço de trabalho. Conforme irei argumentar adiante, as práticas tradicionais dos fisioterapeutas resultam em ações fragmentadas e distantes do conceito de integralidade na saúde. Essa característica mostra que o modelo hegemônico favorece a alienação, fazendo do seu exercício profissional a reunião de ações isoladas e descontextualizadas. Por outro lado, contraditoriamente, os pacientes ao apresentarem suas demandas solicitam do profissional uma postura mais global, o que exige a superação da condição acima com ações potencialmente integradoras.

Com minha atuação junto a pessoas com seqüelas neurológicas é fácil perceber que a nossa prática profissional na fisioterapia, que é essencialmente reabilitadora, tem sido direcionada para as modificações nos indivíduos atendidos, utilizando-se de técnicas que os auxiliem a tornarem-se menos limitados em seus movimentos, menos dependentes de ajuda física de terceiros; portanto, mais próximos daquilo que acreditamos ser a “normalidade”. Por exemplo: melhorar a amplitude articular; treinar a marcha; treinar as atividades de vida diária, como alimentação, vestuário, higiene, cuidados pessoais e outras. Mas aqui existe uma contradição, se há uma preocupação em habilitar motoramente a pessoa, favorecendo sua maior independência, é preciso saber e ver se ela está ou não mais independente no seu dia-a-dia. Os fisioterapeutas, e mesmo outros profissionais da saúde, ainda não têm dedicado a atenção devida a essas questões, como se o



cotidiano dos pacientes não interferisse na sua reabilitação, na sua saúde, na sua qualidade de vida (Almeida, 2006).

Aqui cabe observar o quanto essa postura afasta-se da visão de integralidade das ações em saúde e se identifica com o modelo da doença, que supervalorizando os conhecimentos das funções biológicas dos indivíduos, promove a divisão do corpo nos seus aspectos anatômicos e fisiológicos, fazendo dessa prática a maneira científica de conhecer o normal e o patológico.

Esse excesso de valorização do biológico distancia-se dos modelos explicativos para a saúde que lançam mão de conhecimentos das ciências sociais e do comportamento que se destinam à compreensão do homem na sociedade (Pinheiro, 2006), como faz a Geografia. É por isso que não basta o paciente realizar bem um determinado movimento na clínica, onde ele está bem amparado por auxílios técnicos e humanos. O terapeuta precisa certificar-se de que esse movimento é aplicado no cotidiano, de que o paciente tem usado os movimentos aprendidos na fisioterapia para melhorar sua independência, para ampliar suas atividades de vida diárias (AVDs). Para conseguir enxergar isso o terapeuta precisa aproximar-se do contexto onde o paciente está inserido.

Foi esse excesso de valor ao biológico que fez com que o fisioterapeuta caminhasse para a definição de uma forma de atuar com uma lógica exclusivista do atendimento individual, da valorização excessiva da doença, associando a profissão com a reabilitação, além da tendência em desenvolver práticas isoladas e distantes de interlocuções com outros profissionais da saúde e da própria comunidade de onde origina o usuário do serviço.



No campo da reabilitação a fisioterapia permaneceu voltada, principalmente, para as dificuldades motoras. Na minha experiência profissional e no decorrer da pesquisa, observei poucas ações direcionadas para interferir nas dificuldades que decorrem, por exemplo, da falta de transporte adequado, ou de portas suficientemente largas para o trânsito de cadeira de rodas, rampas, calçadas conservadas e com guias rebaixadas, de instalações sanitárias adaptadas, das dificuldades de acesso ao espaço da escola, ao lazer ou trabalho, e até mesmo, no caso da realidade brasileira, da exclusão social e da pobreza (Almeida, 2006). Os fisioterapeutas tendem a não considerar essas questões como parte do seu objeto de trabalho.

Essas são dificuldades reais que surgem na relação da pessoa com deficiência com seu espaço vivido, limitando suas relações sociais. Mas o que tem a Fisioterapia com isso? Em que medida o fisioterapeuta a partir do seu lugar social consegue compreender e contribuir com a transformação do espaço social?

Ao tentar responder essa questão, outras surgem: na minha experiência prática no dia-a-dia do Ambulatório de Fisioterapia da UNESP – Centro de Estudos e Atendimento em Fisioterapia e Reabilitação – observo uma série de dificuldades para desenvolver um serviço de reabilitação de qualidade: falta de transporte público adequado para pacientes e que atenda a demanda; ausência de equipe multiprofissional; impossibilidade de encaminhar para outras especialidades por ausência dos serviços ou porque os existentes não dão conta da demanda; falta de recursos para adequação de adaptações e órteses e próteses quando necessárias, tanto para o paciente como para o ambiente residencial; oportunidades restritas de



socialização e/ou inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho, na escola, na sociedade. Estes são alguns dos exemplos.

Se a visão multidimensional da saúde estivesse mais presente nas ações dos profissionais dessa área poderíamos observar uma maior influência desses profissionais no debate e na implantação de políticas públicas que fossem ao encontro da superação dessas dificuldades. Mas não é o que verifico. Os profissionais da saúde tendem a acreditar que os problemas de saúde se resolvem por meio somente do setor saúde, e isso limita a ampliação de seu campo de participação e intervenção e tem reforçado a manutenção do modelo hegemônico em saúde.

Assim, na perspectiva de buscar um entendimento teórico sobre as questões acima apontadas, a Geografia apresentou-se como um dos caminhos possíveis para dar suporte ao entendimento das relações construídas no espaço das práticas profissionais do fisioterapeuta. A Geografia tem como objeto o espaço e considera em suas análises as relações sociais que constroem esse espaço. Portanto, tem a contribuir com o processo de análise do lugar social da Fisioterapia construído e consolidado nesses 39 anos de reconhecimento da profissão expressos em relações de conflito e poder, como discutiremos à frente.

1.4 O caminho trilhado

Tendo o foco no objeto de estudo dessa pesquisa – o lugar social do fisioterapeuta produzido por suas práticas no espaço de trabalho – o desafio inicial foi definir a maneira de compreender esse lugar.



Considerando a forte relação da origem da Fisioterapia com a reabilitação, minha primeira direção foi buscar as instituições que atendem pessoas com deficiência na cidade de Presidente Prudente, pois nela a reabilitação estaria bem caracterizada. Definido esse caminho, identifiquei todas as instituições na cidade de Presidente Prudente que atendiam pessoas com deficiência. Após essa identificação, realizei várias atividades: visitei todas as instituições que atendem pessoas com deficiência na cidade de Presidente Prudente (SP); fiz um estudo com a caracterização de cada instituição; mapeei as instituições na base digital de Presidente Prudente (**Anexo 1**); entrevistei dois fisioterapeutas e três pacientes atendidos nessas instituições. A seguir passo a relatar esse primeiro caminho tomado.

Foram identificadas nove instituições que faziam o atendimento direto às pessoas com deficiência na cidade de Presidente Prudente no ano de 2006, que são: APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais; Lúmen Et Fides - Associação de Desenvolvimento de Crianças Limitadas; Núcleo Ttere de Trabalho-Realização; Associação de Peregrinação do Rosário; Ação Familiar do Brasil; Grupo União - Núcleo Ambiental de Pessoas Portadoras de Deficiência; Associação Filantrópica dos Cegos; Secretaria Municipal de Educação; Divisão Regional de Educação.

Visitei cada uma das instituições para conhecer quais serviços eram ofertados e quais os profissionais faziam parte da equipe, a fim de identificar onde havia fisioterapeutas atuando. Dentre as nove instituições citadas cinco delas tinham fisioterapeuta no seu quadro funcional: a APAE, Lúmen, Associação do Rosário, Grupo União e Associação dos Cegos.



Sobre as características das instituições no que se refere ao campo das práticas sociais, foi possível identificar quatro campos de ação: educacional, terapêutico, profissionalizante e assistencial. Desse modo, classifiquei as nove instituições de acordo com o seu campo de atuação, algumas atendem a dois campos ou mais, entretanto sempre há um principal relacionado com sua origem, com seu objetivo primordial. No **Quadro 01** observa-se a classificação das nove instituições.

Quadro 01: Campo de atuação das instituições que atendem as pessoas com deficiência em Presidente Prudente/SP.

INSTITUIÇÃO	ATUAÇÃO PRINCIPAL	OUTRAS AÇÕES
APAE	educacional	terapêutico
LÚMEN	terapêutico	educacional
TTERE	profissionalizante	-
A. ROSÁRIO	assistencial	terapêutico
A. FAMILIAR	assistencial	terapêutico
G. UNIÃO	assistencial	profissionalizante
A. CEGOS	terapêutico	educacional
SME	educacional	terapêutico
DRE	educacional	-

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

A instituição APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais tem sua preocupação principal voltada para a escolarização da criança com deficiência mental, mas para conseguir atender as necessidades escolares necessita oferecer serviços de estimulação e reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, assistência social). Além da reabilitação, na medida em que seu aluno vai se desenvolvendo, a escola passa a ser direcionada para a profissionalização, portanto, observa-se que a profissionalização da pessoa com



deficiência mental no contexto da APAE, está inserida no conteúdo escolar. É uma instituição bastante organizada, com uma área física bem estruturada e com capacidade de crescimento e que tem recursos públicos disponíveis para manter suas atividades.

Com relação a Lúmen Et Fides - Associação de Desenvolvimento de Crianças Limitadas - a sua origem tem uma preocupação maior com a terapia, mas hoje tem direcionado sua atenção também para a educação. No aspecto terapêutico é uma instituição em que se observa um trabalho bastante solidificado, com uma equipe completa atendendo a todas as necessidades da criança com deficiência, bem como um espaço físico e equipamentos que qualificam sua atuação na reabilitação. No aspecto terapêutico é a instituição mais completa e estruturada da região.

O Núcleo Ttere de Trabalho-Realização tem um enfoque direcionado para o processo de inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho. Observa-se que há um investimento no ensino-aprendizagem, porém voltado para a capacitação profissional ou para ações complementares à escola. É a principal instituição de cunho profissionalizante existente no município, não tendo naquele momento o fisioterapeuta no seu quadro funcional.

A Associação de Peregrinação do Rosário tem um foco assistencial, procurando assistir a pessoa com deficiência em suas necessidades, como: demanda por remédio; por consulta médica; por lazer (existe um coral organizado pela associação e são realizadas várias excursões turísticas); por alimentos (cesta básica e verduras da horta da própria associação), por atenção à saúde. Sua origem tem raízes na igreja Católica e são várias as práticas religiosas envolvendo os participantes da associação, inclusive com a construção da Capela do Rosário dentro



da sede da Associação. No desenvolvimento de suas ações os dirigentes foram percebendo a necessidade em investir em reabilitação e hoje oferecem os serviços de fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia. Sua sede ainda está em processo de construção, por isso os atendimentos são realizados em espaços improvisados. Apesar de receber algum recurso público, ainda depende muito do trabalho voluntário de profissionais de todas as áreas e de doações.

A Ação Familiar do Brasil é uma instituição de cunho assistencial, não é uma entidade direcionada para pessoas com deficiência, mas sim, para pessoas carentes, dentre as quais uma parte de sua clientela é pessoas com deficiência. Suas ações estão relacionadas com o processo de orientação de famílias, bem como encaminhamento para outras instituições que ofereçam os serviços do qual sua clientela necessita. Para as atividades conta com assistente social e psicóloga, não tendo o fisioterapeuta no seu quadro de funcionários. É uma entidade que tem sua origem na Igreja Católica, dependente de ações de voluntário e doações de empresários. Não recebe recursos do poder público.

O Grupo União - Núcleo Ambiental de Pessoas Portadoras de Deficiência é a única instituição no município voltada para adultos com deficiência, funciona como uma creche de adultos, um lugar onde a pessoa com deficiência passa o dia, realiza atividades de lazer e recreação e depois retorna para a casa de seus familiares. Também é a única instituição que oferece abrigo para adultos com deficiência que não tem onde morar, para isso há cinco vagas na instituição. A estrutura física da instituição e os recursos disponíveis estão aquém de suas necessidades, deixando-a dependente de trabalhos voluntários. É também uma instituição que tem sua origem na Igreja Católica.



A Associação Filantrópica dos Cegos é a única instituição na região especializada no atendimento de pessoas com deficiência visual. Atende a todas as faixas etárias, tem sede própria, está bem estruturada e recebe recursos públicos. Suas ações estão voltadas para a estimulação educacional da pessoa com deficiência visual, com caráter mais terapêutico. Hoje a Associação tem classe regular de ensino dentro de sua sede. Também tem preocupações em capacitar profissionalmente a pessoa com deficiência visual para ser inserida no mercado de trabalho.

A Secretaria Municipal de Educação e Divisão Regional de Educação tem, evidentemente, objetivos educacionais, entretanto, a Secretaria Municipal de Educação, atendendo a uma necessidade dos alunos matriculados no seu sistema, tem investido em ações de caráter terapêutico, nas seguintes especialidades: fonoaudiologia, psicopedagogia, pedagogia, psicologia, assistência social e terapia ocupacional. A criação do Centro de Avaliação e Acompanhamento é resultado de uma dificuldade da Secretaria de Educação em encaminhar seus alunos para atendimento no Setor da Saúde do município. Ambas as instituições não tem o fisioterapeuta em seu quadro de recursos humanos.

Além da caracterização que, sinteticamente, apresentei acima, também foi feito o mapeamento dessas instituições, como pode ser observado no **Anexo 1**. O georreferenciamento nos permite observar que as instituições que atendem pessoas com deficiência estão localizadas na periferia da cidade. Somente a Ação Familiar do Brasil tem sua sede em um lugar mais central que é uma casa residencial adaptada para atender ao público, lembrando que esta é uma instituição direcionada para o



atendimento de pessoas com baixa renda e não, necessariamente, pessoas com deficiência.

Diante do exposto, observa-se marcas da filantropia relacionadas com o trabalho direcionado a pessoa com deficiência. Normalmente, essas instituições se consolidam através de ações filantrópicas e não iniciativas públicas, sendo assim, os terrenos para a construção de suas sedes são frutos de doações e, por isso, estão localizados em áreas de menor valor agregado, na periferia. Mas todas essas instituições fazem parte de uma rede social de assistência social, marcando o seu lugar em termos do espaço relativo dessas instituições no contexto da saúde em uma cidade média do interior paulista.

Retomando os procedimentos realizados nessa pesquisa, na sequência depois de identificar as cinco instituições que tinham fisioterapeutas no seu quadro funcional, foi estabelecido um primeiro contato com os fisioterapeutas convidando-os para participar do estudo através de uma entrevista. No ato da entrevista era solicitado ao fisioterapeuta que indicasse um paciente para que pudessemos entrar em contato para também convidá-lo a participar de uma entrevista. Nesta período do estudo foi realizado duas entrevistas com fisioterapeutas e três com pacientes. Abaixo apresento um descrição do que foi observado nas entrevistas.

Os relatos dos profissionais e familiares entrevistados mostraram a dificuldade no acesso aos serviços de saúde pelo SUS. O profissional relata que não existem referência e contra-referência no sistema. A própria instituição, criou uma forma de facilitar o acesso a consultas e exames, confirmando a urgência e necessidade de existência desse serviço. Entretanto, o caminho construído para ter esse acesso é



via sistema privado, através de filantropia, mostrando uma descrença de que seria possível conseguir essa melhora via SUS.

Os familiares dos usuários relatam, por sua vez, suas dificuldades de acesso e a necessidade de ter a intervenção da assistência social da instituição para aumentar a velocidade de acesso a uma consulta ou exame. Nesses casos, a assistente social entra em contato com a central de vagas ameaçando denunciar junto à Promotoria. Esse ato agiliza o processo e mostra que é um sistema que funciona mal e sob pressão.

Esse aspecto retrata bem a falta de continuidade das ações dos serviços de saúde e a não crença no ato da referência e a quase ausência da contra-referência. Ou seja, os profissionais no SUS não se comunicam e não acreditam na possibilidade de criar uma forma de comunicação eficaz, por isso tudo fica ainda mais lento, mais demorado, prejudicando o paciente e tornando o sistema sem resolutividade.

Ainda sobre o relato do fisioterapeuta, o serviço de órtese e prótese também não funciona pelo SUS. Na instituição que atua, se alguma criança receber a prescrição de um auxílio desse tipo terá que comprá-lo com recursos próprios, como ocorreu com um dos pacientes entrevistados. A própria fisioterapeuta entrevistada faz um questionamento sobre esse aspecto: *“por que o SUS funciona para o medicamento e não funciona para órtese e próteses?”* E podemos complementar, por que o medicamento é visto como saúde e a cadeira de rodas não? Uma das formas para responder esse questionamento, segundo a terapeuta entrevistada, está no pouco avanço na consolidação do espaço da fisioterapia no SUS. Na sua avaliação, a fisioterapia avançou neste aspecto, mas ainda tem muito espaço para conquistar.



Ainda com relação às entrevistas feitas com fisioterapeutas e pacientes das instituições de Presidente Prudente, também fica claro outras dimensões do lugar social em questão, que envolvem o espaço relacional. Por exemplo, a fisioterapeuta afirma que não consegue mais se ver em uma situação de trabalho que não seja em equipe, que teria muita dificuldade em trabalhar individualmente e que hoje isso seria inconcebível. Tal afirmação é reforçada pelo relato de uma mãe que reconhece a melhor qualidade do trabalho em equipe. Ao mesmo tempo, nesse mesmo lugar há em si a sua própria negação, quando se observa um maior distanciamento do profissional médico dessa equipe que quer trabalhar em grupo.

A riqueza do material empírico das entrevistas foi levando a uma ampliação da perspectiva de análise deste estudo. Do ponto de vista do espaço absoluto, o lugar social do fisioterapeuta se identificava com as instituições filantrópicas que investiam na reabilitação das pessoas com deficiência, evidenciando uma institucionalização da reabilitação enquanto ato beneficente. Mas a abordagem adotada ainda não dava visibilidade a uma dimensão mais ampla (espaço relacional) que daria sentido às práticas dos fisioterapeutas em tal situação. Em que medida esse espaço de trabalho encontrado entre essas instituições continha interações sociais elaboradas em outras escalas de situação profissional? Ou seja, a Fisioterapia não estava somente nessas instituições. Foi esse tipo de questão suscitada no andamento da pesquisa que impôs novos rumos metodológicos. Neste momento, interrompeu-se as entrevistas com os fisioterapeutas e pacientes das instituições que atendem pessoas com deficiência em Presidente Prudente e partimos para um outro caminho.

Em uma atividade da disciplina de História e Fundamentos de Fisioterapia, da qual sou responsável, ficou muito visível os vários “lugares” do fisioterapeuta,



expostos pelos alunos do primeiro ano do curso de graduação. A atividade consistia em entrevistar um fisioterapeuta que atuasse, preferencialmente, no setor público e outro no setor privado, ou seja, cada aluno teria de entrevistar um profissional que dedicasse maior parte do tempo de sua atuação como fisioterapeuta no setor público e outro que dedicasse maior tempo ao setor privado. Eles poderiam fazer as entrevistas em suas cidades de origem.

Aos alunos foi apresentada uma proposta de roteiro para a entrevista (**Anexo 2**); entretanto, também foi dada a liberdade para que cada um acrescentasse questões que considerasse relevantes ou pertinentes no momento da entrevista. A idéia de existir um roteiro comum era necessária para possibilitar uma comparação entre as várias entrevistas. A entrega do resultado final foi acompanhada do debate no qual os alunos apresentaram e comentaram suas entrevistas. Por fim, cada um entregou um relatório por escrito para a professora.

Foi no dia desse debate, com os vários problemas, dilemas, exemplos de vida, questionamentos e reflexões apresentados pelos alunos a partir de suas entrevistas e as discussões provocadas no grupo que percebi a riqueza daquele material e sua relação com o objeto desta pesquisa. Era possível identificar questões muito parecidas com aquelas encontradas nas entrevistas que realizei com os dois fisioterapeutas de Presidente Prudente. Enfim, a busca de respostas para a compreensão do lugar social do fisioterapeuta poderia ser ampliada ao mudar o recorte empírico inicialmente traçado. Nesse processo era preciso compreender a articulação de aspectos dispersos em diferentes níveis da realidade.

Assim, a partir do relatório entregue, foram digitadas uma síntese de cada uma das 89 entrevistas em uma grande planilha para facilitar o exercício de



associação de informações comuns e análise das informações coletadas. Depois elaborei duas planilhas, uma com a síntese de informações relatadas por aqueles fisioterapeutas que dedicam maior parte do seu tempo de trabalho ao sistema privado (**Anexo 4**) e outra para aqueles profissionais do sistema público (**Anexo 5**).

Com a clareza de que os caminhos possíveis são vários tendo em vista sua complexidade, no entanto, assumindo os riscos das limitações e parcialidades dos resultados, que de modo algum pretendem superar a realidade, acredito que esta proposta pode contribuir com a reflexão sobre as práticas do fisioterapeuta.

Escolher um caminho, definir qual o recorte da realidade que se pretende apreender, definir e delimitar o objeto de estudo e traduzi-lo em alguns questionamentos talvez seja um dos momentos mais difíceis da construção de um projeto de pesquisa, uma vez que as questões de estudo representam a síntese da lógica que se pretende trilhar. Por outro lado, não deixa de ser também o mais desafiador, pois permite, a partir das experiências práticas, dos conhecimentos teóricos adquiridos e do trabalho empírico, procurar as possíveis respostas ou informações que expliquem as questões previamente selecionadas.

Como a investigação busca interpretar o entendimento dos fisioterapeutas sobre suas ações no campo do seu processo de trabalho, o estudo inscreve-se na linha de pesquisa qualitativa. De acordo com Minayo (1999), isso significa levar em conta os sujeitos envolvidos no estudo, sua condição social, suas crenças, valores e significados.

Para a análise das práticas discursivas uma das possíveis formas é a abordagem teórico-metodológica de Spink (2000), denominada “produção de sentidos no cotidiano”. Este método nos remete aos momentos de re-significações e



de produção de sentidos, considerando as maneiras pelas quais as pessoas se posicionam nas relações sociais cotidianas, construindo os seus sentidos.

Para trabalhar com a entrevista, de acordo com Minayo (1999), do ponto de vista operacional é necessário partir de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Ao trabalhar com a entrevista é possível construir conceitos tendo como referência as experiências e as representações sociais expressadas nas falas dos sujeitos participantes. A subjetivação dá condição para que o investigador se coloque no lugar do outro, partindo do lugar ocupado pelo próprio pesquisador, para assim poder compreender o lugar social do sujeito e analisar os fatores que o influenciaram.

Quando o pesquisador, como neste caso, está inserido no contexto da pesquisa, há uma maior aproximação com o real, pois, teoricamente o pesquisador tem o privilégio de investigar determinado contexto onde está inserido enquanto ator social. Entretanto, não se pode deixar de ser um ator externo e desenvolver a pesquisa a partir da lente com que olha uma determinada realidade. A idéia é buscar “sucessivas aproximações e sucessivos distanciamentos do objeto de estudo... aproximar-se para colher a essência, os significados e os sentidos, e afastar-se para, sobre este material, imprimir o olhar de pesquisador” (Torres, p. 52).

É por causa disto que podemos inserir este estudo no campo da Pesquisa Exploratória, pois a todo o momento solicita um planejamento das etapas a serem desenvolvidas, como levantamento bibliográfico, entrevistas com informantes experientes, análise e compreensão do conteúdo das entrevistas, reflexão teórica dos conteúdos encontradas, etc. A busca de referenciais que subsidiassem a



investigação acompanha todas as etapas, permitindo ampliar a rede de informações e experiências registradas sobre a temática em questão.

Por fim, deixo registrado que o trabalho, na sua forma original de projeto de pesquisa, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP, de acordo com o processo n. 167/2007, em 01 de junho de 2007 (**Anexo 3**).





*A fisioterapia no contexto
Brasileiro e Mundial*



2 - A Fisioterapia no contexto brasileiro e mundial

2.1 A Fisioterapia no contexto brasileiro

O desenvolvimento do campo da fisioterapia mostra que esta sempre teve um vínculo com o modelo biomédico, muito próximo dos espaços da reabilitação e atendendo, prioritariamente, as pessoas com algum tipo de dificuldade física. No Brasil, há três fatores que influenciaram a fisioterapia nesta direção: um fator histórico ligado a sua origem; um fator legal, que obedecendo à origem limitou áreas e campos de atuação, e um terceiro que foi a formação acadêmica determinada pelas ciências biomédicas (Brasil, 2006a).

O processo pelo qual passou a profissão de fisioterapeuta não difere muito do que aconteceu com outras profissões da área da saúde. Primeiramente, sua prática foi instituída, depois obteve apoio legal e o reconhecimento profissional, bem como fortaleceu os cursos de formação (Brasil, 2006a). Sendo a criação de uma nova profissão uma resposta social em relação a uma nova demanda, no Brasil, a fisioterapia foi reforçada por dois fatores relevantes que ocorreram nas décadas de 30 e 50: uma maior preocupação socio-econômica com os acidentes de trabalho e a epidemia de poliomielite, respectivamente.

Mas os registros de utilização de recursos físicos na assistência à saúde são muito mais antigos. No período compreendido entre 1879 e 1883, por exemplo, estabeleceu-se o serviço de eletricidade médica e o serviço de hidroterapia no Rio de Janeiro (Brasil, 2006a). Foi o médico Arthur Silva que, em 1884, participou da criação do primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul, organizado no Hospital de



Misericórdia do Rio de Janeiro. Na cidade de São Paulo, por sua vez, em 1919, o médico Raphael Penteado de Barros fundou o Departamento de Eletricidade Médica que, mais tarde, foi incorporado à Universidade de São Paulo. Em 1929, o médico Waldo Rollim de Moraes organizou o serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho (Brasil, 2006a).

Apesar dessas iniciativas pioneiras, somente no final da década de 1950 é que constatou-se que no Brasil ainda não existiam estudos e práticas suficientemente desenvolvidas pelos atores da saúde, que permitissem de forma satisfatória a reabilitação e/ou adaptação dos movimentos físico-funcionais necessários para a retomada do trabalho. Foi neste contexto, onde se exigia uma resposta social aos casos mais graves em que a retomada do trabalho era impossível, que teve início a formação acadêmica do fisioterapeuta (Freitas, 2006).

A primeira turma visava a formação de técnicos chamados de fisioterapeutas, denominação originária do termo *physiotherapist*, utilizado pela escola anglo-saxônica. Na Assembléia Geral da Associação Brasileira de Fisioterapeutas, realizada em 1959, decidiu-se adotar a terminologia fisioterapeuta, mais comum nos países de origem latina (Revista Brasileira de Fisioterapia, 1973).

Por sua vez, as seqüelas deixadas pela poliomielite, determinando uma série de dificuldades funcionais que atingiram pessoas de todos os níveis sociais, produziram um incômodo nas elites brasileiras que, para terem acesso a um tratamento mais atualizado, necessitavam recorrer a centros de reabilitação em outros países. Essa dependência terapêutica foi significativa para a criação da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação - ABBR (Freitas, 2006). Uma das primeiras iniciativas da associação em relação à Fisioterapia foi a abertura do curso



técnico em reabilitação na cidade do Rio de Janeiro. Em São Paulo, a criação da Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD), do Lar Escola São Francisco e das Casas da Esperança facilitou a incorporação dos profissionais técnicos formados pelos novos cursos. Além disso,

(...) as primeiras turmas de técnicos de reabilitação formaram profissionais que se inseriram nos consultórios e clínicas auxiliando os médicos, que prescreviam os exercícios, as massagens, o uso do calor, da luz, dos banhos e dos rudimentares recursos eletroterápicos disponíveis para a recuperação do paciente (BRASIL, 2006a, p. 203).

A situação do Brasil naquela época era peculiar. Enquanto o processo de formação se limitava a uma capacitação extremamente técnica, ensinando o profissional a ligar e desligar aparelhos, reproduzir mecanicamente algumas técnicas de massagem e exercícios, numa relação de subordinação e dependência dos médicos, em outros países, como por exemplo a França, a Fisioterapia já era uma profissão de nível superior (Brasil, 2006a).

A formação oferecida aos técnicos de reabilitação não os capacitavam para realizar uma avaliação das funções motoras do paciente, permitindo identificar alterações e pensar condutas fisioterapêuticas adequadas às diferentes situações, muito menos tinha preocupação em atuar em outros níveis de atenção, além da reabilitação. Mas a preocupação com a qualidade do atendimento oferecido, bem como a evolução da profissão e dos conhecimentos produzidos fora da Brasil, fez com que os cursos se ampliassem para um período de dois anos, mas mantendo-se ainda como nível técnico (Brasil, 2006a).



Em 1956, com a finalidade de dar atendimento e recuperação aos operários acidentados e também em resposta ao grande número de seqüelados pela poliomielite, foi implantado o INAR - Instituto Nacional de Reabilitação (**Figura 01**), instalado no Hospital de Ortopedia e Traumatologia da USP. A criação do INAR foi ponto favorável para que o curso de Fisioterapia da Universidade de São Paulo fosse o primeiro a promover a ampliação da formação para dois anos.



Serviço de Fisioterapia - 1951



**Seção de Recuperação Ocupacional
Clínica Ortopédica e Traumatológica - década de 50**

Figura 01: Instituto Nacional de Reabilitação.

Fonte: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

"O progresso exige sacrifícios e essas máquinas mais velozes que transitam nas ruas acanhadas e congestionadas da paulicéia causam acidentes. Voltar aos cavalos e carroças é impossível, necessário é uma grande clínica ortopédica" (Folha da Noite 17 de julho de 1947).

Uma das possibilidades de análise exploratória da primeira foto permite imaginar que ela retrata uma situação de ensino onde cabem as alunas reproduzirem o que era recomendado pelo médico (vestido de branco). Na formação de técnicos de fisioterapia não havia a necessidade de entender os fundamentos fisiológicos que estavam por trás do exercício ou do recurso físico utilizado, no caso as propriedades



da água quente. Neste contexto, o lugar social do fisioterapeuta era definido pela classe médica, numa relação de subordinação e dependência.

A segunda foto retrata um espaço destinado à recuperação de pessoas acidentadas no trabalho, que não eram poucas, afinal foi a grande quantidade de acidentes nesta área que favoreceu a criação do INAR. A frase da *Folha da Noite* expressa bem o pensamento da época: “o progresso exige sacrifícios”, se houver acidentes de trabalho ou atropelamentos a idéia é remediar, alguém tem que pagar pela evolução. Sabe-se que aqui quem pagou foram os trabalhadores, uma análise exploratória da foto permite observar isso. O problema estava no acidentado, no paciente e não na forma de organização da sociedade e nas relações sociais de produção.

Em 1968, quando o INAR foi extinto, tendo em vista o final do apoio de especialistas estrangeiros e de membros da Organização das Nações Unidas, ele transformou-se em Instituto de Reabilitação (IR). Foi no IR que surgiram os primeiros cursos superiores de Fisioterapia, que estabeleceram convênios com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e a World Confederation for Physical Therapy (WCPT) para garantir a participação de fisioterapeutas estrangeiros como docentes nesses cursos superiores (Sanchez, 1984). Era um investimento na perspectiva de qualificar a formação, já que no Brasil ainda não existia recursos humanos suficientes para completar o quadro de corpo docente com fisioterapeutas.

Nesse período, ainda em 1959, criou-se a Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF), refletindo o início da organização da categoria, não somente devido à preocupação com a saúde da população, mas tendo em vista a



necessidade de consolidar seu espaço no mercado de trabalho. Um espaço marcado por disputas entre os profissionais da saúde e a busca de auto-afirmação, mesmo com um número ainda pequeno de fisioterapeutas e grande resistência da classe médica. Aqui fica bastante evidente o uso do território como instrumento de controle social pelos médicos, porque “uma classe não se realiza no território de outra classe” (Fernandes, 2008, p. 285), reforçando a necessidade da consolidação do espaço próprio da Fisioterapia. É nesse movimento de delimitação de seu próprio espaço que se fortalece a identidade profissional, componente fundamental na produção do lugar social do fisioterapeuta.

O Parecer 388/63, do Conselho Federal de Educação, veio reforçar o caráter técnico no campo em formação, atribuindo ao fisioterapeuta a função de auxiliar do médico, definindo que lhe competia apenas realizar tarefas de caráter terapêutico, sob a orientação e responsabilidade do médico. Por outro lado, essa situação estimulou ainda mais a organização da categoria na busca de sua autonomia e, portanto, da demarcação de seu próprio território.

A denominação de “técnicos” mostra a intenção de limitar a ação e a autonomia dos fisioterapeutas. O parecer tinha o intuito de definir parâmetros curriculares, mas seus autores, todos médicos, não se contiveram e, além de definir os conteúdos e a organização curricular, também impuseram condições de subordinação ao designar o médico como responsável pelos demais profissionais da saúde, limitando as suas ações, mesmo em um documento que não teria essa competência (Rebelato; Botomé, 1999).



Esses documentos acabam orientando práticas de atuação e influenciando definições sobre concepções de trabalho profissional e, até mesmo, as áreas de conhecimento que foram se desenvolvendo (Sanchez, 1984).

O reconhecimento legal da Fisioterapia ocorreu por meio do Decreto-Lei nº 938/69, de 13 de outubro de 1969. Esta nova legislação criou as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, ampliando sua competência ao denominar que a profissão é de nível superior e tem como “atividade privativa executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”. Esse acontecimento deu autonomia ao fisioterapeuta e rompeu com a precariedade da prática profissional que, por mais de 40 anos foi exercida sem regulamentação.

Em 17 de dezembro de 1975, a Lei nº 6.316 criou o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITOs, órgãos de fiscalização do exercício profissional. Os fisioterapeutas passam a ter mais um instrumento em favor do crescimento e reconhecimento da profissão.

Em agosto de 1977 o COFFITO foi instalado de forma oficial e em seguida vários conselhos regionais foram organizados. Primeiramente, no ano de 1978 o CREFITO 1, CREFITO 2 e o CREFITO 3; no ano de 1985 o CREFITO 4 e o CREFITO 5; no ano de 1988 o CREFITO 6 e o CREFITO 7; no ano de 1991 o CREFITO 8; no ano de 1994 o CREFITO 9; no ano de 2003 o CREFITO 10; e, no ano de 2004 o CREFITO 11 e o CREFITO 12 (Brasil, 2006a). A evolução de acordo com o ano de formação e os estados que foram tendo seus conselhos regionais podem ser observados na **Figura 02**.



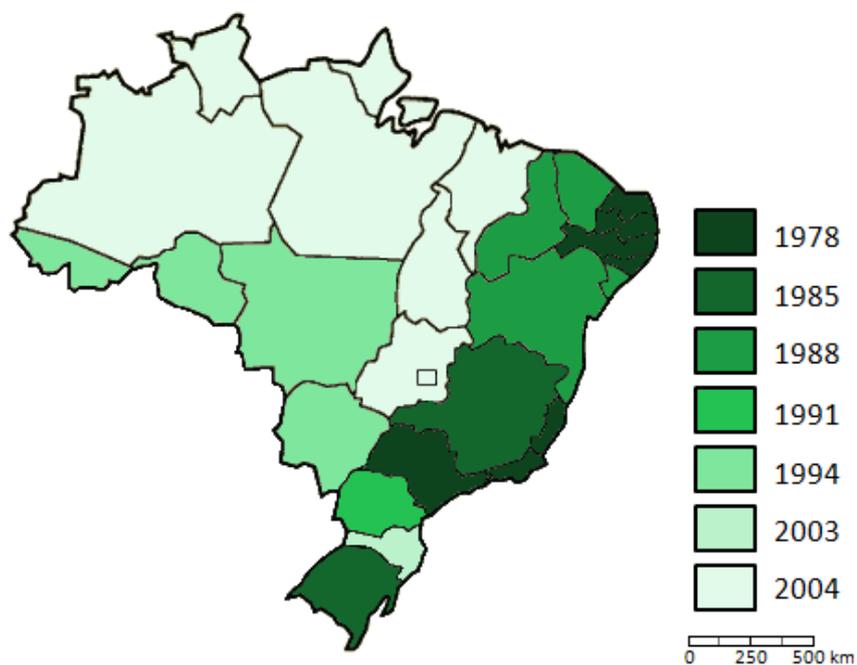


Figura 02: Ano de criação dos Crefitos nos estados.

Fonte: BRASIL, 2006a.

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

A criação e composição de cada regional foram se alterando de acordo com o crescimento do número de fisioterapeutas nos estados e conforme as forças políticas dentro do COFFITO em favor da criação de novas regionais. Na **Figura 03** podemos visualizar a composição atual das 12 regionais.



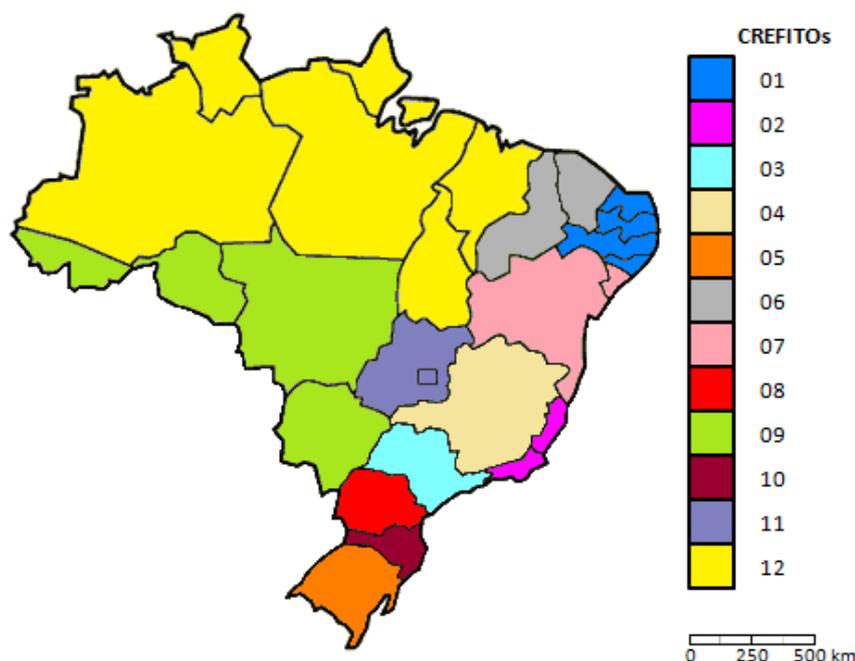


Figura 03: Estados que compõem as 12 regionais dos Crefitos.

Fonte: BRASIL, 2006a

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

Em 1978, através da Resolução n° 10 do Cofitto, foi aprovado o Código de Ética da Profissão, deixando mais visíveis os avanços ocorridos na legislação com relação à atuação profissional. Esse é o primeiro documento legal que se refere à atuação da fisioterapia nos diferentes níveis de atenção à saúde, não se limitando à reabilitação. É um documento que amplia a responsabilidade do fisioterapeuta ao referir-se à necessidade de “respeito à vida humana”, preservando a integridade física ou psíquica do cliente (Brasil, 2006a). Assim,

(...) como documento legal e de amplo alcance sobre o profissional, pois estabelece as normas éticas a serem observadas no exercício da profissão, o Código de Ética é, talvez, o único dentre os demais documentos legais que não foi concebido sob a ótica da saúde-doença, constituindo-se no primeiro documento que não utiliza a terminologia paciente para



referir-se ao usuário dos serviços fisioterapêuticos, utilizando o termo cliente, ou seja, exclui a patologia como condição para o recebimento de atenção do profissional (BRASIL, 2006a, p. 206).

O documento enfatiza a atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde, mas na prática essa atuação ainda manteve-se restrita à reabilitação. As possibilidades de trabalho na profissão vão firmemente se direcionando para o processo de recuperar as condições de saúde para níveis anteriores a um episódio de doença, ou de reabilitar um organismo auxiliando-o a ser capaz de fazer, de outras maneiras, o que já fazia antes, ou ainda, minimizar o sofrimento quando nem reabilitar fosse possível. E nesse campo a profissão foi se solidificando, sendo reconhecida socialmente e demarcando o seu lugar.

A profissão evoluiu e o auge do seu reconhecimento se deu em meados da década de 1990 quando houve grande procura pelo curso e muitas IES passaram a oferecer grandes quantidades de vagas em Fisioterapia.

O número total de fisioterapeutas registrados no Coffito no ano de 1995 era 16.068. No ano de 2005, os dados apontam para 79.382 profissionais registrados, o que representa um crescimento absoluto de 63.314 (394%) fisioterapeutas em apenas dez anos (Brasil, 2006a).

O **Quadro 02** permite visualizar a distribuição dos fisioterapeutas por estado e regional, além do percentual de profissionais em relação ao Brasil e a proporção de profissionais por 1.000 habitantes por regional no ano de 2005, evidenciando uma distribuição desigual dos fisioterapeutas.



Quadro 02: Número de fisioterapeutas por estado e por regional com a porcentagem em relação ao Brasil e proporção por 1.000 habitantes por regional no ano de 2005.

Regional	Total	%	Por 1.000
CREFITO 1	3.123	3,9	0,17
Alagoas	191	-	-
Paraíba	972	-	-
Pernambuco	1.275	-	-
Rio Grande do Norte	685	-	-
CREFITO 2	20.065	25,3	1,07
Rio de Janeiro	18.599	-	-
Espírito Santo	1.466	-	-
CREFITO 3	25.147	31,7	0,6
São Paulo	25.147	-	-
CREFITO 4	7.497	9,4	0,39
Minas Gerais	7.497	-	-
CREFITO 5	4.022	5,1	0,37
Rio Grande do Sul	4.022	-	-
CREFITO 6	2.782	3,5	0,25
Ceará	2.606	-	-
Piauí	176	-	-
CREFITO 7	2.821	3,6	0,18
Bahia	2.469	-	-
Sergipe	352	-	-
CREFITO 8	5.607	7,1	0,55
Paraná	5.607	-	-
CREFITO 9	2.211	2,8	0,3
Mato Grosso	877	-	-
Mato grosso do Sul	1.111	-	-
Acre	65	-	-
Rondônia	158	-	-
CREFITO 10	2.286	2,9	0,39
Santa Catarina	2.286	-	-
CREFITO 11	2.577	3,2	0,32
Goiás	1.160	-	-
Distrito Federal	1.417	-	-
CREFITO 12	1.217	1,5	0,07
Amazonas	123	-	-
Amapá	92	-	-
Maranhão	266	-	-
Pará	708	-	-
Roraima	28	-	-
Total Geral	79.382	100	0,43

Fonte: BRASIL, 2006a, p. 208.

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus



De acordo com as regionais o maior índice de fisioterapeutas por 1.000 habitantes está no Crefito 2 (estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo), em que se tem 1,07 fisioterapeutas para cada 1.000 habitantes; em contraposição temos o Crefito 12 (estados do Amazonas, Amapá, Maranhão, Pará e Roraima) em que existem 0,07 profissionais por 1.000 habitantes. Ainda observa-se que o maior percentual de fisioterapeutas está no Crefito 3 (estado de São Paulo) que detém 31,7% dos fisioterapeutas brasileiros, e o menor percentual também é o Crefito 12 com apenas 1,5% dos fisioterapeutas brasileiros. Ou seja, além do lugar social do fisioterapeuta situar-se no campo técnico, ele é mais concentrado na região Sudeste, e particularmente, no Estado de São Paulo.

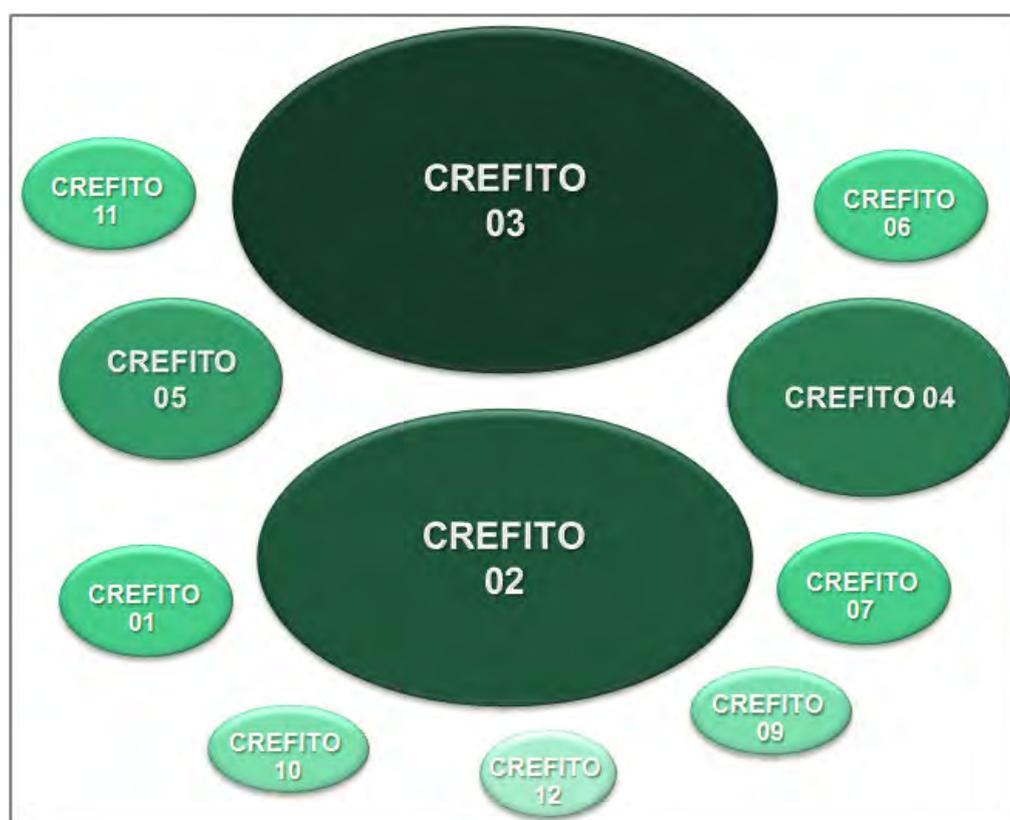


Figura 04: Organograma com a proporção dos fisioterapeutas por regional.

Fonte: BRASIL, 2006a

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus



A **Figura 04** permite melhor visualizar, através do organograma, as diferenças de tamanho de cada Crefito. As representações geométricas são proporcionais ao total de fisioterapeuta de cada conselho, retratando as grandes diferenças existentes, em que o Estado de São Paulo (Crefito 3), Estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo (Crefito 2) e Estado de Minas Gerais (Crefito 4), todos na região sudeste, compondo os maiores conselhos do Brasil e concentrando o maior número de fisioterapeutas. Aqui, novamente, observa-se uma delimitação do lugar social do fisioterapeuta, que além de mais concentrado no Estado de São Paulo, é também, majoritariamente da região sudeste.

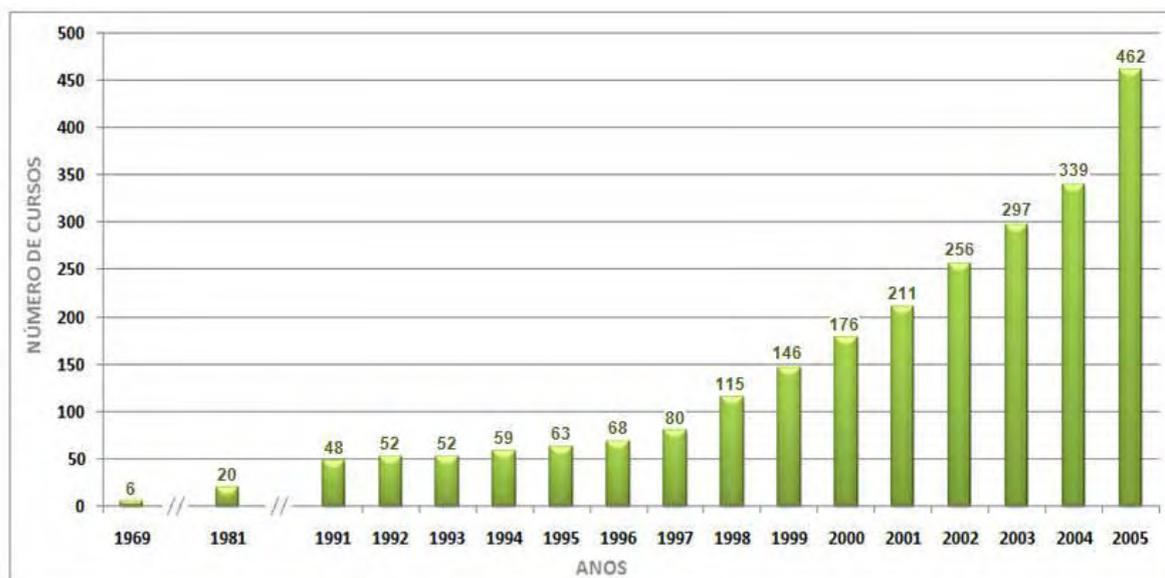
Essa situação é também resultado do processo de formação dos fisioterapeutas, por isso considero importante abordar esta temática para entender melhor o contexto.

Com relação ao número de cursos de graduação em 1969, ano do reconhecimento da profissão, existiam 6 escolas de reabilitação para a formação de fisioterapeutas no país. Entre os anos de 1969 e 1981 esse número cresceu para 20 e em 1991 existiam 48, em 1995 eram 63 e em 2004 passou para 339 cursos, sendo que dados mais recentes do INEP apontam para 462 cursos no ano de 2005. Essa evolução pode ser visualizada no **Gráfico 01**.

Essa evolução dos cursos levou a um aumento vertiginoso do número de vagas, bem como de formandos a cada ano. Se em 1991 formavam-se 1.951 fisioterapeutas, em 2004 esse número cresceu para 13.631 novos fisioterapeutas.



Gráfico 01 – Evolução do número de cursos de Fisioterapia de 1969 a 2005.



Fonte: MEC/Inep/Deaes (Brasil, 2006a)

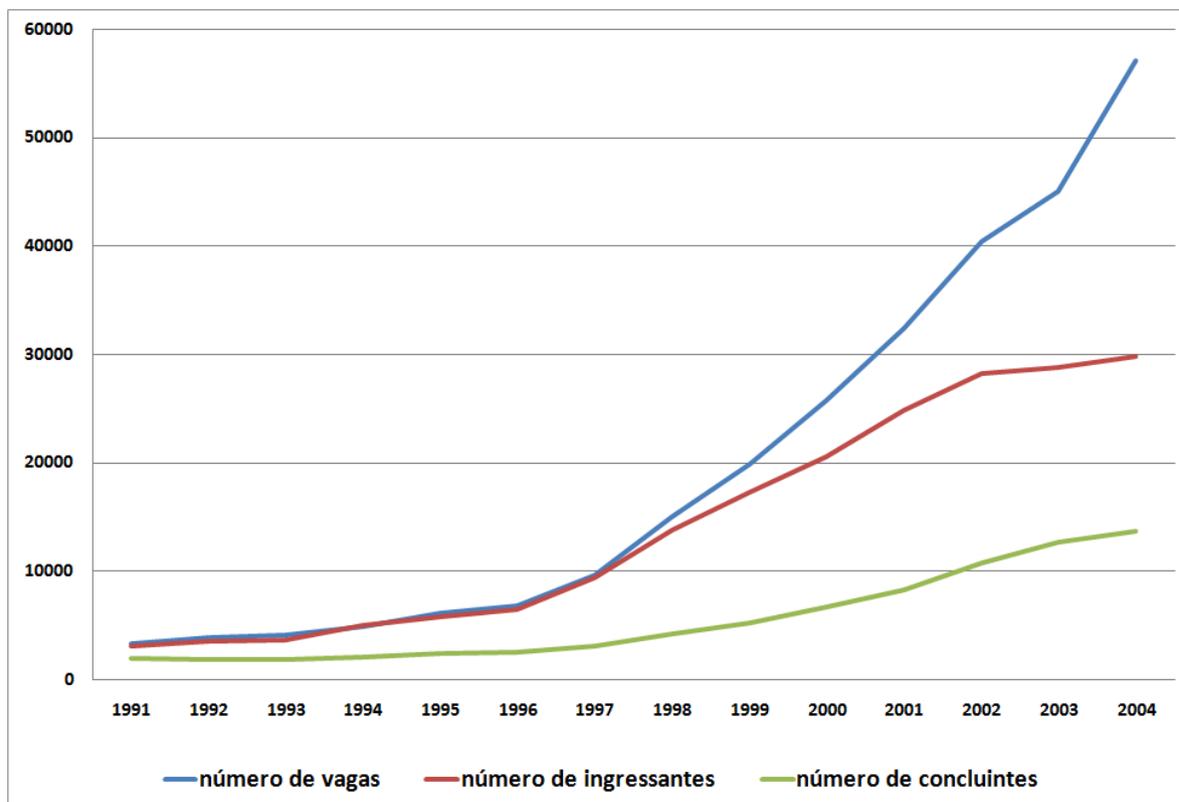
Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

Com relação ao número de vagas na Fisioterapia o crescimento, de 1991 para 2004, foi de 3.250 para 57.133 vagas e o número de alunos ingressantes foi de 3.121 para 29.863, neste mesmo período, como pode ser visualizado no **Gráfico 02** e no **Quadro 03**, que nos fornece informações sobre a evolução de todos esses números ano a ano.

O **Gráfico 02** permite visualizar um distanciamento muito grande entre o número de vagas disponíveis para cursar Fisioterapia e o número de concluintes no curso. A tendência de crescimento da linha nos mostra que o número de vagas cresce, sucessivamente, em descompasso com o número de ingressantes e concluintes que a partir de 2002 demonstrou tendência a estabilizar.



Gráfico 02: Número de vagas, ingressantes e concluintes do curso de Fisioterapia no período de 1991 a 2004.



Fonte: MEC/Inep/Deaes (BRASIL, 2006a)

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

O interesse muito grande das IES em oferecer vagas na Fisioterapia foi motivado pela tendência ocorrida no período de 1991 a 1997 em que as vagas ofertadas eram totalmente ocupadas, no Gráfico as linhas azul (vagas) e vermelha (ingressantes) se sobrepõem. Entretanto, após esse período vai ocorrendo um distanciamento entre o número de vagas, de ingressantes e concluintes. Esse distanciamento se torna mais profundo após 2002, com tendência em se agravar ainda mais em 2004, em que o número de vagas disponíveis é quase o dobro do número de ingressantes.



No **Quadro 03** temos uma síntese com a evolução histórica no período 1991 a 2004 com todos os dados sobre o crescimento dos números de cursos, das vagas, dos ingressantes e dos concluintes em cada ano.

Quadro 03: Evolução de número de cursos, vagas, ingressantes e concluintes em cursos de graduação em Fisioterapia no Brasil de 1991 a 2004.

Ano	Nº de cursos	Nº de vagas	Nº de ingressantes	Nº de concluintes
1991	48	3.250	3.121	1.951
1992	52	3.860	3.601	1.914
1993	52	4.090	3.682	1.865
1994	59	4.795	5.068	2.114
1995	63	6.098	5.825	2.422
1996	68	6.779	6.500	2.580
1997	80	9.591	9.395	3.087
1998	115	14.986	13.891	4.202
1999	146	19.832	17.293	5.181
2000	178	25.675	20.630	6.629
2001	211	32.441	24.874	8.217
2002	256	40.361	28.239	10.698
2003	297	45.092	28.812	12.615
2004	339	57.133	29.863	13.631

Fonte: MEC/Inep/Deaes (BRASIL, 2006a)

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

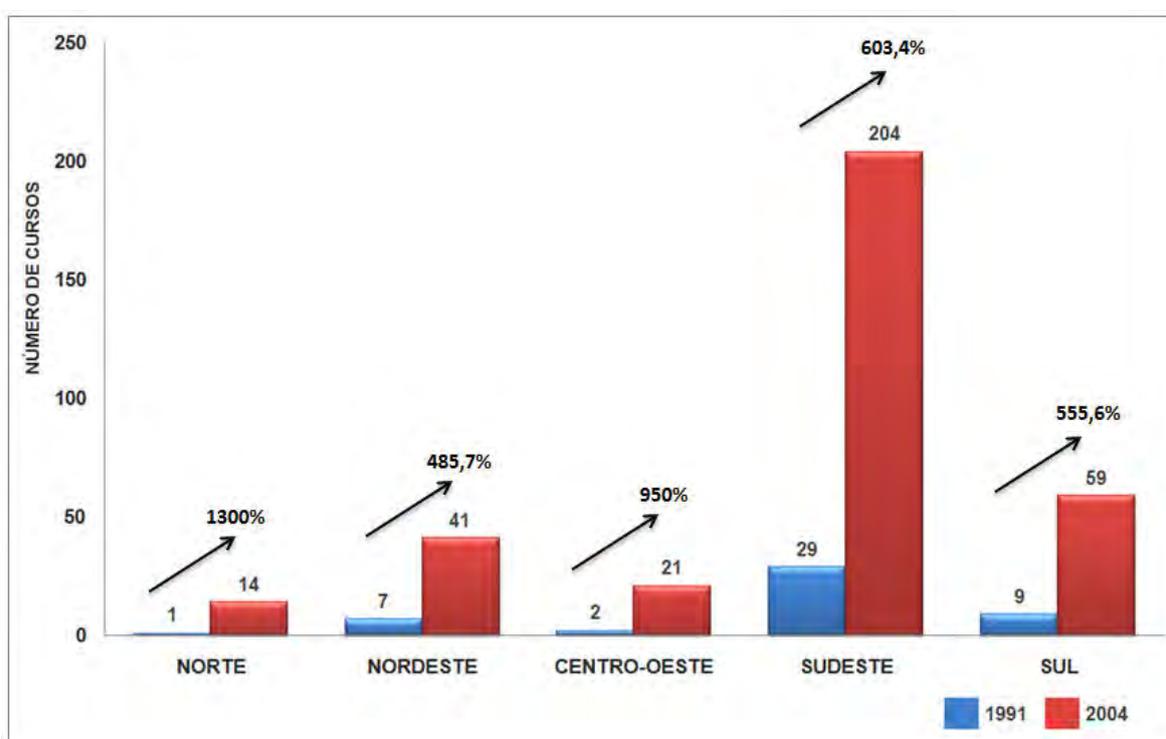
No **Quadro 3** observa-se que a partir do ano de 1997 vai ocorrendo um distanciamento entre o número de vagas ofertadas e o número de alunos ingressantes nos cursos de Fisioterapia.

As universidades vão se disseminando por todos os estados, apesar de manter-se majoritariamente no Estado de São Paulo. Os dados regionais mostram um crescimento dos cursos de graduação em Fisioterapia, proporcionalmente maior na região norte, onde o número de escolas passou de 1, em 1991, para 14 em 2004 crescendo 1.300% no período. Na região centro-oeste passou de 2 para 21,



crescimento de 950%; na região sudeste o número de escolas passou de 29 para 204, mostrando um aumento de 603,4%; na região sul passou de 9 para 59, com 555,6% de crescimento; na região nordeste passou de 7, em 1991, para 41 cursos em 2004, mostrando aumento de 485,7% como pode ser visualizado no **Gráfico 03**.

Gráfico 03: Número de cursos de Fisioterapia, por região, nos anos de 1991 a 2004 com o percentual de crescimento no período.



Fonte: BRASIL, 2006a

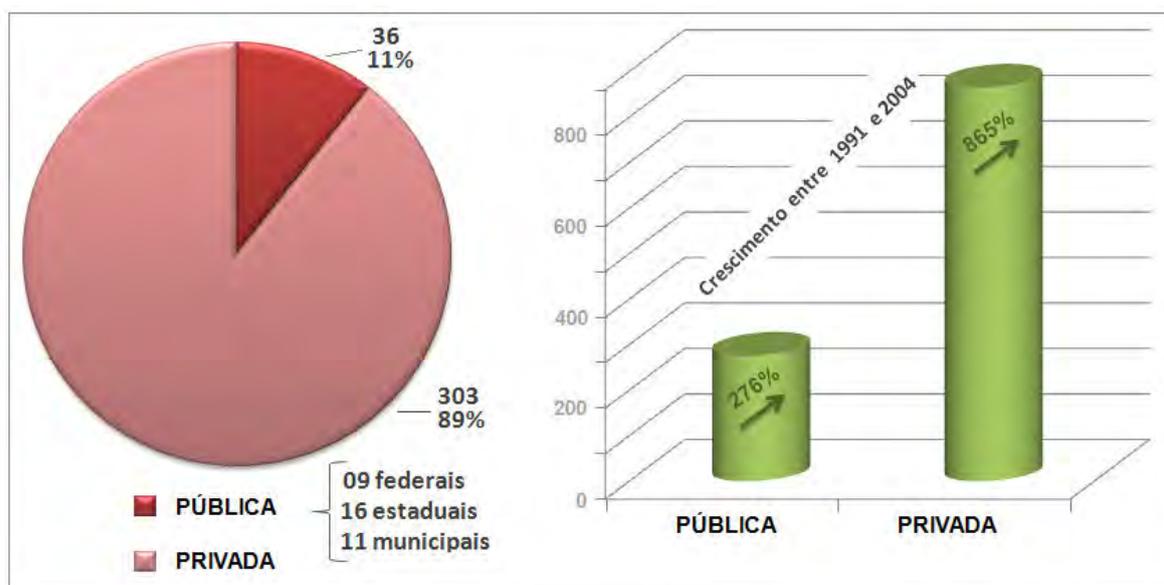
Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

Quando analisadas por categorias administrativas, em 1991, dos 48 cursos de Fisioterapia existentes, 27% eram públicas (6 federais, 5 estaduais e 2 municipais). Em 2004, dos 339 cursos apenas 36 (11%) estão em instituições públicas (9 federais, 16 estaduais e 11 municipais), como pode ser observado no **Gráfico 04**. Os



cursos das escolas públicas cresceram 276,9% e nas instituições privadas o crescimento foi de 865,7% (Brasil, 2006a).

Gráfico 04: Número de cursos de Fisioterapia em instituições públicas e privadas em 2004 e o crescimento dessas instituições no período entre 1991 e 2004.



Fonte: BRASIL, 2006a.

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

Por fim, a análise dos números nos permite verificar que a maior parte dos cursos de Fisioterapia pertence a instituições particulares (89,4%) e os cursos estão concentrados, em grande parte, na região sudeste (60,1%). Há um crescimento exponencial do número de escolas, mas com forte predomínio dos cursos em instituições particulares quando comparadas com as escolas públicas. O lugar social da Fisioterapia vai se desenhando, como já vimos, situando-se no campo técnico, com maior número de fisioterapeutas no Estado de São Paulo, com concentração, majoritariamente, na região sudeste e, predominantemente, com formação vinculada ao ensino privado.



É preciso situar que esse maior crescimento se deu a partir da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) que ocorreu em 1996, pois a LDB e a proposta de autonomia universitária foram importantes e indispensáveis para o processo de transformação das universidades no País. Também é preciso reconhecer que há sinais, empíricos, de um refluxo no volume de cursos. Não tivemos acesso aos dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) dos anos de 2005/2006/2007, pois ainda não estão disponibilizados, mas atualmente é muito comum ouvirmos falar de cursos de Fisioterapia que fecham e muito pouco de cursos que abrem. Em agosto de 2008 o MEC/INEP divulgou os dados do Enade (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes) e por esta referência pode-se falar em 399 cursos no ano de 2007, mostrando uma queda no número de cursos, de 462 em 2005 para, aproximadamente, 399 em 2007, uma diminuição em 63 cursos (13%) em dois anos.

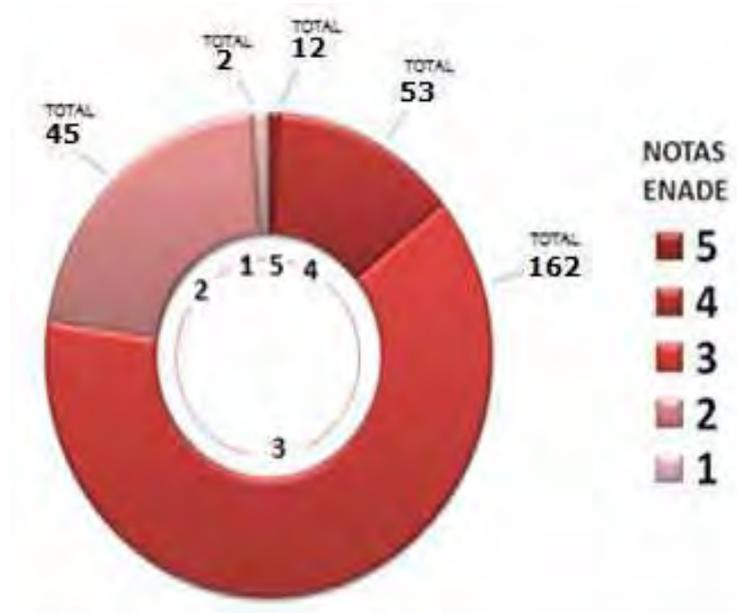
O Enade surge como uma resposta à necessidade de avaliar a qualidade dos cursos de ensino superior no Brasil. Não são poucas as críticas a esse processo, mas também não se pode negar a dificuldade e complexidade da proposta. Acredito que a participação de instituições representativas da profissão no debate, definição e aprimoramento desses critérios é muito importante para a formação de recursos humanos de nível superior no Brasil.

Nas avaliações as instituições públicas se destacaram em todo o processo, apesar de a maioria das graduações avaliadas serem de faculdades privadas. Na Fisioterapia, o conceito foi divulgado para 274 cursos apenas. Desses, somente 12 (3%) tiveram conceito 5, 53 (13,3%) cursos tiveram 4, 162 (40,2%) tiveram conceito 3, 45 (11,3%) o conceito foi 2 e por fim, apenas 2 cursos foram avaliados com



conceito 1, conforme pode ser observado no **Gráfico 05**. Entretanto, de acordo com os dados divulgados, 141 cursos não tiveram sua pontuação concluída por falta de dados, provavelmente, segundo o MEC, por não terem turmas concluintes (alunos formados).

Gráfico 05: Indicador preliminar dos cursos de graduação em Fisioterapia ENADE – 2007.



Fonte: MEC/INEP/DAES – ENADE 2007
Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

Todos os cursos que ficaram sem conceito e aqueles que ficaram com o conceito 1 e 2 receberão visitas de especialistas até agosto de 2009 para definir se haverá o reconhecimento ou a renovação do reconhecimento do curso. Portanto, são 172 cursos na Fisioterapia que não tem sua renovação garantida, um número bastante significativo, 43% dos cursos existentes.

Por outro lado, no aspecto educacional e pedagógico a evolução não tem crescido de forma exponencial, pelo contrário, o avanço dos números vem



acompanhado com uma prática pedagógica, em muitos casos, conservadora e tradicional, com forte influência do paradigma newtoniano-cartesiano (Behrens, 1999). Na área da saúde isso está muito presente, pois os novos cursos se organizam a partir de propostas curriculares antigas. Dessa forma, reforçam a tendência do ensino superior em Fisioterapia à valorização da atenção individual, da especialidade e da utilização de métodos e técnicas sofisticadas, com as atividades práticas apresentando um caráter predominantemente clínico e limitado a locais como ambulatórios, hospitais e clínicas, atendendo pessoas já acometidas por alguma disfunção. Essa prática reforça o lugar social do fisioterapeuta restrito à atuação curativa, mantendo essa característica marcante desde a sua origem.

Essa influência vem desde o primeiro documento que estabeleceu um currículo mínimo necessário à formação do fisioterapeuta, a Portaria Ministerial número 511/65, quando o profissional era ainda denominado técnico em Fisioterapia (Rebelato; Botomé, 1999). A mesma tendência manteve-se em 1993, quando a Secretaria de Ensino Superior (SESu/MEC) nomeou a primeira Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia e Terapia Ocupacional que estabeleceu os padrões mínimos de qualidade para o funcionamento de cursos de graduação em Fisioterapia no país.

No desenvolvimento do ensino da Fisioterapia, o ano de 1997 deve ser considerado um marco. Naquele ano, a SESu/MEC convocou as instituições de ensino superior a apresentarem propostas para as Diretrizes Curriculares que, na área da saúde, deveriam considerar o conceito de saúde, os princípios e diretrizes do SUS como elementos a serem enfatizados.



Formou-se, assim, uma Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia (CEEFisio), que foi responsável pela fomentação do debate, nacionalmente, a fim de formular e apresentar ao MEC uma proposta, que foi aprovada em 2001. Em março de 2002, a proposta foi publicada no Diário Oficial da União, instituindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia a serem observadas na organização curricular de todas as instituições de ensino superior do País (**Anexo 06**).

Tal documento em seu Artigo 3º define o perfil do fisioterapeuta que se deseja formar: um profissional com características generalista, humanista, crítica e reflexiva, apto a atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Deve ter visão ampla, global, respeitando os princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade (Brasil, 2002).

As novas diretrizes avançam na elaboração, estruturação e determinação de competências e habilidades do fisioterapeuta e o atrelamento da prática voltada para a realidade social e para os preceitos que orientam o SUS – integralidade, universalidade e equidade. O objetivo é formar um profissional capaz de desenvolver um pensamento crítico e reflexivo, que seja participativo e transformador, contribuindo para a manutenção da saúde, bem-estar e qualidade de vida individual e coletiva (Schmidt, 2002).

A proposta das diretrizes sugere transformar a formação e a prática do fisioterapeuta ao efetivamente inserir a profissão no campo da prevenção e promoção da saúde. A profissão está sendo desafiada a uma re-significação dos antigos valores que nortearam a prática profissional nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde, imersos apenas no sentido da reabilitação, em que a



recuperação do “corpo biológico” constitui-se no seu grande objeto de trabalho. As diretrizes tentam mostrar que o que era suficiente como campo de atuação para a Fisioterapia em sua origem não se justifica nos dias atuais.

O desafio torna-se ainda maior quando olhamos para a população brasileira e suas necessidades na área da saúde e constatamos que mais de 70% dessa população depende, exclusivamente, do SUS (Brasil, 2008), mas que o fisioterapeuta tem conquistado mais eficiência e eficácia no sistema privado. Ou seja, na prática o fisioterapeuta está melhor e mais consistentemente engajado no sistema privado de saúde e poucas são as experiências de atuação na prevenção e promoção da saúde, como discutiremos nos capítulos que seguem.

Fica evidente a responsabilidade social da profissão mediante as transições demográficas e epidemiológicas, em que se observa um envelhecimento da população, com maior longevidade, favorecendo a manifestação de doenças crônico-degenerativas, para citarmos apenas dois exemplos do que hoje se evidencia na sociedade brasileira.

A Fisioterapia pode contribuir de forma significativa com as suas práticas para a prevenção, a promoção e as intervenções terapêuticas nas diversas intercorrências físico-funcionais que atingem ou que potencialmente podem atingir um número cada vez maior de pessoas. Portanto, além de precisar dar respostas efetivas às demandas sociais é preciso considerar que a Fisioterapia precisa responder à demanda da própria profissão que forma hoje, aproximadamente, 14 mil novos fisioterapeutas por ano.



2.2 A Fisioterapia no contexto mundial

A origem da Fisioterapia no mundo tem uma relação direta com as guerras, diferentemente do Brasil, que tem uma relação com a poliomielite e os acidentes de trabalho. Entre os países participantes da Primeira Guerra Mundial, o grande número de mortos e mutilados levou a uma diminuição na força de trabalho ativa, criando uma necessidade econômica de reincorporar os acidentados e mutilados de guerra à força produtiva. Foi nesse período que surgiram os primeiros grandes centros de reabilitação, locais onde eram realizadas as atividades de promoção da reaprendizagem dos movimentos perdidos e reeducação funcional, através, principalmente, das técnicas cinesioterápicas.

Nos períodos de paz, a Fisioterapia se desenvolveu na relação com demandas provocadas por várias doenças, tendo grande importância a poliomielite, que teve sua primeira grande epidemia nos Estados Unidos da América a partir da primeira década do século XX, criando uma grande demanda por profissionais qualificados, entre eles o fisioterapeuta. E essa demanda perdurou até as décadas de 1940 e 1950 (Barros, 2003).

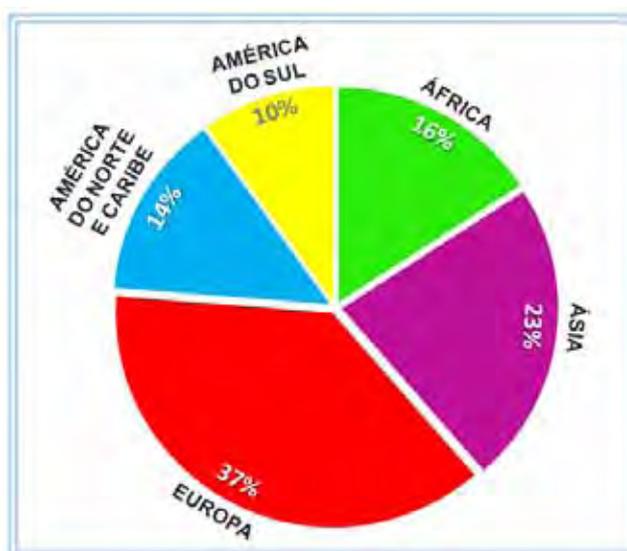
A World Confederation Physical Therapy (WCPT) foi fundada em 1951, em Londres, para representar os fisioterapeutas internacionalmente. No momento de sua fundação, houve a adesão de 13 países, mas até dezembro de 2001 a WCPT representava 92 países membros, incluindo o Brasil, e congregando mais de 225.000 fisioterapeutas em todo o mundo. É uma confederação das Associações Nacionais de Fisioterapia, em que o profissional está ligado a WCPT através de sua



Associação Nacional, e somente uma organização de cada país pode ser elegível para membro da WCPT.

Os membros da Confederação estão organizados em cinco grupos regionais: África com 15 países membros; Ásia e Ocidente do Pacífico com 19 países membros; Europa com 36 países membros, América do Norte e Caribe com 12 países membros; e América do Sul com 10 países membros, como pode ser observado no **Gráfico 06**.

Gráfico 06: Porcentagem de países membros da WCPT por continente.



Fonte: WCPT

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

Oficialmente, portanto, há aproximadamente 289.018 fisioterapeutas vinculados à Confederação em todo o mundo; entretanto, devido ao fato de que cada associação paga uma anuidade para a WCPT proporcional ao número de associados, acredito que esse número está subestimado, pois no Brasil a estimativa para o ano de 2006 era de 80 mil fisioterapeutas e, oficialmente, a Confederação registra apenas de 2.161 associados brasileiros.



O número de fisioterapeutas membros da WCPT de cada país pode ser verificado no **Quadro 04**, em que se observa a relação de países membros acompanhada do número de associados do seu país.

Quadro 04: Relação dos 101 países membros da World Confederation Physical Therapy nos cinco continentes com os números de associados por país em 2006.

África (16)	Asia Western Pacific (23)	Europe (38)	North America Caribbean (14)	South América (10)
Botswana (20) Cameroon (26) Egypt (650) Ethiopia (19) Ghana (26) Kenya (390) Malawi (25) Namibia (55) Nigeria (400) Rwanda (120) South Africa (2522) Swaziland (15) Tanzania (60) Uganda (60) Zambia (60) Zimbabwe (43)	Afghanistan (146) Australia (8731) Bahrain (105) Bangladesh (179) Cambodia (115) Fiji (29) Hong Kong (971) India (15504) Indonesia (492) Iran (1412) Japan (39023) Korea (3000) Kuwait (160) Malaysia (500) Nepal (37) New Zealand (2109) Philippines (291) Saudi Arabia (300) Singapore (390) Sri Lanka (150) Taiwan (723) Thailand (980) United Arab Emirates (200)	Austria (3668) Belgium (2948) Bulgaria (290) Croatia (921) Cyprus (340) Czech Republic(1423) Denmark (7995) Estonia (144) Finland (6713) France (4500) Germany (29436) Greece (777) Hungary (2075) Iceland (427) Ireland (2525) Israel (700) Italy (4115) Jordan (50) Latvia (175) Lebanon (603) Liechtenstein (49) Lithuania (350) Luxembourg (240) Malta (44) Montenegro (151) Netherlands (15210) Norway (6700) Poland (289) Portugal (1080) Romania (250) Serbia (750) Slovenia (750) Spain (6407) Sweden (9788) Switzerland (7164) Syria (155) Turkey (478) United Kingdom (34460)	Bahamas (24) Barbados (24) Bermuda (25) Canada (9605) Costa Rica (113) Curacao (50) Guatemala (50) Jamaica (33) Panama (70) Puerto Rico (207) Suriname (30) Trinidad & Tobago (34) United States of America (48903)	Argentina (120) Bolivia (50) Brazil (2161) Chile (750) Colombia (707) Ecuador (120) Mexico (300) Peru (80) Uruguay (184) Venezuela (200)
TOTAL 4.491	TOTAL 75.547	TOTAL 154.140	TOTAL 59.168	TOTAL 4.672

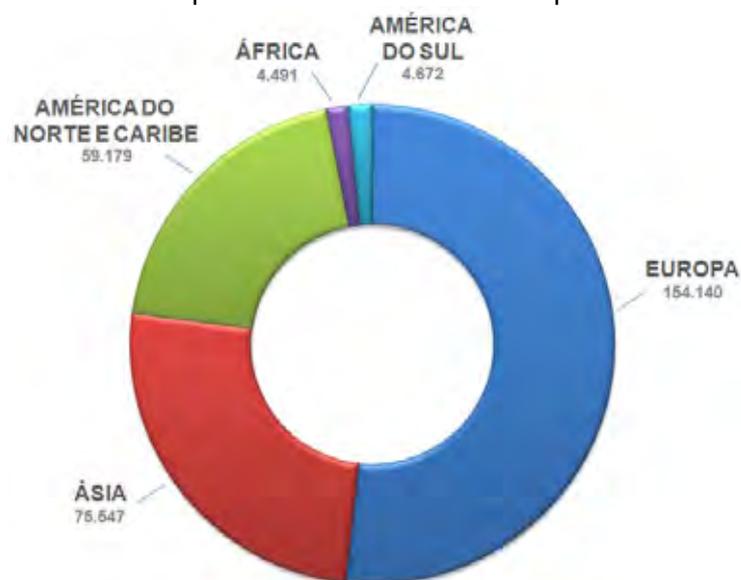
Fonte: WCPT

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus



Os dados com os números de membros em cada país e continente permitem visualizar o domínio da Europa, bem como a pouca representatividade da África e América do Sul nesta instituição. O **Gráfico 07** apresenta uma informação visual desses números da Confederação demonstrando o domínio europeu e a pequena representatividade da África e América do Sul.

Gráfico 07: Número de fisioterapeutas membros da WCPT por continente.



Fonte: WCPT

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

De acordo com a página oficial da WCPT, a missão da organização é representar os profissionais fisioterapeutas internacionalmente. Entre seus objetivos específicos, estão os atos de encorajar o alto padrão de educação e práticas em Fisioterapia, fomentar a comunicação e troca de informações, incentivar o desenvolvimento de associações de fisioterapeutas e o suporte a esforços de organizações nacionais para melhorar a situação da Fisioterapia, organizar congressos internacionais de fisioterapeutas, cooperar com propriedade com



organizações nacionais e internacionais, debater assuntos sociais e políticas que afetem a saúde, e fazer todos os atos legais necessários para o desenvolvimento da Confederação.

Existem subgrupos na WCPT que têm uma área específica de interesse e são consideradas importantes organizações internacionais independentes de fisioterapeutas. Estes subgrupos promovem o avanço da Fisioterapia nos seus campos e são organizados para trocar conhecimento científico. Ao mesmo tempo, revela a valorização da técnica e da especialidade como concepção hegemônica de Fisioterapia. São os seguintes:

- Associação de Acupuntura Internacional de Fisioterapeutas;
- Associação Internacional de Fisioterapeutas que Trabalham com Pessoas Idosas;
- Federação Internacional de Terapeutas de Manipulação Osteopática;
- Federação Internacional de Fisioterapeutas do Esporte;
- Organização Internacional de Fisioterapeutas da Saúde da Mulher.

Por sua vez, se os subgrupos organizam a ação internacional dos fisioterapeutas por especialidade, vários programas da WCPT apontam para novos rumos de atuação, reforçando a sua missão de apoiar a profissão e dar sua contribuição à saúde mundial. Alguns dos programas apontados em sua página são: Práticas Baseadas em Evidências (PBE); Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC); Classificação Internacional da Função, Deficiência e Saúde (CIF).

A WCFT participa de algumas campanhas, por exemplo, dando suporte e reabilitação para vítimas de tortura, campanhas com iniciativas antitabaco, campanha do dia mundial para prevenção de abuso infantil. Essas características



mostram uma dimensão política da Confederação, demonstrando compromisso social; entretanto, observo que essas ações não refletem e não influenciam a Fisioterapia brasileira, evidenciando uma tímida presença da organização entre nossa comunidade.

Temos ainda a Confederação Latinoamericana de Fisioterapia e Kinesiologia (CLAFK) que é a reunião de Associações de Fisioterapia Latinoamericanas. Foi fundada em 1967 no Chile, com o apoio e participação de Associações Profissionais do Chile, Argentina, Uruguai e Peru. Atualmente, está integrada por 11 organizações representativas dos seguintes países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Peru, Paraguai, Uruguai e Venezuela.

Esta Confederação reúne a cada quatro anos os seus filiados para um Congresso, sendo que em 2006 realizou sua 12ª edição na Colômbia. Sua missão central é o intercâmbio cultural, científico-acadêmico e tecnológico entre os países membros. Entretanto, novamente se observa pouca influência da CLAFK na Fisioterapia brasileira. Ambas as confederações têm participado dos principais congressos brasileiros de fisioterapia nos últimos anos, mas isso não tem sido suficiente para identificar suas presenças no Brasil.





3 - O lugar social do fisioterapeuta

3.1 Revendo nossa prática

As práticas em saúde, ao mesmo tempo em que constituem o centro motor do sistema de saúde, também representam o nó crítico dos problemas relativos à baixa efetividade e resolutividade, especialmente no âmbito da atenção básica

O debate sobre a necessidade dos profissionais da saúde repensarem suas práticas intensificou-se com a aprovação das novas Diretrizes Curriculares aprovadas pelo MEC. Na Fisioterapia, dentre os vários aspectos apontados pela Comissão de Especialistas, responsáveis por coordenar a discussão e definição das Diretrizes, há uma ênfase sobre os aspectos ligados ao perfil do formando, bem como aos conhecimentos necessários para o desenvolvimento de competências, habilidades gerais e não especializadas. De acordo com essas Diretrizes, espera-se que todos os cursos de graduação organizem seus currículos de maneira a proporcionar a formação de um profissional com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, com habilidades e competências para atuar em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2002).

Este debate curricular está questionando o lugar social reconhecido pela comunidade de fisioterapeutas e reforçado pelas práticas centradas na reabilitação, conforme discutido no capítulo anterior. Superar essa condição e ampliar esse lugar social impõe muitos desafios.

Um dos grandes desafios apresentados pelas novas Diretrizes é a solicitação de que a estrutura curricular garanta a prática profissional do fisioterapeuta na



Atenção Básica. As Diretrizes apontam para a necessidade de a Fisioterapia responder às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) que preconizam o atendimento das necessidades da comunidade, solicitando uma prática profissional interdisciplinar; portanto, implicando que os fisioterapeutas revejam valores históricos da profissão que se formatou com práticas na relação com a doença. Desde sua origem, o profissional fisioterapeuta teve suas ações vinculadas a práticas curativas e individualizadas, relacionadas a disfunções físico-funcionais originadas por algum tipo de patologia e no âmbito da reabilitação.

O estudo de Teixeira (2007) evidenciou esse aspecto nos serviços de Fisioterapia ofertados ao SUS no Rio Grande do Norte. Uma análise dos registros da Produção Ambulatorial no ano de 2004 daquele estado confirmou o que parece ser realidade em todo o País: um atendimento individualizado, com ações dicotomizadas em relação ao tratamento dispensado à clientela e centrado na doença e não no Sujeito.

Na direção de tentar superar essa condição, os debates mais recentes sobre a prática profissional do fisioterapeuta, aqui podemos citar o I CONAFISC – Conferência Nacional de Saúde Coletiva; os encontros da ABENFISIO – Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia; a Conferência Nacional de Saúde têm insistido na necessidade de ampliar as ações desse profissional para outros tipos de intervenção identificados com prevenção e promoção da saúde e com foco na Atenção Básica.

Observamos um aumento do debate teórico, com envolvimento de um número cada vez maior de fisioterapeutas. Todavia, reflexões sobre tais questões apontam alguns aspectos que dificultam a mudança das práticas: a necessidade de superar a



lógica do atendimento individual, centrado na doença, distante do trabalho interdisciplinar e da interlocução com a comunidade onde o trabalho está inserido (Freitas, 2006).

Além disso, Cunha (2004) lembra que o hospital ainda é um espaço priorizado para a formação de profissionais de saúde. Contudo, ele é adequado aos instrumentos teóricos da Biomedicina, mas ao contrário, na Atenção Básica, em que o Sujeito complexo, permeável a todo tipo de influências externas e internas, quando apresenta suas demandas, o profissional da saúde tem dificuldades para enquadrar a complexa sintomatologia nos quadros da Biomedicina. Isso ocorre porque na Atenção Básica a convivência com a incerteza e a necessidade de valorizar as subjetividades é maior e pode ser geradora de muita ansiedade no profissional da saúde que não consiga lidar bem com essas questões.

É por isso que diante da formação e das práticas hegemônicas dos fisioterapeutas brasileiros, os desafios apresentados aos profissionais que se direcionam para a Atenção Básica tornam-se grandes e não tão fáceis de superação.

Em seu estudo, Freitas (2006) apresenta alguns questionamentos que, normalmente, o fisioterapeuta pode se fazer ao deparar com a experiência da Atenção Básica:

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 hiper valorização 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? (FREITAS, 2006, p. 18).

O mesmo autor também aponta a existência de distinções no campo das práticas entre as profissões da saúde. Para ele as profissões de saúde como a Medicina, a Enfermagem e o Serviço Social, que tiveram oportunidade de estar em espaços assistenciais mais próximos da comunidade, que hoje são os locais onde a Atenção Básica está situada como postos de saúde, escolas, centros sociais, têm inserções muito diferenciadas daquelas profissões que não tiveram essa experiência. Essa característica produz peculiaridades distintas na trajetória das profissões de saúde, em que umas se aproximam do que era considerada Saúde Pública no Brasil e outras tiveram suas ações voltadas para os hospitais, clínicas e consultórios.

Essa última é a realidade da Fisioterapia, uma vez que a formação bem como os espaços conquistados no mercado de trabalho não está tão próxima da Saúde Pública como aconteceu com a Enfermagem, a Medicina e a Assistência Social. Portanto, não há dúvidas de que está em marcha um processo de mudança na formação e nas práticas, o que ampliaria o lugar social do Fisioterapeuta, para avançar na direção do reconhecimento da profissão em espaços que até então não foram merecedores de uma atenção maior por parte da profissão.



Além disso, para todos os fisioterapeutas que tem debatido essa questão, está claro que a inserção da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde também perpassa pela necessidade urgente de ampliação do campo de trabalho. Um campo que tem espaço para ações visando à recuperação, prevenção e promoção da saúde, em um lugar em que o sentido do aprimoramento tecnológico se direciona para a necessidade de ampliação de domínios e conhecimentos, principalmente, na área das Ciências Humanas (Freitas, 2006).

Para entender as razões que levaram a delimitação do campo de trabalho da Fisioterapia é preciso analisar sua história. A origem da Fisioterapia no Brasil tem relação direta com a Medicina, portanto essa tem muita influência na identidade profissional do Fisioterapeuta, estabelecendo tendências e determinando o campo de trabalho. Foram os médicos que trouxeram e usaram pela primeira vez no Brasil, recursos físicos que hoje são reconhecidamente instrumentos de trabalho da Fisioterapia. Os primeiros serviços de Fisioterapia também foram iniciativas de médicos, bem como os primeiros cursos de formação de técnicos de Fisioterapia foram idealizados e ministrados por médicos; entretanto, as escolas médicas brasileiras também tiveram suas influências.

No início do século XIX, nos Estados Unidos vivia-se um profundo debate sobre a organização das escolas médicas. A publicação, em 1910, do relatório de Abraham Flexner, da Universidade de Johns Hopkins, financiada pela Fundação Carnegie, para avaliar a educação médica nos EUA e Canadá, muda os rumos de ensino médico não só nestes países, como também, na América Latina. Naquela época havia nos EUA um enorme contingente de escolas médicas isoladas de fins pecuniários e sem vínculo com instituições universitárias.



O impacto do relatório culminou no fechamento de 124 das 155 escolas médicas norte-americanas por terem sido consideradas fora dos padrões científicos. Embora muitas delas fossem consideradas inadequadas, coincidentemente, as escolas que foram fechadas eram instituições que permitiam o acesso de estudantes negros, pobres e do sexo feminino (Urtiaga, 2004).

O discurso era em cima da necessidade das escolas se adequarem ao modelo científico de investigação vigente, o qual tinha de ser fundamentado na observação, na experimentação e na comprovação. Essa racionalidade científica se funda na divisão e fragmentação do homem com o objetivo de separar e disciplinar para melhor conhecer. É dessa lógica que surgem as especialidades e, no Brasil, a área da saúde é caracterizada por um grande contingente de especialidades.

Hoje na medicina, de acordo com a Resolução N°. 1763/2005 do Conselho Federal de Medicina (CFM) são 58 especialidades que disputam o espaço de formação dos profissionais e que demonstram, além da fragmentação da prática e do saber médico, a desvantagem do campo da atenção básica em relação às demais especializações, sendo um total de 2 para o primeiro e de 56 para o segundo. Em relação à formação e ao trabalho do enfermeiro, por exemplo, a ênfase também é marcada pelas especializações, uma vez que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tem definidas 42 especialidades sendo que dessas, apenas duas estão voltadas para a atenção básica - Saúde Coletiva e Saúde da Família (GIL, 2006).

Coerente com essa concepção se organizou um modo de transmissão desse conhecimento, que influenciou a lógica dos currículos das escolas médicas. Na realidade, tal relatório, nada mais é do que o paradigma newtoniano-cartesiano travestido na educação médica de paradigma flexneriano.



Os impactos das diretrizes praticamente impostas pela economia americana às escolas médicas brasileiras através deste relatório foram:

(...) a pouca ênfase na prevenção e na atenção ambulatorial, a supervalorização da Medicina de caráter curativo e hospitalar, centrada no indivíduo, a dissociação das preocupações sociais das práticas médicas (já que a Medicina é ciência biológica e não social), e a exclusão da análise da totalidade do organismo, resultado da fragmentação curricular e da criação das diversas especialidades médicas. A competência técnico-científica foi realçada em detrimento da relação médico-paciente (SALMÓIA; CAMARGO, 2008, p.76/77).

O relatório influenciou quase a totalidade das escolas médicas brasileiras e, segundo Urtiaga (2004), essa influência ainda persiste, obedecendo à concepção biológica do indivíduo e valorizando o saber científico numa visão positivista e dualista de conhecimento.

Como as escolas médicas no Brasil influenciaram todas as outras profissões de saúde, não seria diferente com relação à Fisioterapia, e hoje o setor da saúde vive a necessidade de

(...) superação do paradigma flexneriano, ainda predominante no modelo de atenção e que continua exercendo forte influência na formação e determinação das práticas profissionais em saúde, na organização dos serviços e no imaginário da população que, assiduamente, é induzida a acreditar que este é o modelo que tem o poder de resolver seus problemas e necessidades de saúde (GIL, 2006, p. 9).



Não são poucos os estudiosos que apontam a ineficiência do modelo hegemônico na saúde por concentrarem seus gastos em procedimentos custosos e de baixo impacto sobre a saúde da população.

Além desse desafio a ser enfrentado pelas profissões da saúde, o que se observa é que no período em que a Fisioterapia começa a se consolidar no Brasil a área da Saúde apresentava dilemas a respeito do seu objeto de trabalho. Para Rebelatto e Botomé (1999) o objeto de trabalho na saúde não estava claro o suficiente, pois se observava que

(...) a 'doença' parece ser a parte desse objeto que mais recebe atenção, obscurecendo o que é a totalidade desse objeto: as condições de saúde de um organismo ou de toda uma população (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999, p. 17).

Dessa forma, as práticas dos modelos aplicados à saúde e, especificamente, na Fisioterapia, organizam-se segundo as condutas biomecânicas que fragmentam o indivíduo e propõem intervenções baseadas na prescrição e execução de condutas terapêuticas centradas na doença, apresentando-se totalmente alienadas da percepção de complexidade da saúde.

Foi assim que na década de 1950, a profissão que se iniciava, ao deparar com o grande número de acidentados de trabalho, bem como com um surto de poliomielite acabou limitando sua atuação a recuperar condições de saúde já afetadas e não para o trabalho com o desenvolvimento e promoção da saúde da população do País. A necessidade de adequar-se à racionalidade científica dominante, tornava-se mais prático aos profissionais fisioterapeutas assumirem "(...)" 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” (Freitas, 2006: p. 45). Assim, a estrutura curricular, o modelo de formação e também os campos de atuação da Medicina foram modelos para a Fisioterapia e para as outras áreas da saúde, solidificando o modelo hegemônico.

No **Quadro 05** apresento uma síntese com características que podem ser observadas nas práticas profissionais influenciadas pelo modelo hegemônico e contra-hegemônico.

Quadro 05: Características da prática profissional no modelo hegemônico e no modelo contra-hegemônico.

MODELO HEGEMÔNICO	MODELO CONTRA-HEGEMÔNICO
Prática Profissional	
- organização dos serviços a partir da demanda espontânea	- ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além dos muros das unidades de saúde
- excelência técnica associada a super-especialização	- equilíbrio maior entre especialistas e generalistas, com distribuição mais adequada da força de trabalho em saúde
- fragmentação do conhecimento e do olhar para o paciente	- visão global do paciente
- modelo médico-assistencial-privatista;	- autonomia dos usuários na produção da saúde
- medicalizante	- promoção e prevenção em saúde
- procedimento-centrada	- saúde coletiva
- alta tecnologia	- atenção básica
- trata a doença	- responsabiliza-se pelo sujeito

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

No aspecto da atuação profissional o que se espera de um fisioterapeuta na perspectiva da prática contra-hegemônica é que ele tenha uma postura mais generalista, com visão integral do Sujeito; considere o saber desse Sujeito; e invista



em promoção e prevenção em saúde e não somente na doença, atuando também na Saúde Coletiva e na Atenção Básica.

Mas o que se observa no aspecto educacional, na década de 1970, de acordo com a análise de Rebelatto e Botomé (1999), é que a educação assumia o papel de transmissora do conhecimento produzido fora do país, não estava orientada e preocupada com as necessidades da população ou com a realidade do povo brasileiro. Na saúde, com tantos problemas para se resolver e diante da pouca experiência e tradição em pesquisa, ficava muito mais prático aplicar as técnicas de tratamento importadas, sem questioná-las.

Além disso, observa-se que

(...) a visão predominante sobre as práticas em saúde era a tecnicista, que enfatizava o saber técnico desprovido e dissociado do saber político, perpassando, na relação profissional de saúde-usuário, uma relação de autoridade técnica na qual o profissional era o sujeito e o paciente o objeto das práticas (GIL, 2006, p. 54).

O processo do trabalho dos profissionais da saúde fica organizado de acordo com práticas tradicionais, idealizadas pelo modelo hegemônico, centradas na assistência curativa fragmentada, especializada e de baixa resolutividade, causando um descompasso entre as necessidades de saúde da população e a organização dos serviços, mantendo limitadas as possibilidades de inovações nas práticas do cuidado em saúde (Gil, 2006).

Enfim, observamos que vários fatores contribuíram para o direcionamento do campo de atuação profissional do fisioterapeuta: as circunstâncias históricas, o



sistema educacional, a tradição no trabalho em saúde, a concepção de ciência e pesquisa que vigorava no País, bem como o distanciamento de campos de trabalhos mais próximos do que era a Saúde Pública antes da implantação do SUS.

Associada a esse distanciamento, a Fisioterapia no processo de consolidação da profissão necessitou enfrentar um embate corporativo e político com parte da classe médica, fazendo com que houvesse a necessidade de a profissão priorizar e garantir a conquista de um lugar social bem definido na prática de saúde brasileira.

Diante das matrizes epistemológicas apresentadas no capítulo anterior é possível visualizar a opção feita pelos profissionais fisioterapeutas naquele momento, enfatizando seu lugar na atuação no campo da reabilitação. A origem, a concepção, as oportunidades se dirigiam para esse campo das práticas reforçado pela necessidade de conquista de uma identidade social. Contudo, esse ainda é o lugar social do fisioterapeuta na contemporaneidade.

Paralelamente a isso, é preciso lembrar que o período compreendido entre as décadas de 60 e 80 o País passava por significativas transformações políticas e sociais. As conseqüências da ditadura militar estavam expressas nas condições precárias impostas à sociedade brasileira. As desigualdades eram evidentes na área da saúde, o acesso à saúde e a capacidade financeira caminhavam juntas. Diante dessas condições, a Fisioterapia que se afirmava dentro de um campo específico de trabalho identificado com a profissão liberal, não participava do debate que ocorria neste setor, onde se discutia o modelo de assistência à saúde (Freitas, 2006).

Portanto, a Fisioterapia não esteve ativa nesse debate, ou se o fez, não impactou a ponto de redirecionar suas práticas. Frente à necessidade de se autoafirmar, a Fisioterapia foi se distanciando da discussão no campo da Saúde Coletiva



e demarcando seu lugar na prática liberal da clínica de especialidades, normalmente vinculada a centros de reabilitação, clínicas ou consultórios particulares. O distanciamento da Saúde Coletiva vem novamente reforçar o lugar social do fisioterapeuta no campo da reabilitação e vinculado à profissão liberal.

Observamos, na verdade, uma mobilização em direções opostas, pois o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira teve suas raízes com profissionais da saúde os quais diante de estudos que sustentavam e subsidiavam esse debate, passaram a criticar o modelo vigente e a propor alternativas para a sua reestruturação. A principal bandeira da Reforma Sanitária era romper com o reducionismo do modelo hegemônico vigente, sustentado por ações curativas e voltado para a atenção individual.

(...) a mudança do modelo de atenção à saúde tem sido reiteradamente discutida na Reforma Sanitária Brasileira, antes inclusive da criação do SUS. Um sistema de saúde que valorize as ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e a atenção às pessoas na perspectiva da integralidade do cuidado e do acesso aos serviços sempre foi idéia defendida pelos atores e sujeitos sociais mobilizados em torno da mesma. Estes pressupostos são identificados como vetores capazes de produzir impacto positivo na construção de um novo modelo de atenção, superando o anterior que permanece amalgamado na supervalorização das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalar e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, à fragmentação do cuidado em saúde (GIL, 2006, p. 14).

Como poderia a Fisioterapia, que acabara de se afirmar diante desse modelo de atuação em saúde se rebelar contra ele? Segundo as pesquisas documentais



realizadas por Freitas (2006) a profissão não possui registros nas entidades representativas (Crefitos e Coffito) a respeito de sua inserção no debate acerca das transformações ocorridas na saúde nesse período.

De forma consciente ou não, a Fisioterapia passa a defender a proposta privatista de saúde, identificada com princípios de

(...) 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 (FREITAS, 2006, p. 70).

Até então, o vínculo da Fisioterapia com o SUS era incipiente e quando existia se dava por intermédio do setor privado através de convênios estabelecidos com o setor público. Nessas condições a clínica de Fisioterapia era uma prestadora de serviços para o sistema público, e quase sempre o fisioterapeuta era um empregado onde, na maioria das vezes, o proprietário da clínica era o médico. Nessa condição, o serviço de Fisioterapia oferecido priorizava a quantidade de atendimentos em detrimento da qualidade, indo ao encontro dos interesses da iniciativa privada, da saúde enquanto mercadoria, e não da necessidade da população.

Esse caminho pelo qual a Fisioterapia se relacionou com o SUS mostrou pelo menos três aspectos desastrosos para a profissão: primeiro, a submissão do fisioterapeuta a um sistema que lhe cobrava apenas quantidade de serviço e não qualidade; segundo, a precariedade dos serviços oferecidos à população usuária do SUS, em que a resolutividade era mínima, prejudicando a imagem da profissão na sociedade; terceiro, o adiamento da condição do fisioterapeuta de integrar o quadro



de profissionais do setor público de saúde pela comodidade dos gestores provocada pela situação de terceirização dos serviços descrita acima, bem como pelo fato de que a maioria dos fisioterapeutas não reconhecia a saúde pública como espaço de atuação profissional. Sobre esta questão Schmidt (2002) apresenta uma reflexão crítica, afinal

(...) se as equipes de saúde [no SUS] são constituídas basicamente de médicos e de enfermeiros, será que isso não ocorreu porque foram médicos e enfermeiros sanitaristas que lutaram desde o início do movimento de Reforma Sanitária Brasileira pelo modelo de atenção integral à saúde, buscado por meio do Programa Saúde da Família, entre outros? (SCHMIDT, 2002, p. 127).

Estas foram as razões pelas quais a inserção da Fisioterapia no sistema público de saúde e, mais especificamente, na Atenção Básica, ter começado a se esboçar concretamente apenas após a regulamentação e implementação do SUS. Também foi neste momento, enfim, que a Fisioterapia passa a efetivamente debater a política pública de saúde brasileira, sabendo que somente no início deste século a discussão sobre o SUS envolve todas as escolas formadoras em função das novas Diretrizes Curriculares.

Ao debater os princípios do SUS a integralidade passa a fazer parte da agenda de discussão da Fisioterapia, sabendo que seus atributos são desejáveis nas práticas de cuidado, nas formas de organização dos serviços e nas políticas de saúde (Pinheiro, 2006). Diante disso, identificar essas marcas nos serviços de Fisioterapia e, mais especificamente, identificar nas práticas cotidianas as



possibilidades e limites da construção da integralidade é um exercício necessário e que esse trabalho se propõe.

A Fisioterapia, ao buscar a integralidade amplia seu campo de ação, pois redimensiona o processo de reabilitação, passando a considerar as condições sociais do paciente na definição de sua proposta de intervenção. Seu olhar avança para além da condição clínica do paciente e para além do uso apenas de técnicas fisioterapêuticas, para além do espaço do ambulatório, da clínica ou do consultório, para além da doença, incorporando em suas ações uma visão multidimensional e interdisciplinar de saúde.

Um trabalho nessa direção favorece a construção de ações mais resolutivas para quem necessita de Fisioterapia e vai ao encontro da mudança em discussão na saúde que busca por modelos alternativos. Um novo modelo não para negar os existentes, mas que valorize ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, empregando formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida das coletividades e valorizando o controle social ao favorecer a participação dos atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde (Barcellos; Monken, 2007).

Rojas (2003) contribui com essa discussão ao apontar que o conceito ampliado de complexo patológico, desenvolvido por Sorre, poderia ser formulado como a entidade bio-psico-social de ordem superior que resulta da dependência mútua entre os componentes e processo biológicos, econômicos, políticos e culturais que integram a sociedade e interferem na produção de qualquer problema de saúde.

Essas questões sociais, econômicas e de participação que interferem na vida dos usuários dos serviços de saúde e suas famílias, e a forma pela qual a sociedade trata os referidos assuntos têm nos chamado a atenção. Se, por um lado, elas



repercutem diretamente na qualidade do processo de recuperação da saúde, por outro lado, ainda encontram-se distantes das práticas dos fisioterapeutas. O entendimento de que esses aspectos interferem diretamente na saúde das pessoas amplia o leque de ação profissional e avança, não somente na direção da superação da visão do modelo da doença, como se aproxima da visão de integralidade na saúde e de uma Fisioterapia mais social, mais coletiva e para todos que dela necessite.

3.2 Revendo nossa formação

É preciso pensar uma formação de fisioterapeutas que possibilite colocar no mercado de trabalho um profissional comprometido com ações e reflexões que dêem um novo significado para práticas contextualizadas. A prática numa direção em que o fisioterapeuta possa olhar para os seus pacientes não através de suas seqüelas ou dificuldades, mas como Sujeitos, que precisam ser ouvidos e respeitados, para que o fisioterapeuta tome posse de informações que lhe permita ações mais assertivas na produção da saúde.

Para isso busquei elementos que me auxiliassem a entender aspectos que envolvem o problema da inadequação dos recursos humanos, dentre eles os fisioterapeutas, para as práticas necessárias à mudança do modelo de atenção à saúde. Elementos que ajudassem a se aproximar da proposta de um novo modo de fazer saúde. Sabendo que

(...) as práticas profissionais não acontecem ao acaso, não se exercem num vazio e que estão articuladas a um corpo de



idéias, a um conjunto de ações coordenadas que configuram um processo de trabalho em saúde historicamente determinado que, por sua vez, é condicionado pela forma como os serviços são organizados e geridos (GIL, 2006, p. 14).

Como se sabe, nossas opções e nossas posturas não são neutras e não estão imunes aos conflitos de interesses. Ao desenvolver esta pesquisa, eu também não poderia ficar imune. Há aqui um claro compromisso com a existência do SUS, principalmente, porque a atuação dos profissionais formados pelas nossas universidades não tem sido suficientemente adequada para um trabalho na perspectiva da saúde como produto social, da integralidade da atenção e das práticas mais humanizadas de saúde. A proposta deste estudo é contribuir com uma reflexão sobre esta temática.

Nesse sentido, é preciso reconhecer que o debate sobre Saúde Pública e Fisioterapia na Saúde Coletiva foi incentivado e amplamente estendido para todas as IES diante das dificuldades de implementação do SUS. Novamente aqui se observa o papel importante desempenhado pela revisão das Diretrizes Curriculares de todos os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Essa iniciativa do Ministério da Educação (MEC), conjuntamente, com o Ministério da Saúde desencadeou a mais profunda reflexão sobre o papel da Universidade nesse processo. Como consequência, provocou uma grande mobilização das coordenações dos cursos de Fisioterapia em Universidade e Faculdades, públicas e particulares.

A proposta de mudança das Diretrizes Curriculares surge com a necessidade de pensar a formação dos profissionais da saúde enquanto uma estratégia importante para a implementação do SUS. O novo modelo de atenção, onde se



defende uma concepção ampliada de saúde, sustentada por meio dos princípios de integralidade, equidade e universalidade, trouxe como consequência, além da reforma nos serviços, a necessidade de se criar mecanismos que permitam formar profissionais com perfil, competências e habilidades para operacionalizar todas as transformações ocorridas e por ocorrer no setor saúde do País.

O empenho do Ministério da Saúde em rever as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde parte da constatação de que o modelo pedagógico tecnicista e especializado vigente não formaria profissionais com perfil, competências e habilidades necessárias para as mudanças propostas no setor. Dessa forma, a

(...) formação dos profissionais de saúde, até então estruturada sob um modelo pedagógico com uma visão fragmentada, voltada para uma formação tecnicista e especializada, com o ensino baseado na transmissão do conhecimento, tendo o professor como principal fonte de informação e o aluno como sujeito passivo nesse processo, torna-se obsoleta e ineficaz diante das transformações no setor saúde (SCHMIDT, 2002, p.16).

Com intuito de pensar exemplos dessa situação, num esforço de síntese, apresento no **Quadro 06** características possíveis de serem observadas no processo de formação influenciadas pelo modelo hegemônico e, em contraponto, o que se espera de uma formação que se proponha contra-hegemônica.

Portanto, as instituições formadoras, os docentes e os próprios alunos podem observar o quanto suas práticas têm se direcionado para uma formação centrada na promoção da saúde; que valorize mais as condições sociais e humanas no desenvolvimento das doenças; que a atenção esteja centrada no Sujeito tratado de



forma integral; que o aluno aprenda a aprender e saiba trabalhar em equipe de forma interdisciplinar, intersetorial e em uma perspectiva de contribuir com a mudança da realidade onde atua.

Quadro 06: Características da formação profissional no modelo hegemônico e no modelo contra-hegemônico.

MODELO HEGEMÔNICO	MODELO CONTRA-HEGEMÔNICO
Formação Profissional	
- centrado na doença	- centrado na promoção da saúde
- visão biologicista no desenvolvimento da doença	- valoriza as dimensões sociais e humanas no desenvolvimento da doença
- regulação relativa à saúde médico-centrado no hospital	- regulação relativa à saúde usuário-centrado na comunidade
- reprodução da lógica da especialização em sala de aula	- integralidade na atenção, valorizando a transdisciplinaridade e a intersetorialidade
- avaliação cognitiva do processo ensino-aprendizagem por acumulação de informação técnico-científica	- o aluno tem autonomia para a elaboração do seu conhecimento
- estímulo à prática autônoma (individual) e tecnicizada (especializada)	- estímulo ao trabalho em equipe com ações intersetoriais e interdisciplinares
- descompromisso da saúde com as necessidades da população	- integra a formação profissional à prática dos serviços de acordo com as necessidades da população
- ensino centrado em conteúdos compartimentados e isolados	- o ensino articula saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares
- pedagogias de transmissão do conhecimento	- o conhecimento em constante processo de construção
- abordagem do conteúdo que parte do teórico para o prático	- práxis-ação transformadora

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

Esse debate reforça a necessidade de pensar a formação dos profissionais da saúde em uma efetiva e contínua articulação entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade. Por isso o Ministério da Saúde e da Educação se articularam com o intuito de definir aspectos que seriam comuns para todas as Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde.



O Ministério da Saúde, por sua vez, deu um passo mais decisivo para o enfrentamento desse problema com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada em 2003, com o objetivo de dar continuidade às mudanças na formação de recursos humanos na área da saúde.

Portanto, é preciso reconhecer que o grande debate provocado pelas novas Diretrizes foi um dos principais fomentadores da discussão sobre a necessidade e a forma de inserção da Fisioterapia na Atenção Básica. Entretanto, o mais importante de todas essas transformações insere-se no fato da possibilidade do debate ter a capacidade de provocar uma mudança de condutas em todos os níveis de atuação da Fisioterapia. Assim,

(...) a integralidade da atenção talvez seja o princípio, entre os estabelecidos pelo SUS, de maior impacto sobre a atuação do fisioterapeuta. Isto porque determina a necessidade de novas abordagens com a saúde, pois além de recuperar e reabilitar, o fisioterapeuta precisa saber promover a saúde e prevenir doenças. Precisa ser capaz de transformar a sua realidade, lutando por uma sociedade justa e igualitária, onde a saúde seja realmente um direito de todos (SCHMIDT, 2002, p. 127).

Esse é o maior desafio da nossa profissão na atualidade e é o processo de organização do trabalho do fisioterapeuta que cria os obstáculos para esse salto qualitativo, mostrando que uma visão fragmentada do conhecimento tende a formar profissionais também fragmentados, que valorizam em demasia a especialidade, e sem uma visão de formação geral. Para um sistema de saúde que está buscando consolidar um modelo de atenção integral à saúde, esse tipo de formação especializada não condiz com as necessidades do setor saúde do nosso País.



E como está organizado o trabalho do fisioterapeuta hoje? As entrevistas analisadas indicam alguns traços comuns que serão discutidos no capítulo seguinte:

- Sobrecarga com necessidade de atender quantidade em detrimento da qualidade;
- Insatisfação com relação à remuneração onde o fisioterapeuta se sente explorado e subordinado aos interesses corporativos;
- Saturação do mercado de trabalho provocada pela abertura indiscriminada de novos cursos de graduação em Fisioterapia;
- Desconhecimento por parte da classe médica e de outros profissionais da saúde sobre o agir em Fisioterapia.

3.3 O lugar social do fisioterapeuta: que lugar é esse?

Para ir caracterizando o lugar social do fisioterapeuta explorei os dados das 89 entrevistas feitas pelos 45 alunos do primeiro ano do curso de Fisioterapia da FCT/UNESP. Para a correlação e complementação das informações obtidos nas entrevistas utilizei também os dados disponibilizados pelo Crefito 3 sobre o I Censo dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo, divulgado no *site* do Crefito no primeiro semestre de 2008. Outra referência utilizada é a publicação do MEC intitulada “A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991–2004”, disponibilizada em 2006.

Dos 89 fisioterapeutas entrevistados pelos alunos, 53 (59.6%) trabalham no setor privado ou dedicam a maior parte do tempo a este setor e 36 (40.4%) atuam no setor público. É interessante lembrar que deveríamos ter 50% de entrevistas com



fisioterapeutas de cada setor, mas a dificuldade dos alunos em encontrar profissionais que atuem no setor público e dediquem a maior parte do tempo a este reflete o que acontece hoje no mercado de trabalho: há uma menor quantidade de fisioterapeutas atuando no setor público.

Essa característica é reafirmada com os dados do Censo dos Fisioterapeutas do Estado de São Paulo, em que dos 13.712 fisioterapeutas que responderam ao questionário 9.672 (70,5%) trabalham no setor privado, 2.084 (15,2%) em instituições públicas; 590 (4,3%) mistas e 1.366 (10,0%) em instituições filantrópicas (**Quadro 07**). Há uma diferença significativa entre a percentagem de fisioterapeutas no setor público (15%) e os demais, demarcando muito bem o atual espaço da prática profissional do fisioterapeuta.

Ficam evidentes os aspectos já discutidos anteriormente sobre o distanciamento dos fisioterapeutas dos serviços públicos de saúde e a confirmação do lugar social do fisioterapeuta identificado com o ideário liberal-privatista. Penso que existem vários fatores que contribuíram para a formação do quadro atual, dos quais alguns já foram discutidos anteriormente.

Quadro 07: Tipo de instituição onde trabalham os fisioterapeutas do Estado de São Paulo.

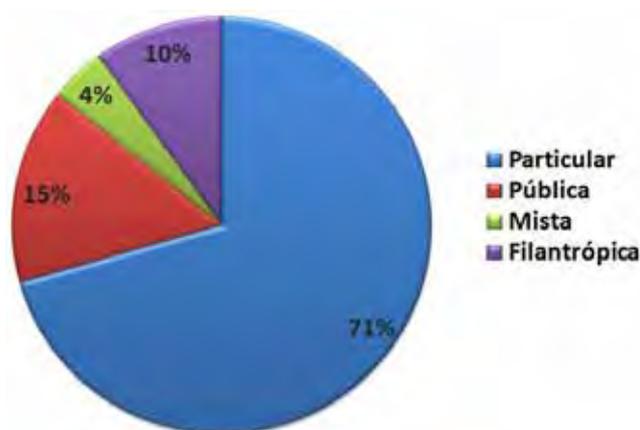
TIPO DE INSTITUIÇÃO	N	%
Particular	9.672	70,5
Pública	2.084	15,2
Mista	590	4,3
Filantrópica	1.366	10,0
TOTAL	13.712	100

Fonte: I Censo dos Fisioterapeutas e TO do Estado de SP - Crefito 3.



Todavia, a superação dessa conjuntura requer que o fisioterapeuta tenha claro o seu papel na Atenção Básica, conseguindo mostrar para a sociedade, para os demais profissionais da saúde e para os gestores o potencial de sua contribuição neste setor. O **Gráfico 08** ilustra de forma mais clara as informações apresentadas no Quadro anterior.

Gráfico 08: Tipo de instituição onde trabalham os fisioterapeutas do Estado de São Paulo.



Fonte: I Censo dos Fisioterapeutas e TO do Estado de SP/Crefito 3.

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

Observa-se que essa característica não se assemelha aos números relacionados ao emprego no Brasil nos setores público e privado na saúde como pode ser visualizado no **Quadro 08**.

Os dados publicados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde mostram que nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste predominam, significativamente, empregos na área da saúde no setor público. Nas regiões Sudeste e Sul há uma inversão, mas ela é bastante discreta, de maneira que quando



olhamos a totalidade brasileira, continua prevalecendo maior número de empregos na área da saúde no setor público.

Quadro 08: Número de empregos no setor saúde por região e esfera administrativa no ano de 2002.

Regiões	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO OESTE	TOTAL BRASIL
Público Federal	6492	18256	39939	22475	8902	96064
Público Estadual	35755	83475	141334	18039	27439	306042
Público Municipal	58026	239717	334668	105624	53312	791347
Total Público	100273	341448	515941	146138	89653	1193453
Privado com fins lucrativos	22281	122538	290639	83665	48556	567679
Privado sem fins lucrativos	10051	59205	239659	94412	16109	419436
Total privado	32332	181743	530298	178077	64665	987115
Total	132605	523191	1046239	324215	154318	2180568

Fonte: Fonte: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária - AMS/IBGE – 2002

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

Os dados sobre os números de empregos do setor saúde no Brasil evidenciam uma tendência nacional muito diferente daquela que ocorre na Fisioterapia. Essa comparação mais uma vez reforça a atual tendência dos fisioterapeutas em atuar no sistema privado. O caminho trilhado fez com que hoje a profissão ainda não tenha conquistado seu lugar no setor público da saúde e, portanto, contribuído com o difícil acesso ao serviço de Fisioterapia para os 70% da população brasileira que faz uso do SUS.

Retomando as entrevistas, uma questão proposta no roteiro foi sobre as facilidades que os fisioterapeutas encontraram para inserir-se no mercado de trabalho. A resposta mais freqüente foi: "Não encontrei facilidades", mostrando que entrar no mercado de trabalho não é uma tarefa fácil; entretanto essa característica



será discutida mais à frente quando abordar as dificuldades apontadas pelos fisioterapeutas.

Sobre as facilidades, os profissionais entrevistados apontaram alguns fatores considerados favoráveis nesse momento da vida profissional, irei discutir dois deles: as especializações e os estágios extracurriculares ou voluntários.

▪ **As especializações dão mais segurança para o profissional quando ele está em processo de conquista de uma vaga no mercado de trabalho:** essa foi uma visão que prevaleceu entre os fisioterapeutas entrevistados. Eles consideram ser importante que o recém-formado invista em especialização para ganhar segurança e se diferenciar na hora da procura por um emprego.

Fazer um curso de especialização é, realmente, uma prática comum na nossa profissão, demonstrando que a especialização é muito valorizada e desejada. De acordo com os dados do censo, dos 24.844 fisioterapeutas que responderam sobre essa questão, 18.299 (73.72%) relataram ter realizado algum tipo de curso de pós-graduação, seja *latu sensu* (71%), *stricto sensu* (10%) ou outros. Essa ânsia por especializar-se vai, justamente, na contramão das novas Diretrizes Curriculares que defendem que o profissional deve ser generalista.

Por outro lado, essa necessidade de buscar uma especialização logo depois de formado pode estar refletindo dois aspectos: ou a graduação não está oferecendo uma formação que dê suficiente segurança para que o aluno recém-formado consiga exercer sua profissão, ou essa mesma graduação não tem conseguido convencê-lo das vantagens e da importância da formação geral em relação à especialização. Diante da postura de muitas IES particulares que não assumem o compromisso com



a qualidade de ensino, acredito que esses recém-formados procuram nas especializações suprirem a insuficiência de seu conhecimento teórico, mas principalmente prático, a fim de conquistar uma maior segurança profissional.

Segundo Campos (2007), a especialização está sempre associada a atitudes que primam pelo monopólio do conhecimento, favorecendo posturas autoritárias e fragmentadas do processo terapêutico. Sem dúvida,

(...) a crescente especialização de médicos, psicólogos, fisioterapeutas e enfermeiros vem diminuindo a capacidade de resolver problemas e aumentando a alienação desses profissionais em relação aos resultados de suas práticas” (CAMPOS, 2007, p. 246).

Na tentativa de superar essa fragmentação há uma ampla defesa em favor das equipes multiprofissionais. O que se observa é que a fragmentação provoca uma disputa acirrada de competências leva a uma desresponsabilização do profissional sobre o processo de recuperação da saúde, tendo como conseqüência um empurra-empurra no momento de definir quem é o responsável pelo paciente. Por outro lado, responsabilizar o trabalho em equipe por superar esses impasses é acreditar e depositar uma responsabilidade muito grande na equipe (Campos, 2007), mas não se tem dúvidas que é um caminho que merece investimentos.

Além disso, é preciso reconhecer que existe na nossa área um mercado de cursos onde não há muito controle sobre sua qualidade e procedência, levando os menos avisados a investir recursos financeiros em cursos que não contemplam as suas necessidades e expectativas. Mas isso acontece porque o profissional sai da



graduação acreditando que é necessário se especializar, pois a graduação valoriza e incentiva a especialidade.

▪ **Fazer estágios extracurriculares durante a graduação ou logo em seguida como estágio voluntário é importante para a conquista do primeiro emprego:** de acordo com o relato dos entrevistados o estágio extracurricular proporciona uma experiência prática para o fisioterapeuta, mas principalmente, pode ser uma oportunidade de garantir uma vaga no mercado de trabalho.

Muitos fisioterapeutas afirmaram que por terem feito o estágio conquistaram o seu emprego. Vejam o grande paradoxo, pois quando alunos de graduação atendem em clínicas não vinculadas a instituições de nível superior e profissionais formados submetem-se a realizar estágios voluntários, significa diminuição das oportunidades de trabalho. Não são poucas as instituições que se aproveitam dessa condição e deixam de contratar profissionais para oferecer estágios e de forma abusiva exploram a força de trabalho de fisioterapeutas ou graduandos. Esse fato, inclusive, fez o sistema Cofit/Crefitos aumentar a fiscalização e melhor regulamentar os estágios extracurriculares e voluntários como pode ser observado em resoluções recentes e específicas sobre o assunto.

Quanto às dificuldades encontradas no mercado de trabalho assim que se formaram, a maioria dos fisioterapeutas entrevistados apontou mais do que um aspecto difícil. O assunto mais citado por ambos os grupos (privado e público) foi o baixo salário, acompanhado por um mercado de trabalho saturado e com grande concorrência. Este aspecto foi apontado por 22 fisioterapeutas que atuam no setor privado e 20 do setor público.



▪ **O baixo salário:** nas entrevistas os fisioterapeutas relataram ganhar salários abaixo do piso salarial do fisioterapeuta, que no Estado de São Paulo é de R\$ 1.400,00 (um mil e quatrocentos reais).

Para contextualizar essa questão é preciso reconhecer que no Brasil a concentração de recursos humanos e materiais na área da saúde obedece às exigências de natureza econômica e política, que direcionaram os recursos para os centros urbanos industrializados, e às exigências de ordem profissional, concentrando a maior parte dos recursos para atender às necessidades da classe médica, ficando os demais profissionais da saúde em um estágio de menor atenção e atuação (Teixeira, 2007). Isso reforça o paradigma hegemônico médico-centrado e explica porque até hoje é o profissional médico que recebe as melhores remunerações nessa área.

Quanto aos entrevistados os salários variaram de R\$ 700,00 (setecentos reais) a R\$ 8.000,00 (oito mil reais). O que se observa é que pouco mais de 5% dos profissionais fisioterapeutas do Estado de São Paulo têm rendimentos acima de cinco mil reais e mais de 77% ganham abaixo de dois mil reais, o que parece bastante desconfortável, e 42% têm rendimentos abaixo de um mil reais, portanto, abaixo do piso salarial do fisioterapeuta, como pode ser mais bem visualizado no **Quadro 09**.

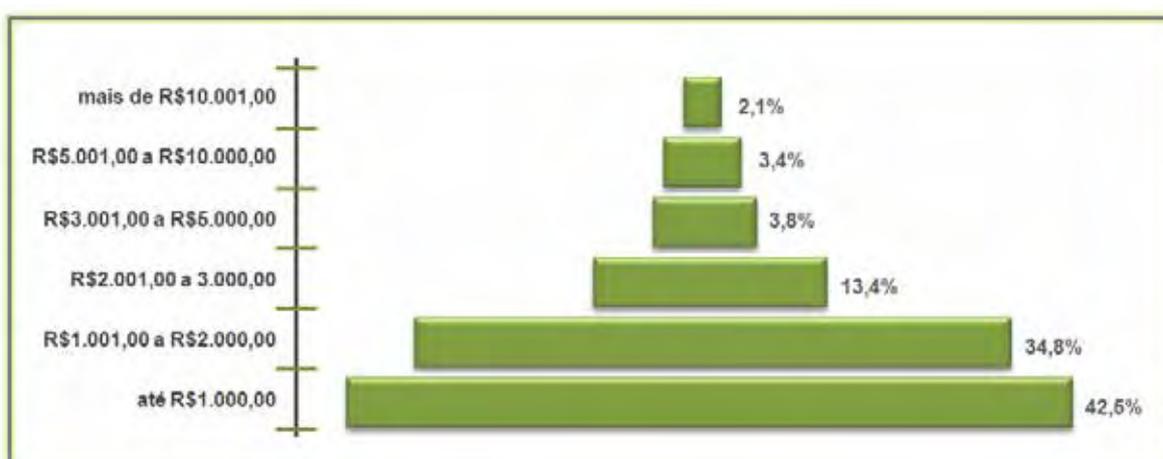


Quadro 09: Renda bruta individual dos fisioterapeutas do Estado de São Paulo.

Renda bruta individual	Fisioterapeutas	
	Número absoluto	Percentual (%)
até 500,00	2.638	15,4
501,00 a 1.000,00	4.636	27,1
1.001,00 a 2.000,00	5.954	34,8
2.001,00 a 3.000,00	2.292	13,4
3.001,00 a 5.000,00	643	3,8
5.001 a 10.000,00	589	3,4
maior 10.000,00	358	2,1
TOTAL	17110	100,0

Fonte: I Censo dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de SP - Crefito 3.
Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

Esse dado faz refletir sobre a forma como o fisioterapeuta está inserido no mercado de trabalho no aspecto econômico/salarial, no qual se tem um modelo social em forma de pirâmide em que poucos atingem o cume (2,1%) e muitos sustentam a base (42,5%), ou seja, um modelo injusto e desigual (**Gráfico 09**).

Gráfico 09: Pirâmide da renda dos fisioterapeutas do Estado de São Paulo.

Fonte: I Censo dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de SP - Crefito 3.
Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus



Para enriquecer esse debate apresento a realidade de dois profissionais entrevistados. O primeiro caso é de um fisioterapeuta que atua há 5 anos, trabalha no sistema privado, relatando como dificuldade o salário baixo e o relacionamento complicado com os médicos; atua nas áreas de ortopedia, neurologia e hidroterapia; refere como conquista da profissão o "conhecimento e o reconhecimento da população"; trabalha 10 horas por dia, atendendo 140 pacientes em sessões que variam de R\$ 3,00 (três reais) a R\$ 15,00 (quinze reais) e recebe um salário mensal de R\$ 900,00 (novecentos reais). Sobre essa situação Merhy (2007) instiga questionando se somos sujeitos, protagonistas ou vítimas em nosso dia-a-dia. E responde dizendo que a todo o momento somos e não somos sujeitos, que somos sujeitos que se sujeitam em algumas situações, mas ele complementa:

(...) podemos, de modo intencional, ambicionar ser mais sujeitadores que sujeitados em certas circunstâncias e para isso explorar nossas capacidades de agir, nossas capacidades de interpretar o lugar onde nos territorializamos procurando interferir em suas regras, abrindo linhas de fugas. Partir para novos mapas. Novos sentidos territoriais (MERHY, 2007, p. 14).

Ele mostra que é preciso agir e reagir sobre as situações de exploração e inadequação como essa relatada acima, que ser ativo faz parte da natureza humana. E para complementar, recordando o papel da universidade em formar um profissional de nível superior crítico, reflexivo, capaz de ajudar a pensar os problemas da sociedade e apresentar possíveis caminhos para a superação. Por fim, como lembra o mestre Paulo Freire, devemos assumir que somos responsáveis, com os nossos



saberes e fazeres, pelo que vai ser o amanhã; portanto, pelo que vai mudar e por aquilo que vai ficar como está.

O outro caso, mostra o contraste, um fisioterapeuta que atua há 19 anos na área de ortopedia clínica, que conta como conquista da profissão o avanço do conhecimento e também sua evolução profissional. Ele relata trabalhar 8 horas por dia, atendendo a 8 pacientes em sessões de uma hora de duração e no valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), resultando em um salário mensal de, aproximadamente R\$ 8.000,00 (oito mil reais). Observa-se uma situação bastante diferenciada da primeira, um profissional especializado, que conquistou uma clientela economicamente bem-sucedida, permitindo ao fisioterapeuta vender o seu serviço por um valor alto, se comparado aos valores de mercado. Dentro do modelo privatista apenas uma minoria alcança esse patamar, e foi o caso desse profissional.

Por outro lado, é difícil imaginar como um fisioterapeuta consegue atender a 14 pacientes em uma hora de tratamento. Mas não há dúvidas que, neste caso, existe uma despersonalização da assistência acompanhada do uso excessivo e abusivo de tecnologias. Essa lógica está muito presente no processo de terceirização do atendimento do SUS, que compra serviços de cooperativas, com pagamentos calculados a partir de produtividade. Todas essas formas de organização, que têm no pagamento por produção o principal mecanismo regulador do trabalho, levam a uma "superprodução de atos desnecessários, mas rendosos e, ao mesmo tempo, subprodução de atos necessários, porém pouco remunerados" (Campos, 2007: 231).

A tecnificação dos serviços, que é muito comum em nossa profissão, pode até ampliar a capacidade de atendimento, mas o seu abuso provoca uma redução da credibilidade do profissional pela falta de eficácia, mostrando que produtividade não



combina com compromisso com qualidade de vida, e muito menos, assegura a capacidade de produção de saúde de um serviço.

São poucos os fisioterapeutas que conquistam uma condição de poder cobrar cento e cinquenta reais por uma sessão, isso faz parte da lógica de mercado. Quando se faz uma análise dos rendimentos de todos os profissionais entrevistados vê-se que mais de 40 fisioterapeutas, do total de 89, relataram ganhar menos que dois mil reais. Os dados do Censo do Crefito 3 confirmam essa tendência e a maior parte dos profissionais fisioterapeutas tem uma renda inferior a dois mil reais por mês, como está demonstrado no **Quadro 09** e no **Gráfico 09**.

▪ **Mercado de trabalho saturado:** foram 42 fisioterapeutas que apontaram preocupação com a quantidade de profissionais que estão sendo colocados no mercado de trabalho todo ano.

A abertura indiscriminada de cursos promoveu um crescimento da profissão; porém, hoje esse crescimento se mostrou desorganizado e pernicioso. O aumento quantitativo de cursos é preocupante na medida em que apresenta problemas na qualidade da formação e no modelo educacional ofertado aos futuros fisioterapeutas. Existem fatores que levam a acreditar, pelos dados apresentados, que muitas das instituições de ensino superior criadas nesta última década não demonstram nenhum compromisso em buscar um novo paradigma, contra-hegemônico, emergente e inovador no processo de formação de seus alunos.

O MEC tem investido na construção de um sistema de avaliação do ensino superior. Criado em 2004, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) é formado por três componentes principais: a avaliação das instituições, dos



cursos e do desempenho dos estudantes. O Sinaes avalia todos os aspectos que giram em torno do ensino, da pesquisa, da extensão, observando o compromisso da instituição com a responsabilidade social, com o desempenho dos alunos, com a gestão, com o corpo docente, com as instalações e vários outros aspectos.

Faz parte do sistema uma série de instrumentos: auto-avaliação, avaliação externa, Enade, avaliação dos cursos de graduação e instrumentos de informação (censo e cadastro). Com os resultados das avaliações tem sido possível traçar panoramas da qualidade dos cursos e instituições de educação superior no País. Esses processos avaliativos têm sido coordenados e supervisionados pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (Conaes), sendo que a parte operacional é de responsabilidade do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep).

▪ **Pouco reconhecimento social:** Outra questão apresentada pelos profissionais como um aspecto dificultador foi o desconhecimento por parte da classe médica, bem como por outros profissionais da saúde, sobre o fazer do fisioterapeuta, dificultando a relação com esses profissionais.

Sobre esse aspecto é preciso também contrapor que quando os fisioterapeutas foram solicitados a relatar sobre as conquistas da Fisioterapia o item mais citado foi "o maior reconhecimento social", portanto, apesar de ainda existir desafios a ser superados, é necessário reconhecer que vários profissionais reforçam que muito já foi conquistado. Outros fisioterapeutas apresentaram como conquista "o reconhecimento e a valorização por parte dos profissionais da saúde, principalmente, pelo médico", ou seja, há um sentimento de que a profissão passou por um período



de reconhecimento e consolidação social, tanto na relação com os colegas profissionais da saúde quanto por parte da sociedade.

Esse sentimento de não reconhecimento parece estar bastante ligado ao fato de existir muita mão-de-obra no mercado de trabalho, principalmente na região sudeste, associado a propostas de salários totalmente incompatíveis com um exercício digno da profissão, colocando o profissional em situação de desvalorização, o que pode ser interpretado por alguns colegas como ausência de reconhecimento da profissão pela sociedade.

Um dos fatores que reforçam esse quadro é a prevalência do modelo de atenção à saúde médico-centrado, sendo muito comum observar posturas de médicos, de pacientes e outros profissionais em defesa desse modelo. A superação dessa condição é um desafio constante e necessário para que cada profissional tenha o seu valor reconhecido. Sobre isso Campos (2007, p. 233) nos dá um recado: "Não buscar novos arranjos institucionais em situações de falência da capacidade de produzir saúde seria violação da ética sanitária".





*Por uma Fisioterapia
Crítico Social*



4 - *Por uma Fisioterapia crítico-social*

4.1 Dois modelos em disputa

A organização do trabalho em saúde, de acordo com Merhy (2002), faz uso de tecnologias leves caracterizadas como a forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado; as tecnologias duras que estão inscritas nos instrumentos já estruturados para elaborar produtos da saúde e as tecnologias leves-duras caracterizadas pelos saberes estruturados que operam esses processos. Portanto, é possível identificar uma parte dura, estruturada e outra leve, relacionada com o modo como cada profissional aplica o conhecimento no momento da produção do cuidado.

Observando o cotidiano de um trabalhador da saúde, no seu micro-espço de trabalho, a micropolítica ali desenvolvida, Merhy (2003) argumenta que ao realizar o cuidado, o trabalhador opera, no seu processo de trabalho, um núcleo tecnológico composto de “trabalho morto” (TM) e trabalho vivo (TV). TM são instrumentos e é assim definido porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso no momento de sua elaboração; TV é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves. Por fim, a relação entre TM e TV no interior do processo de trabalho reflete uma correlação chamada de Composição Técnica do Trabalho (CTT). Tendo esses elementos de referência Merhy e Franco afirmam:

Inferimos daí que a Composição Técnica do Trabalho, quando favorável ao ‘trabalho morto’, reflete um processo de trabalho, tecnologias duras dependente, voltado à produção de procedimentos e quando, ao contrário, houver predominância do ‘trabalho vivo’ em ato, haverá uma produção do cuidado



centrado nas tecnologias leves (MERHY e FRANCO, 2003, p.319).

Essa análise nos faz relacionar com práticas da Fisioterapia onde se prioriza o atendimento de quantidade de pessoas em detrimento da qualidade do processo, neste exemplo, o núcleo tecnológico do cuidado está centrado no trabalho morto. Em contraposição, os fisioterapeutas que priorizam os elementos relacionais elegem como núcleo tecnológico do cuidado o trabalho vivo, como abaixo:

Se a razão existente aí estiver centrada no 'trabalho vivo', é indicador que a relação entre trabalhador e usuário, para a produção da saúde, se dá sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali há o encontro de sujeitos que têm juntos protagonismos na produção da saúde e, sobretudo, estão presentes diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização (MERHY e FRANCO, 2003, p.319).

Esse exercício nos mostra que a Composição Técnica do Trabalho nos permite uma análise qualitativa das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho, permite também pensar que o atual modo de produzir saúde – modelo hegemônico – a razão entre TM e TV faz prevalecer o TM. Portanto, se queremos alterar o modo de produzir saúde temos que alterar essa correlação, produzindo mudanças no núcleo tecnológico do cuidado, compondo uma hegemonia do TV (Merhy e Franco, 2003).

Pensar a Composição Técnica do Trabalho tendo como referência os dois modelos existentes na atuação profissional em saúde nos propicia fazer o exercício de identificar porque um valoriza mais o TM e o outro o TV. A discussão do capítulo



anterior demonstrou que em tal processo de trabalho esses dois modelos estão em disputa.

O modelo hegemônico toma a parte pelo todo e com isso fragmenta o conhecimento e também o corpo; identifica-se com uma dimensão política favorável ao liberalismo, em que a saúde é uma mercadoria que sustenta o modelo de intervenção-assistencial-privatista. Assim, a organização dos serviços fica baseada na reabilitação, centrada na doença e não no doente, valorizando a especialização, as tecnologias e, portanto, o trabalho morto.

O modelo contra-hegemônico não nega a importância do conhecimento técnico, mas valoriza as dimensões sociais e humanas. É um modelo que tem a dimensão do todo, está centrado no usuário do serviço, por isso busca a integralidade da atenção, valorizando a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a continuidade da atenção, ficando evidente a necessidade do trabalho vivo. No trabalho em saúde muitas intervenções se configuram no ato da atenção, por isso a importância de se entender que

(...) o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2002, p. 49).



Na **Figura 05** é possível observar como a prática profissional do fisioterapeuta pode estar representada nos dois modelos.



Figura 05: Modelo de atuação profissional do fisioterapeuta: modelo hegemônico e modelo contra-hegemônico.

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus

No modelo, o método dialético permite ao fisioterapeuta observar o processo pelo qual está submetido o objeto de intervenção preservando a sua totalidade e reconhecendo as contradições inerentes que envolvem este objeto. O método metafísico separa o sujeito do objeto, considerado pela dialética como indissociáveis, por isso esse método define os seres e as idéias separadas de suas relações e de



suas interações, distanciando a prática da realidade, fragmentando o conhecimento e o corpo humano.

As diferenças de postura entre o modelo hegemônico e contra-hegemônico já foram discutidas anteriormente e sintetizadas nos **Quadros 05 e 06**, mas alguns aspectos quero retomar.

No modelo contra-hegemônico o profissional da saúde ao lidar com o usuário do serviço de saúde preocupa-se com o Sujeito doente, e não apenas com a enfermidade. Dessa forma, é capaz de lidar com a singularidade de cada Sujeito sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades, mostrando competência em lidar com as pessoas (Cunha, 2004).

Gil (2006), em sua tese, desenvolveu uma síntese com críticas apontadas por diferentes autores sobre a inadequação das práticas profissionais em saúde (**Quadro 10**). Ao mesmo tempo apresenta as proposições que visam superá-las e que, em tese, poderiam subsidiar os processos de (re)adequação das práticas na perspectiva da mudança de modelo.

O quadro reforça a idéia da existência de duas concepções de territórios distintos em disputa, caracterizados por ações, muitas vezes opostas, mas presentes na prática dos profissionais da saúde. São duas grandes linhas de disputa em torno da política de saúde: uma vinculada ao projeto empresarial neoliberal médico-hegemônico, que vê a saúde como uma mercadoria, e outro, que defende o fortalecimento de um Sistema Único de Saúde, fortemente regulado pelo Estado e comprometido com a saúde enquanto um direito de todos e não como bem de mercado.



Quadro 10: Síntese das características das práticas em saúde, críticas recorrentes e proposições apontadas na revisão de literatura sobre modelos de atenção e práticas em saúde.

CARACTERÍSTICAS DAS PRÁTICAS EM SAÚDE	CRÍTICAS ÀS PRÁTICAS DO MODELO DOMINANTE	PROPOSTAS PARA SUPERAÇÃO DAS CRÍTICAS
Visão ético-humanista	Pouco valorizada	Valorizar e incorporar em todas as ações e cuidados de saúde
Visão ético-política	Ausente ou irrelevante	Importante e traduzida na não alienação do trabalho e no compromisso com o usuário e com a equipe
Visão biológica	A doença ganha mais importância que o doente	O doente é mais importante que a doença
Saber e fazer técnico	Muito valorizado	Muito valorizado, mas com consciência de sua limitação
Saber médico	Detém a centralidade do cuidado e do modelo	Compartilhar com os demais componentes da equipe na perspectiva da integralidade do cuidado
Papel da Clínica	Muito valorizado e considerado o núcleo duro do atendimento	Muito valorizado, mas tido como parte integrante de um atendimento mais holístico
Articulação entre saberes	Inexistente ou pouco valorizado	Reconhecido como fundamental para a integralidade do cuidado
Atenção individual	Muito valorizada e tida como suficiente	Muito valorizada, porém reconhecendo a necessidade de considerar o papel familiar e social no adoecimento e no cuidado à saúde
Paciente/doente como sujeito	Pouco considerada e desvalorizada	Reconhecida como fundamental para apreensão da situação de saúde do paciente
Atomização do cuidado	Só o órgão ou sistema afetado importa	O órgão ou sistema está contido em um todo, no paciente
Diagnóstico	Finaliza a atenção	É parte integrante da atenção
Conduta terapêutica	Pontual, quase sempre medicamentosa e de responsabilidade do paciente pelo seu resultado	Contínua, de interesse do serviço, não apenas medicamentosa e acompanhada de outras orientações de cuidado
Práticas de promoção da saúde	Minimamente valorizadas	Muito valorizadas no acompanhamento do processo saúde/doença
Práticas de prevenção das doenças	Pouco valorizadas	Muito valorizadas no acompanhamento do processo saúde/doença
Articulações com especialidades de apoio	Procedimento burocrático	Procedimento que extrapola o burocrático e busca trazer informações para a continuidade do cuidado
Resolutividade	Dependente da tecnologia e pouco valorizada pelos serviços	Valorizada em todos os níveis de assistência, com desenvolvimento de tecnologia adequada a cada nível de assistência
Relação médico-paciente/ profissional de saúde/paciente	Baseada na autoridade técnica do profissional; relação de subordinação do paciente ao profissional	Valorização da relação de igualdade entre usuário e profissional
Integralidade/Atenção Integral	Pouco valorizada nos procedimentos, sem preocupação com o acompanhamento e evolução do paciente após o momento do atendimento	Valorizada e presente nas diferentes formas e momentos da prestação do cuidado de saúde, com acompanhamento do paciente para conhecimento acerca da evolução do problema

Fonte:(Gil, 2006: p.65)

Organização: ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus



O debate até agora desenvolvido mostra que o modelo de atuação hegemônico tende a tornar o profissional da saúde uma pessoa alienada do processo. Nas condições dadas não se consegue acompanhar o desenvolvimento da evolução do paciente porque as ações do profissional são fragmentadas, excessivamente parceladas. Isso desmotiva, desilude, porque não se alcança resultados que promovam uma satisfação profissional suficiente.

Acomodados a esse processo suas ações não dão conta de entender a realidade e responder às demandas individuais e sociais; enfim, não respondem às necessidades humanas por sua falta de resolutividade, pelo distanciamento da vida das pessoas. No quadro acima essas diferenças ficam muito visíveis. Sobre estas questões, Gil acrescenta dois aspectos importantes a serem mudados na prática do profissional em saúde na perspectiva de superação do modelo atual:

(...) à necessidade da articulação entre a prática clínica e a prática da saúde coletiva, justamente para pôr fim à dicotomia curativo/preventivo e por clarificar a perspectiva da integralidade do cuidado. A outra trata da clínica ampliada que destaca a importância da subjetividade nas relações médico-paciente (leia-se profissionais de saúde-usuário) para que haja a formação de vínculos e acolhimento e para que a humanização do atendimento seja efetivamente incorporada ao ato do cuidado em saúde. Em síntese, estas questões reiteram e qualificam o debate em torno da mudança das práticas em saúde (GIL, 2006, p. 60).

Ainda no que se refere à alienação, para Campos (2007), a alienação vem acompanhada com descompromisso com a cura e com a promoção de saúde e não são mais exceções à regra, caracterizando-se quase que em marcas da medicina



moderna e dos serviços de saúde em sentido mais amplo. Na prática o que ele observa é que

(...) a ganância financeira de profissionais ou de empresas na área privada, a burocratização, as intermináveis disputas de poder e a acomodação inercial dos trabalhadores no setor estatal têm diminuído em muito a capacidade de os serviços de saúde produzirem qualidade de vida (CAMPOS, 2007, p. 230).

Associada a essa questão é importante reconhecer que o parcelamento da organização do trabalho em saúde e o direcionamento do profissional para uma etapa do processo terapêutico produzem alienação. Essa característica não possibilita que o profissional se sinta sujeito ativo; portanto, não terá motivação para usar seus potenciais criativos, fazendo com que ele se desresponsabilize pelo resultado final da intervenção, recuperação, acompanhamento ou promoção da saúde (Campos, 2007).

Para que as ações em saúde tenham continuidade, em uma sucessão ininterrupta de eventos, demonstrando co-responsabilidade do fisioterapeuta com o paciente em melhorar as condições de saúde deste é necessária a continuidade da atenção. A continuidade pode ser assegurada por meio de diferentes mecanismos que vão desde o próprio registro nos prontuários, as visitas ao domicílio e até a própria contra-referência dos especialistas sobre os pacientes encaminhados.

Mas o fisioterapeuta não tem dado a devida importância aos mecanismos de referência e contra-referência de seus pacientes. Muitas vezes os serviços e as equipes tornam-se passivos e não se sentem responsáveis por realizar uma busca mais ativa das informações sobre os pacientes referidos a outros serviços, seja por



meio de visitas ou de registros dos especialistas e, quando o fazem, pecam por não registrar as informações nos prontuários. É essa passividade que impede de acontecer a longitudinalidade da atenção ou relação pessoal de longa duração, característica extremamente importante na área da saúde (Gil, 2006). A longitudinalidade vem acompanhada com formação de vínculos; integralidade na atenção e continuidade do cuidado, características que ajudam a romper com a alienação. Enfim,

(...) para superar o modelo médico hegemônico neoliberal, devem constituir-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos de trabalho cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e os usuários nas formulações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas (MERHY, 2002, p. 39).

A resposta do SUS para a superação do modelo hegemônico está no fortalecimento da Atenção Básica, cuja estratégia principal é o Programa de Saúde da Família (PSF), que se apresenta com o intuito de edificar um novo modelo de atenção à saúde. Uma das características do PSF é o seu trabalho em equipe multiprofissional, no qual as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de uma comunidade estão, entre outras coisas, relacionadas com o olhar dos profissionais envolvidos, em que a qualidade desse olhar pode potencializar a resolutividade da atenção (Rezende, 2007).

Sobre a composição da equipe do PSF, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), devem ser compostas por pelo menos um médico, um enfermeiro, um auxiliar



de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) e, quando ampliada, pode contar com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental (Brasil, 2006c).

Embora a orientação do Ministério da Saúde (MS) não coloque restrições com relação à incorporação de outros profissionais à equipe, o que se observa é um tímido debate sobre a real necessidade dessa ampliação. A expectativa do MS era que o governo municipal assumisse essa responsabilidade conformando as equipes de acordo com as necessidades locais. O governo municipal justifica que só pode contratar de acordo com as orientações do MS.

Por outro lado, não restam dúvidas com relação ao potencial de outras profissões da saúde em contribuir no PSF, pois a Atenção Básica solicita ações da competência de diferentes profissões que podem e devem desejar integrar-se nesse modelo. O que se espera das profissões que ainda não estão tão presentes na Atenção Básica é: “a busca política por espaço; a qualificação dos profissionais para participar das equipes e a inovação nas formas de agir no cuidado à saúde, que exige dos profissionais envolvidos soluções criativas para problemas complexos” (Rezende, 2007: p. 15).

Portanto, no que se refere à fisioterapia há desafios para a profissão: conquistar politicamente o espaço da Atenção Básica, produzir impacto na qualidade de vida das pessoas intervindo com qualidade e ter consciência da complexidade do trabalho nesta área. Todos esses desafios são exeqüíveis e passíveis de se colocar em prática em curto e médio prazo.

Eles implicam olhar para a forma como estão organizados os serviços de Fisioterapia no sistema público de saúde. A organização do serviço de Fisioterapia



no SUS é algo que precisa ser repensada, superando a idéia de que a Fisioterapia para ter sucesso e resultado solicita uma superestrutura, com equipamentos sofisticados, organizados em um centro de reabilitação e com profissionais especializados. É esse imaginário que direciona a prática para a clínica. Ao limitar a sua atuação aos níveis secundários e terciários de atenção à saúde, portanto, na alta complexidade, também delimita seu campo de ação em um território de tecnologias duras. Ao fazer isso, reforça-se o lugar social do fisioterapeuta em sua identidade nas práticas de reabilitação.

Ainda que o espaço da clínica especializada seja necessário para algumas pessoas, ele não pode ser o espaço principal. A grande maioria dos usuários do SUS precisa do profissional fisioterapeuta na Unidade Básica de Saúde ou na Unidade de Saúde da Família, realizando atendimentos individuais e em grupos, no domicílio, trabalhando com educação para a saúde e prevenção principalmente, mas também, intervenções pontuais e na comunidade.

Quem definirá qual paciente necessita ser encaminhado para um centro de especialidades em Fisioterapia é o fisioterapeuta da Atenção Básica, que por meio do instrumento da referência e contra-referência continuará acompanhando esse paciente até que ele, novamente, seja referido à sua unidade de origem, para continuar o atendimento ou com alta fisioterapêutica.

Dessa forma, reforça-se um lugar social do fisioterapeuta com outras dimensões como a atenção integral, a resolutividade do cuidado, o acolhimento, a formação de vínculo, potencializando a capacidade que o fisioterapeuta tem em produzir saúde através de suas ações.



4.2 Que lugar queremos?

As entrevistas realizadas com fisioterapeutas, bem como os dados analisados na tese, sustentam as evidências de uma prática profissional fragmentada e reducionista, resultante de um processo de alienação dos fisioterapeutas. Por outro lado, as mesmas entrevistas também apontam marcas de superação, mostrando tanto as potencialidades, como os limites para a construção de outro modelo de atuação.

Acredito que a atuação em saúde deva ser uma ação social para a liberdade, que ajude na construção de uma sociedade mais justa e que apresente uma concepção de ser humano e uma postura ética de compromisso com o processo de transformação social.

No Brasil, grande parte dos cidadãos se depara com muitos obstáculos para conseguir acesso ao atendimento de qualidade capaz de responder, positivamente, às suas necessidades. Nessa condição de grande desigualdade, um bom serviço de saúde torna-se um importante instrumento de distribuição de renda, pois ao favorecer a manutenção da saúde, sua recuperação ou, o que é muito melhor, ao impedir que a doença se manifeste, o sistema de saúde preserva a maior fonte de renda do trabalhador, que é sua capacidade de trabalho. Essa característica faz do SUS o mais amplo programa social brasileiro, faz dele um projeto contra-hegemônico de resistência às propostas neoliberais tão fortemente impregnadas nesse mundo globalizado.

Assim, a saúde enquanto um produto social pode ser distribuída para a maioria ou concentrada para poucos, pode ser uma mercadoria em que o acesso é



restrito a uma minoria social ou pode ser um bem coletivo. Tendo isso como referência, a atuação do profissional fisioterapeuta tem contribuído para distribuir ou para concentrar esse produto social? (Almeida, 1999). A resposta a essa questão já foi dada através dos dados apresentados que permitiram a demonstração do lugar social do fisioterapeuta.

Nessa mesma direção Breilh (2006) aponta para o confronto entre duas 'grandes correntes' no debate sobre necessidade humana:

a) a necessidade humana como um valor relativo, que depende de opções individuais e das possibilidades de cada pessoa e sua família para adquiri-las no mercado (corrente liberal); b) a necessidade como um processo determinante da vida, cuja realização constitui, por isso mesmo, um direito humano inalienável, ao qual se deve aceder através de uma distribuição eqüitativa e segura por parte de todos os membros de uma sociedade, a qual deve construir-se solidariamente em prol do máximo bem comum (corrente solidária) (BREILH, 2006, p.169/170).

Entretanto, o autor ainda lembra que o discurso de atender às necessidades humanas está presente, tanto entre os que apóiam a corrente liberal, quanto em propostas alternativas de organizações sociais que promovem a visão solidária. O grande perigo é que se o atendimento de saúde e os programas de prevenção deixarem de ser direitos alienáveis correm-se o risco de se passarem a decidir quais as necessidades devem-se incluir em um pacote mínimo para os pobres e quais devem ser regulados pelo próprio mercado e pelas escolhas individuais; assim, vencem as propostas neoliberais.



Não se pode negar, ainda de acordo com Breilh (2006), que ligar as decisões de saúde aos interesses empresariais, dependentes de análises de custo-benefício em vez de ligá-las à lógica do custo-benefício da coletividade, dos direitos humanos e das necessidades inalienáveis, compromete profundamente as ações de prevenção e promoção da saúde.

Diante de todas essas características, como fazer valer o conceito de direito à saúde, extrapolando do campo das leis e tornando-se algo concreto na vida de todos os brasileiros? Campos (2007) oferece uma resposta possível a essa questão, na qual nos filiamos:

Há dois eixos básicos supostamente capazes de realizar tal empreitada. O primeiro diz respeito à construção de sociedades justas e saudáveis: distribuição de renda, emprego, trabalho, meio-ambiente salubre, habitação, lazer e educação. O segundo são os próprios serviços de saúde com sua capacidade limitada, porém real, de também produzir saúde (CAMPOS, 2007, p. 258).

Para os profissionais da saúde assumirem a sua capacidade de produzir saúde é preciso mudar o processo de produção e é nessa direção que o SUS se fortalece e se constrói a cada dia como a alternativa possível e com muitas possibilidades para a Fisioterapia ampliar sua atuação.

Dentro da saúde o fisioterapeuta necessita ampliar sua capacidade de diálogo, exercer cotidianamente a crítica, a criatividade, a reflexão e ser investigador contínuo em suas ações. Portanto, é preciso substituir ações reprodutoras por ações que busquem a produção do conhecimento, uma busca impregnada do desejo de estimular uma melhor qualidade de vida para os usuários dos serviços de saúde,



oferecendo transferência de conhecimento para o auto-cuidado, ajudando na sua autonomia. Essas características estão reforçadamente descritas nas Diretrizes Curriculares.

É preciso construir caminhos que possibilitem uma percepção cada vez menos segmentada da realidade e do saber em Fisioterapia, que produzam conhecimentos e ações mais contextualizados, portanto, mais próximos da realidade das pessoas que atendemos e mais próximos de capacitarmos essas pessoas a estabelecer co-responsabilidade pela manutenção de sua saúde e qualidade de vida. Dessa maneira, estaremos favorecendo a todos compreender a saúde como um recurso da vida diária e não um objeto isolado, ou seja, entender que saúde se conquista no dia-a-dia, como uma fonte de riqueza da vida:

No campo de Fisioterapia os problemas da atuação profissional parecem possuir uma estreita relação com as condições de vida da população e não podem ser vistas e abordadas de forma isolada ou centrada só no indivíduo que é capaz ou não de realizar movimentos (TEIXEIRA, 2007, p. 63).

Uma prática centrada na doença provoca um obscurecimento de grande parte das possibilidades de atuação, crescimento e reconhecimento profissional do fisioterapeuta. Quando o fisioterapeuta fixa o seu lugar social na Reabilitação, entre outras coisas, ele fere o princípio da integralidade que garantiria o direito da população de ser assistida em todos os níveis de atenção.

Essa característica se agrava ao considerarmos que tal postura provoca nas pessoas um empobrecimento nos aspectos de auto-cuidado com a saúde



aumentado a dependência ao modelo hegemônico. Também retrata uma omissão da profissão frente às necessidades da população brasileira no campo da saúde.

Para esse processo de mudança nas práticas é muito importante a transformação das instituições formadoras, para que formem as novas gerações com a superação de comportamentos reducionistas. Mas é preciso encontrar alternativas que priorizem a problemática em torno dos profissionais já inseridos no sistema, em pleno exercício profissional:

O desafio de olhar para este problema, buscando encontrar as melhores alternativas para minimizar os efeitos da formação inadequada que esses profissionais tiveram é grande, assim como é grande o desafio de encontrar caminhos que possam contribuir para o redirecionamento dessas práticas profissionais (GIL, 2006, p. 15).

Para mudar as práticas daqueles que já estão no mercado de trabalho, é fundamental o engajamento das instituições representativas da profissão – conselhos, associações, sindicatos – é preciso que essas instituições sejam a vitrine desse novo perfil, dando exemplos sobre os impactos dessa transformação. Se o fisioterapeuta não entender por que mudar, dificilmente ele vai produzir mudanças.

Também é necessário que os fisioterapeutas construam a mudança, afinal são esses profissionais que vivenciam o dia-a-dia da profissão, que cotidiana e continuamente enfrentam os desafios e procuram soluções para as necessidades de sua clientela e, de um modo ou de outro, são eles os que constroem os caminhos por dentro do sistema.



Mas é preciso não esquecer que a gestão do novo se desenvolve no que já está estabelecido. A Fisioterapia crítico social está se desenvolvendo a partir do confronto e da disputa dos modelos. Não são poucos os bons exemplos de experiências em que a Fisioterapia assume o modelo contra-hegemônico. Por exemplo, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, acaba de aprovar o curso de graduação em Fisioterapia com uma proposta totalmente inovadora cujo enfoque é formar profissionais para atender as necessidades do SUS, contemplando, integralmente, as Diretrizes Curriculares.

Outro exemplo está na cidade de Macaé, Rio de Janeiro, onde desde 2001 todas as 26 equipes de saúde da família têm um fisioterapeuta engajado em uma prática em equipe reconhecida e valorizada pela população, pelo gestor e pela própria equipe. São 29 fisioterapeutas no município, onde 26 estão incorporados nas equipes, 2 são supervisores e 1 faz a coordenação e o município tem uma cobertura de 57% da população pela PSF. Acredito que esta também seja uma experiência diferenciada no Brasil.

Para citar outro exemplo sobre a valorização do serviço de Fisioterapia pelo município, é importante lembrar a experiência da Fisioterapia na cidade de Curitiba. Em 2001, o profissional fisioterapeuta passou a integrar o quadro das equipes de saúde na Atenção Básica, sendo que em 2006 o município contava com 37 fisioterapeutas distribuídos na rede. Esses profissionais estão integrados às equipes de saúde, prestando atendimento em todas as fases do ciclo da vida, auxiliando na reabilitação e no estímulo à prática de exercícios terapêuticos, atividades físicas e aquisição de hábitos saudáveis. Enfim, observa-se no município uma preocupação da equipe de Fisioterapia em atuar em todos os níveis de atenção, em um trabalho



conjunto com a comunidade e a equipe, orientados por protocolos construídos coletivamente pelos próprios fisioterapeutas, a fim de registrar, organizar, dinamizar e planejar melhor suas ações.

A cidade de Curitiba apresenta uma experiência importante na direção da Fisioterapia Social, pelas dimensões da cidade e pela complexidade dos seus problemas, observa-se uma sobrecarga das equipes que apontam para a necessidade de um número maior de fisioterapeutas para o exercício profissional mais adequado. Mas não podemos deixar de reconhecer que é uma experiência que mostra o quanto é importante os fisioterapeutas conquistarem espaços políticos que sustentem e criem condições efetivas para a existência da Fisioterapia em toda a rede municipal e que este serviço esteja disponível para a população de forma organizada, mostrando eqüidade e acessibilidade.

O serviço de Fisioterapia estar organizado e ter uma proposta de intervenção no município bem definida é extremamente importante para o seu processo de consolidação na Atenção Básica. Tenho observado que muitos grupos de fisioterapeutas que atuam em um mesmo município têm apresentado dificuldades entre eles para se obter coalizões e consensos na profissão, capazes de consolidar iniciativas e propostas que efetivamente superem os problemas apontados nas inúmeras análises já existentes. Sabendo que os dissensos sempre existirão e fazem parte do processo democrático, não se pode fazer disso obstáculos que limitem a ampliação de oportunidades tanto para a população quanto para a própria profissão.

No sistema público, especificamente, há interesse e políticas para a valorização dos recursos humanos, que é um dos pontos importantes a ser enfrentados na nossa profissão. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos



para o SUS (NOB-RH/SUS) é o resultado de um esforço coletivo para a valorização do trabalho no processo de consolidação do SUS. Entretanto, na avaliação de Machado (2006), poucos resultados foram alcançados com a NOB, uma vez que nos últimos anos imperou uma antipolítica de Recursos Humanos, pois houve prioridade para a privatização por meio da terceirização dos serviços, da flexibilização das relações e da política de abertura desorganizada de novos cursos na área da Saúde. Como discutido anteriormente, foi esse processo de terceirização da Fisioterapia no SUS um dos fatores que favoreceu o distanciamento desse profissional do sistema público de saúde.

Contudo, esse é um tema nevrálgico para o fisioterapeuta, e é urgente uma proposta coletiva de encaminhamento político da categoria na direção de se tornarem profissionais mais bem remunerados no mercado de trabalho em saúde.

Portanto, não são poucos os desafios, sendo urgente e necessária a contribuição dos fisioterapeutas se engajando no SUS com práticas que demonstrem resolutividade do cuidado, acolhimento, formação de vínculo, longitudinalidade do cuidado, e isso todo fisioterapeuta sabe fazer.

Lembrando que é nos espaços em que fazemos, em que agimos no dia-a-dia, que se tem a força para transformar e alcançar uma organização dos serviços diferente daquela que está posta. Ou seja, é desses encontros e desencontros, das simultaneidades e iniciativas, que se produz outro lugar social mais humano e solidário. Até mesmo nas práticas fisioterapêuticas que faz uso de tecnologias duras cada vez será mais difícil realizar-se sem a relação com o outro (espaço relacional). Mesmo assumindo uma postura de suposta neutralidade técnica, há nessa prática a relação com outra prática, nem que seja pela sua negação. Por mais que se tente



fortalecer a dimensão técnica, o fisioterapeuta ao ter como objeto de trabalho o corpo do outro, ele não está operando um equipamento, mas estabelecendo uma relação interpessoal. É este aspecto que reforça o que estamos denominando de espaço relacional, no qual há em si a sua relação com outros objetos.

Sobre esse aspecto Merhy (2002) identifica

(...) que o campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos para os atos produtivos em saúde, é o lugar central da transição tecnológica do setor saúde e, portanto, o território em disputa pelas várias forças interessadas nesse processo (MERHY, 2002, p. 37).

Cada um de nós fisioterapeutas tem a responsabilidade de ampliar esse lugar social porque podemos construir caminhos para que a Fisioterapia chegue com qualidade a um maior número de brasileiros, preparar propostas e respostas coerentes com nossos problemas e nossas utopias. É ingênua, se não cômoda, a postura daqueles que argumentam não poder fazer nada, que cabem aos Conselhos, Universidades, Governos fazerem. A geógrafa Massey (2008) referindo-se à forma de construção do espaço diz

(...) reconhecemos o espaço como o produto de inter-relações, como sendo constituído através de interações, desde a imensidão do global até a intimidade do pequeno (MASSEY, 2008, p. 29).

É da intimidade do pequeno que me refiro aqui, da necessidade de mudarmos 'o campo de ação do trabalho vivo em ato'. Portanto, ao nos ausentar desse



processo estamos assumindo uma posição, a posição daqueles que querem que tudo se mantenha como está.

Ao contrário, aqui tentei demonstrar que essa outra prática é possível, pois os lugares, que para Milton Santos, são uma combinação localizada de variáveis sociais, mudam, transformam e são transformados criando brechas onde outra prática se impõe, fruto das disputas e tensões que cada modelo carrega em si (espaço relacional), intensificados pelas interações no tecido social (espaço relativo), seja em qual espaço de trabalho for (espaço absoluto). A construção de uma Fisioterapia crítico-social passa pela visibilidade dessa realidade em movimento.





5 - Considerações finais

Este trabalho é resultado da discussão de uma fisioterapeuta no campo da Geografia. Esse ponto de vista não está posto apenas neste momento pontual do doutoramento, em que se acaba com a defesa da tese. A experiência de vivenciar a participação em um grupo de pesquisa interdepartamental, com geógrafo, fisioterapeuta, economista, psicólogo, sociólogo tem sido uma experiência transformadora. Acrescida a isso, a oportunidade de poder fazer o meu doutoramento em uma Pós-graduação reconhecida nacional e internacionalmente, deram-me condições de cursar disciplinas, participar de eventos e debater conceitos em geográficos que me permitiram usá-los na sustentação dessa tese.

O conceito de território de Rogério Haesbaert enquanto espaço de manifestação de múltiplas relações de poder - seja material, político ou simbólico, formando um híbrido entre sociedade e natureza, entre política, economia e cultura, entre materialidade e idealidade, em interações complexas, permite compreender as relações de poder presentes na história da Fisioterapia e que permearam a significação do seu lugar social.

A análise do conceito e da produção do lugar reforça a compreensão do território, pois o conceito de lugar enquanto um espaço relacional compõe elementos da reprodução da vida social. Esses elementos permitiram identificar o lugar social do fisioterapeuta, considerando tanto a disputa de território no campo da saúde como as diversas dimensões identitárias do fisioterapeuta foi possível perceber dois territórios em disputa nas práticas profissionais do fisioterapeuta, territórios sustentados por modelos de ciência distintos.



Os resultados apresentados permitem alimentar a discussão sobre os desafios para a construção de um campo do conhecimento e práticas da Fisioterapia na Atenção Básica. Neste campo, há muito para contribuir. Para isso, é preciso conquistar os espaços políticos, econômicos e sociais necessários para efetivar essa proposta e ampliar o lugar social do fisioterapeuta. Tal movimento está em marcha, em vista das contradições inerentes à própria prática profissional. Como procurei demonstrar no decorrer da tese, o fisioterapeuta domina um conjunto de saberes técnicos que o coloca numa relação tensa com o saber médico. Ao mesmo tempo, a relação desse profissional com o corpo “doente” é diferente daquele estabelecido na Medicina. Na Fisioterapia é preciso não perder de vista uma visão global do paciente, tendo o toque como uma tecnologia necessária ao atendimento. Daí se estabelece um conflito cuja superação, inexoravelmente, tende a ampliar o lugar social do fisioterapeuta.

Por fim, é preciso ressaltar mais uma vez a importância do trabalho para a sistematização da trajetória da pesquisadora, uma fisioterapeuta que desde a graduação demonstra inquietações sobre o processo de formação e sobre as práticas na Fisioterapia, preocupações essas expressas no trabalho de graduação e na dissertação de mestrado. Hoje, como docente de ensino superior, responsável pela disciplina de História e Fundamentos da Fisioterapia, em um curso que tem uma inserção nacional, com trabalho reconhecido na graduação e extensão e, mais recentemente, na pesquisa, ao conquistar a Pós-Graduação *stricto sensu*, aprovada pela Capes em 2007. Assim, esse trabalho reflete um amadurecimento de preocupações antigas, mas que estão ainda atuais, que agora se apresentam sustentadas com reflexões teóricas à luz da análise Geográfica.



É preciso pontuar que o curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade de Ciências e Tecnologia tem um compromisso com a formação prática dos seus alunos e por isso investe muito nos estágios, sempre sob a supervisão direta do docente do Departamento. Os estágios contemplam quase todas as áreas de atuação da profissão e possuem um maior enfoque no atendimento ambulatorial e não no hospitalar, superando a formação, desse modo, hospitalocêntrica comum na área da saúde.

Sendo assim, o principal espaço para as práticas dos nossos alunos é o Centro de Estudos e de Atendimentos em Fisioterapia e Reabilitação (CEAFIR), mais conhecido como Ambulatório de Fisioterapia da UNESP. O Ambulatório é conveniado ao SUS, oferecendo um serviço público de Fisioterapia que é referência para toda a região. Os alunos aqui formados têm no mínimo um ano de experiência em atendimento a pacientes usuários do SUS. Entretanto, aqui temos um nó crítico que o novo currículo do curso implantado em 2008 tenta superar, o fato de que apesar do aluno atender o paciente do SUS, ele conhece muito pouco sobre a estrutura, princípios e funcionamento desse sistema. Ao desconhecer ele não valoriza e a universidade perde a oportunidade de formar um profissional mais comprometido com o principal sistema de saúde brasileiro que atende 70% da população.

Como já foi dito as novas Diretrizes Curriculares (**Anexo 6**) apontam para a necessidade de formar um profissional capaz de atuar no SUS em todos os níveis de atenção. O curso de Fisioterapia da FCT/UNESP adequou seu currículo, implementando mudanças em toda a estrutura curricular, criando disciplinas que fossem ao encontro da superação das maiores carências do currículo anterior, que



eram a ausência de estágio na Atenção Básica à Saúde e poucas disciplinas relacionadas com a saúde pública que permitissem apresentar o SUS para os alunos.

Especificamente sobre a Atenção Básica, o novo currículo prevê um estágio junto à Estratégia de Saúde da Família. Essa proposta foi gestada e assumida, principalmente, pelos três docentes do Departamento de Fisioterapia que participam do CEMESPP – Centro de Estudos e Mapeamento da Exclusão Social para Políticas Públicas. A minha experiência no grupo de pesquisa, sem dúvida contribuiu para um olhar diferente para a área da saúde, incentivando a criar novos espaços de práticas no curso de Fisioterapia, no qual alunos e professores terão mais oportunidades de enxergar as multidimensionalidades das condições de vida e graus de exposição a riscos no processo de determinação da saúde/doença.

Enfim, quero dizer que não estou concluindo essa tese, pelo contrário, ela tornou-se um estímulo a mais para continuar esse debate na Fisioterapia. Muitas questões apresentadas devem ser aprofundadas, mas o tempo [e não o espaço] não me permitiu continuar agora; porém, as inquietações não se foram e alimentarão a continuidade. Ampliar e qualificar o lugar social do fisioterapeuta é um desafio que se faz na ‘intimidade do pequeno’ para alcançar a ‘imensidão do global’ e nessa direção há muito por fazer.





*Referências
Bibliográficas*



 **Referências**

ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus. A pessoa com deficiência em Portugal e Brasil: desafios para ações em saúde. **HYGEIA**, Uberlândia, n. 2(3), p. 47-56, dez. 2006.

ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus. Uma visão educadora da reabilitação. In: MENEGUETTE JUNIOR, Messias; ALVES, Néri (Org.). **FCT 40 anos: perfil científico e educacional**, Presidente Prudente, p. 283-292, 1999.

BARCELLOS, Christovam C.; SABROZA, Paulo Chagastelles.; PEITER, Paulo; ROJAS, Luisa Ignez. **Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde**. Informe epidemiológico do SUS, sep. 2002. Brasília, n. 11, n.3, p. 129-138, 2002.

_____; MONKEN, Maurício. Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário do Programa de Saúde da Família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BARROS, Fábio Batalha Monteiro de. **A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

_____. Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história. **Revista FisioBrasil**, Vila Velha/ES, n. 59, p. 20-31, 2003.

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo; GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. **Guia do tutor**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003. 56 p. Programa de “Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde”.

BEHRENS, Marilda Aparecida. A prática pedagógica e o desafio do paradigma emergente. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 80, n. 196, p. 383-403, set./dez. 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 4/2002 CNE/CES, 19 fev. 2002. **Diário oficial da união**. Brasília, p. 11, 4 mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Ana Estela Haddad et al. (Org.). Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006(a).



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Fórum permanente Mercosul para o trabalho em saúde**. Brasília, 2006(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção básica: saúde da família. Brasília, 2006(c). Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 23 jun 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos - 2008/11**. 2. ed. Brasília, 2008.

BREILH, Breilh. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12 supl, p. 1865-1874, 2007.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

CARLOS, Ana Fani A. **A cidade**. São Paulo: Contexto, 1992.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rúben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

_____; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-10, set./out. 2004.

CORDE. **Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens**. Niterói: Ministério da Justiça/CORDE/AFR, 2004. 53 p.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-617, jul./set. 2000.



FERNANDES, Bernardo Mançano. Entrando nos territórios do território. In: PAULINO, E. T.; FABRINI, J. E. (Org.). **Campesinato e territórios em disputa**. São Paulo: Expressão Popular, UNESP, Programa de Pós-Graduação em Geografia, p. 273-301, 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança** – um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREITAS, Marcos S. **A atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil**: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Práticas profissionais em saúde da família: expressões de um cotidiano em construção. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

GUERRA, Isabel. Tensões do urbanismo cotidiano. In: PORTAS, N.; DOMINGUES, A.; CABRAL, J. **Políticas urbanas**: tendências, estratégias e oportunidades. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **História do Hospital das Clínicas**. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/historiahc/institutos.htm>>. Acesso em: 04 ago.2008.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na reforma sanitária. **Cadernos de Recursos de Recursos Humanos em Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, 2006.

MALERBI, Fani E. K.; CASTRO, Yara de (Org.). **CREFITO 3**: I Censo dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais do estado de São Paulo. Divulgado em: <www.crefito.com.br>. Acesso em: 12 mai. 2008.

MASSEY, Doren. **Space, place and gender**. 4. ed. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2005.

_____. **Pelo espaço**: uma nova política da espacialização. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.



_____ ; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-23, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: _____; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006. 180 p.

REBELATTO, José Rúbens; BOTOMÉ, Sílvio P. **Fisioterapia no Brasil**: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2 ed. São Paulo: Manole, 1999.

REVISTA BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA. **Como surgiu a denominação do profissional**. São Paulo, out. 1973.

RESENDE, Ana Paula Crosara de. **Todos na cidade**: o direito das pessoas com deficiência física em Uberlândia. Uberlândia: EDUFU, 2004, 178 p.

REZENDE, Regina. **Avaliação da inserção do fisioterapeuta na saúde da família de Macaé/RJ**: a contribuição deste profissional para a acessibilidade da população idosa às ações de saúde das equipes - um estudo de caso. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

ROJAS, Luisa Iniguez. Geografía y salud: historias, realidades y utopias. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente, n. 25, p. 9-28, 2003.

SALMORIA, Jordana Gargioni; CAMARGO, Wander Amaral. Uma aproximação dos signos - fisioterapia e saúde - aos aspectos humanos e sociais. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 73-84, jan./mar. 2008.

SANCHES, E. L. **Histórico da fisioterapia no Brasil e no mundo**. Atualização brasileira de fisioterapia. São Paulo: Panamed, 1984, p. 29-36.

SANTOS, Milton. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1988.

_____. **Técnica, espaço e tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. **A natureza do espaço**. São Paulo: HUCITEC, 1996.



_____. **Por uma geografia nova.** São Paulo: HUCITEC, 1978.

_____. O dinheiro e o território. **Território Territórios,** Niterói, 2002.

_____. **Testamento intelectual.** São Paulo: UNESP, 2004.

SCHMIDT, Luciana Alves. **Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde.** 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, 2002.

SILVA, Armando Corrêa da. **O espaço fora do lugar.** São Paulo: HUCITEC, 1978.

_____. **De quem é o pedaço?** Espaço e cultura. São Paulo: HUCITEC, 1986.

_____. **Geografia e lugar social.** São Paulo: Contexto, 1991.

SOARES, Magda. **Metamemória-memória:** travessia de uma educadora. São Paulo: Cortez, 1991.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000.

SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. A urbanização da sociedade: reflexões para um debate sobre novas formas espaciais. In: DAMIANI, A. L.; CARLOS, A. F. A.; SEABRA, O. C. L. (Org.). **O espaço no fim do século:** a nova raridade. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2001, p. 83-99.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-77, 2003.

URTIAGA, Maria Elizabeth de Oliveira. **A mediação da cultura docente na formação médica.** 1. ed. Pelotas: Gráfica Universitária, 2004.



LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Mapa das instituições que atendem pessoas com deficiência em
Presidente Prudente-SP

Anexo 2 Roteiro das Entrevistas com os Fisioterapeutas

Anexo 3 Aprovação do Comitê de Ética

Anexo 4 Síntese das entrevistas com os fisioterapeutas da rede privada

Anexo 5 Síntese das entrevistas com os fisioterapeutas da rede pública

Anexo 6 Diretrizes Curriculares da Fisioterapia





Anexo 1



Presidente Prudente
Entidades e Associações para
Pessoas com Deficiência



CEMESPP
 CENTRO DE ESTUDOS E DE Mapeamento DA
 EXATIDÃO SOCIAL PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

<http://www.prudente.unesp.br/imespp>

LEGENDA

▼ Entidades e Associações

AFE - Ação Familiar do Brasil
 APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
 APR - Associação de Paraplegia do Brasil
 CETRI - Associação Filantropia dos Deceps
 Grupo UNIDO - Núcleo Ambiental de Pessoas Portadoras De Deficiência
 LUMEN ET FIDES - Desenvolvimento de Crianças Limitadas
 NÚCLEO TERE

Fonte dos Dados: CEMESPP
 Org.: Ana Lúcia J. Almeida, Eliane F. Chagas
 Natália C. Alves

Presidente Prudente, 2008.

Escala 1 : 85000



Sistema de Projeção: UTM
 Datum Horizontal: Vértice unesp (USP-IDGE)
 Datum Vertical: RN 11838 e RN 15278 (BGE)
 Elipsóide: Hayford - Córrego Alegre.



Mapa 1: Mapa das Entidades e Instituições para Pessoas com Deficiência





Anexo 2



ROTEIRO – ENTREVISTA COM FISIOTERAPEUTAS

Esta entrevista faz parte das atividades desenvolvidas na Disciplina de História e Fundamentos da Fisioterapia, sob a responsabilidade da Profa. Ana Lúcia de Jesus Almeida.

O conteúdo desta entrevista será discutido em seminários na sala de aula, mas não deve-se revelar os nomes dos entrevistados.

Os temas a serem abordados com os fisioterapeutas são os seguintes:

- 1 – O tempo de atuação profissional.
- 2 – As facilidades e adversidades encontradas assim que você se formou.
- 3 – A área de maior atuação.
- 4 – O por que da escolha desta área.
- 5 – As principais conquistas alcançadas nesta área na Fisioterapia.
- 6 – As principais dificuldades enfrentadas nesta área.
- 7 – Aspectos financeiros:
 - o valor aproximado de uma sessão. .
 - o número de pacientes que atende por dia e em quantas horas de trabalho.
 - o salário mensal aproximado.
- 8 – Que recomendações daria para alunos que estão no primeiro ano do curso de Fisioterapia.
- 9 – Cidade que o entrevistado reside e trabalha.

Comentários....

Outras questões....

Obs.: esse não é um roteiro fechado, todos estão livres para acrescentar questões ou reformulá-las.





Anexo 3





UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Presidente Prudente

Presidente Prudente, 01 de Junho de 2007.

Ilma. Sra

Profa. Ms. Ana Lúcia de Jesus Almeida

Ref. projeto intitulado: "O lugar da Fisioterapia no processo de reabilitação da pessoa com deficiência: práticas, técnicas e espaço", a ser desenvolvido pela Profa. Ms. Ana Lúcia de Jesus Almeida, sob orientação do prof. Dr. Raul Borges Guimarães.

Processo no. 167/2007

Recebemos o seu projeto, o qual foi examinado pelo assessor, tendo recebido o parecer anexo.

Decorrente do exposto, este Comitê, em concordância com o parecer, considera o projeto **APROVADO**.

Informamos, ainda, que ao final do desenvolvimento da pesquisa, deverá ser encaminhado ao CEP um **relatório final** sucinto, contendo cópia de todos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que os originais desses TCLE deverão permanecer em poder do orientador da pesquisa pelo período mínimo de 5 anos após o encerramento do estudo, para eventual fiscalização da CONEP.

Atenciosamente.

Profa. Dra. **Ivania Garavello**

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Ciências e Tecnologia
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Roberto Simonsen, 305 CEP 19060-900 Presidente Prudente SP
Tel 18 229-5355/r.26 fax 18 229-5353





UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Presidente Prudente

Parecer Assessor

Processo: nº 167/2007

Título da Pesquisa: O lugar da fisioterapia no processo de reabilitação da pessoa com deficiência: práticas, técnicas e espaço.

Pesquisador: Ana Lúcia de Jesus Almeida

Orientador: Prof. Dr. Raul Borges Guimarães

Instituição: FCT/UNESP Presidente Prudente.

O Projeto de pesquisa intitulado "O lugar da fisioterapia no processo de reabilitação da pessoa com deficiência: práticas, técnicas e espaço", de autoria da Profa. Ana Lúcia de Jesus Almeida, sob orientação do Prof. Dr. Raul Borges Guimarães, tem o objetivo de analisar o lugar da fisioterapia no processo de reabilitação, através da identificação das práticas, das técnicas e do espaço construído nas relações com as pessoas com deficiência e os serviços disponíveis a essa população.

Os pesquisadores propõem, inicialmente, a realização de pesquisa bibliográfica sobre as principais políticas públicas em saúde e reabilitação direcionadas a população com deficiência.

Na seqüência, a pesquisa de campo será realizada, com três enfoques. Para caracterização dos serviços especializados será realizada uma visita a cada instituição que faz atendimento direto às pessoas com deficiência, que serão informadas sobre a pesquisa em questão. Após, serão realizadas entrevistas com os fisioterapeutas que atuem nessas instituições, seguida pelas entrevistas com as pessoas com deficiência que freqüentem essas instituições. Em cada instituição será solicitada a entrevista com um fisioterapeuta, desde que este demonstre interesse em contribuir com a pesquisa e com a profissão. O fisioterapeuta indica um paciente para ser entrevistado, ou cuidador no caso de pacientes que não tenham possibilidade de dar entrevistas.

As razões para solicitação do protocolo de pesquisa, a avaliação da metodologia científica e a avaliação de riscos e benefícios para o sujeito da pesquisa estão de acordo com as normas da Resolução CNS 196/96 do CONEP. Todos os documentos necessários ao encaminhamento para este Comitê foram entregues. O Curriculum do pesquisador responsável e de seu orientador demonstra conhecimento do assunto em questão. O Termo de Consentimento livre e esclarecido está claro, devendo este ser impresso em duas vias, uma para o sujeito da pesquisa e outra para ser arquivada pelo pesquisador responsável, podendo esta última ser solicitada por este Comitê.

Desta forma o projeto encontra-se **APROVADO**.

Faculdade de Ciências e Tecnologia
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Roberto Simonsen, 305 CEP 19060-900 Presidente Prudente SP
Tel 18 229-5355/r.26 fax 18 229-5353





Anexo 4





Anexo 5





Anexo 6



**CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**

RESOLUÇÃO CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. (*)

**Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso
de Graduação em Fisioterapia.**

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.210/2001, de 12 de setembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 7 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Fisioterapia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de fisioterapeutas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Fisioterapia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º 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.

Art. 4º A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - 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, 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;

(*) CNE. Resolução CNE/CES 4/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11.



II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V - contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;

VI - realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da



Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;

VII - elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;

VIII - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

IX - desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultorias e auditorias no âmbito de sua competência profissional;

X - emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

XI - prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;

XII - manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;

XIII - encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;

XIV - manter controle sobre a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança;

XV - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

XVI - conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fisioterapia;

XVII - seus diferentes modelos de intervenção.

Parágrafo único. A formação do Fisioterapeuta 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. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem estar 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. Os conteúdos devem contemplar:

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 psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos as 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 a pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica; e

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 cinesiopatologia 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. 7º A formação do Fisioterapeuta deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Fisioterapia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Parágrafo único. A carga horária do estágio curricular supervisionado deverá assegurar a prática de intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde etc.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Fisioterapia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Fisioterapia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá assegurar que:

I - as atividades práticas específicas da Fisioterapia deverão ser desenvolvidas gradualmente desde o início do Curso de Graduação em Fisioterapia, devendo possuir complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida (atividades clínico-terapêuticas);



II - estas atividades práticas, que antecedem ao estágio curricular, deverão ser realizadas na IES ou em instituições conveniadas e sob a responsabilidade de docente fisioterapeuta; e

III - as Instituições de Ensino Superior possam flexibilizar e otimizar as suas propostas curriculares para enriquecê-las e complementá-las, a fim de permitir ao profissional a manipulação da tecnologia, o acesso a novas informações, considerando os valores, os direitos e a realidade sócio-econômica. 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. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Fisioterapia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Fisioterapia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO
Presidente da Câmara de Educação Superior

