
Em busca de novos horizontes: a inserção do fisioterapeuta na atenção primária

CARLA KARINA PRIMON (G-UNINGÁ)¹
MICHELE FERNANDA MISCHIATI (UNINGÁ)²
ROSIANE DANTAS PACHECO (UNINGÁ)³

RESUMO

Esse artigo apresenta os novos rumos da saúde no Brasil. Buscamos traçar um debate a partir de uma perspectiva histórico-dialética de construção do Sistema Único de Saúde. Procuramos mostrar o nascimento da medicina social, os sistemas de saúde existentes no Brasil anteriores ao SUS, até o momento em que profissionais da saúde, como o fisioterapeuta, que se preocupava apenas com a reabilitação, passam a atuar na Atenção Primária, como promotor de saúde. Apresentamos, também, as novas propostas de mudanças nas diretrizes dos cursos de graduação de Fisioterapia, amparados pelo Código de Ética Profissional.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Programa Saúde da Família. Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

Para compreendermos todo o processo de transição e construção do Sistema Único de Saúde, faz-se necessário entender suas raízes históricas.

A Medicina Moderna na medida em que está ligada a uma economia capitalista, é uma medicina individual, individualista, conhecendo unicamente a relação de mercado médico com o doente, ignorando a dimensão global, coletiva da sociedade. Foucault (2000), em “O nascimento da Medicina Social”, procura mostrar o contrário: “que a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente” (p. 79). Segundo esse autor, com o capitalismo se deu passagem de uma medicina privada para uma medicina coletiva; o desenvolvimento

¹ Aluna do Curso de Fisioterapia da UNINGÁ – Maringá-Pr.

² Supervisora do Estágio obrigatório em PSF da UNINGÁ – Maringá-Pr.

³ Professora da disciplina de Saúde Coletiva da UNINGÁ – Maringá-Pr.

capitalista socializou o corpo enquanto força de produção e força de trabalho. Foucault reconstitui três etapas na formação da medicina social:

- a medicina de Estado, que se desenvolveu na Alemanha no começo do século XIII, onde prática médica era centrada na melhoria do nível de saúde da população. Um programa efetivo denominado de *policia médica* consistia em observar a morbidade, os fenômenos epidêmicos e endêmicos;
- a medicina urbana, que se desenvolveu na França na segunda metade do século XVIII. Consistia em analisar e organizar os lugares de acúmulos e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença, lugares de formação e difusão dos fenômenos epidêmicos ou endêmicos e controlar e estabelecer uma boa circulação da água e do ar;
- a medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário, desenvolvida na Inglaterra, baseada na *Lei dos Pobres*: o pobre fazia parte da paisagem urbana como os esgotos e a canalização, até o segundo terço do século XIX, contudo, com a epidemia de cólera de 1832, cristalizou-se em torno da população proletária ou plebéia uma série de medos políticos e sanitários. A *Lei dos Pobres* comportava um serviço médico destinado ao pobre, tendo como característica atingir igualmente toda a população, as medidas preventivas a serem tomadas, as coisas, os locais e o espaço social.

A fórmula de medicina social inglesa, segundo Foucault, foi a que teve futuro, pois

... possibilitou, por um lado, ligar três coisas: assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública ... e, por outro lado, permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la (FOUCAULT, 2000, p. 97).

Atualmente, os sistemas de saúde, no mundo, tratam de articular esses três setores, mesmo que sejam de maneiras diferentes.

Carvalho, Martin e Cordoni Júnior (2001), analisando a trajetória do sistema de saúde brasileiro, identificam quatro tendências principais:

- O **sanitarismo campanhista**, que vigorou desde o início do século XX até 1945, onde a preocupação era em sanear os espaços de circulação de mercadorias agro-exportadoras, destinado a combater as endemias urbanas e rurais. Esse modelo teve inspiração no modelo de *policia médica*, adotando um estilo repressivo de intervenção médica, tanto nos indivíduos quanto na sociedade como um todo. A assistência individual era privativa, os hospitais assumiam caráter de assistência social e aqueles que não podiam pagar por essa assistência eram considerados indigentes;

- O período de 1945 a 1960 é considerado um período de transição. Nesse período pós II Guerra Mundial, tanto a Europa como o Brasil viviam em condições sociais precárias e o desemprego era um dos grandes problemas sociais. No Brasil, organiza-se um modelo nacional desenvolvimentista, enquanto na Europa o *Welfare State*, havendo um aumento de gastos estatais na área social. A previdência social ganha importância e serve de instrumento político eleitoral, a assistência médica previdenciária passa a consumir recursos da previdência cada vez mais significativos, levando a uma crise no sistema previdenciário, que passa a ser deficitário, no início dos anos 60. A assistência preventiva mantém-se na prática de campanhas;

- O **modelo médico assistencial privatista** vigora hegemônico dos anos 60 até meados dos anos 80. Com o golpe militar de 1964 e a centralização dos institutos de previdência, surge o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e cresce a influência das indústrias farmacêuticas, de equipamentos médico-hospitalares e dos proprietários de hospitais junto à gestão da previdência. As principais características desse modelo é o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, assim como a criação de um complexo médico-industrial privado, orientado para a geração de lucro, financiado pelo Estado. No final da década de 70, o país estava assolado por uma crise generalizada com perda do poder aquisitivo dos salários e intenso êxodo rural, crescendo a população que se encontrava à margem do sistema de assistência à saúde. Nesse momento, intelectuais e políticos começaram a expressar insatisfação e a formular críticas ao modelo político econômico, crescendo as discussões pela busca de reformas na política de saúde, amparados pelo conceito de Atenção Primária à Saúde, sistematizado no Congresso de Alma Ata;

A Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde, reunida em Alma Ata em 1978, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos e de todos que trabalham nos campos da saúde, para promover a saúde de todos os povos, compreendendo que os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida.. Segundo a Declaração de Alma Ata (1978), os cuidados primários de saúde são baseados em métodos e práticas fundamentadas e aceitas socialmente, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias da comunidade com o sistema nacional de saúde. Os cuidados primários têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, incluindo educação, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização, controle de doenças, tratamento adequado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos (PROMOÇÃO DA SAÚDE,1996).

A VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, discutiu a implantação de uma rede básica de saúde que tinha como objetivo a universalização dos cuidados à saúde em todo país. Em 1982, após o início de uma abertura política, a oposição ganha as eleições estaduais e muitos profissionais comprometidos com uma Reforma Sanitária ocupam espaços políticos importantes, como as Secretarias de Saúde, contribuindo para fortalecer o processo de municipalização - "passa-se do ponto de vista político

institucional ao discurso da defesa do direito universal à saúde e o dever do estado” (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, s/d, p. 30).

Na evolução da estratégia de mudanças na Política de Saúde do País, temos a implantação das Ações Integradas de Saúde e, em seguida, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. A ditadura terminara e iniciava uma nova fase de preparação para o processo constituinte. Para discutir uma nova proposta de estrutura e de política de saúde nacional, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, contando com a participação de dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e populares (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, s/d).

- O **modelo plural**, vigente atualmente, foi defendido por parlamentares na Assembléia Nacional Constituinte, em 1987, baseado nas teses da 8ª Conferência, onde o embate ideológico foi intenso, dividido entre progressistas e conservadores. A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, incorpora conceitos e princípios, tais como:

- O conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais;
- A saúde como direito social universal, devido ao exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário;
- A caracterização dos serviços de ação de saúde como de relevância pública;
- Criação de um sistema único de saúde descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade;
- Integração de saúde na seguridade social (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, s/d, p.31).

Em 1990, é elaborada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), que regulamenta o capítulo da saúde na Constituição Federal e trata da promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como da organização e funcionamento do sistema de saúde. Outra lei que regulamenta o SUS é a Lei nº 8142/90, que regulamenta o controle social do SUS, assegurado pelo caráter deliberativo dos conselhos e conferências e trata da transferência intergovernamental de recursos financeiros da saúde. No início de 1990, inicia-se o processo de implantação de um novo sistema de saúde, conhecido como o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é entendido como sendo “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais, Municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”. (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, s/d, p. 34).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), a construção do SUS foi baseada nos preceitos constitucionais e norteou-se pelos seguintes princípios :

- **Universalidade:** é a garantia de atenção à saúde para todo e qualquer cidadão. A população passa a ter o direito de acesso a todos os serviços de saúde. Sendo assim, a saúde é entendida como direito de todo cidadão e dever do Estado.

- **Equidade:** garante ao cidadão ações e serviços de todos os níveis, sem discriminação alguma, isto é, todo cidadão é tratado igualmente perante o SUS, sendo atendido conforme a necessidade de cada um.

- **Integralidade:** pode ser entendido como sendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, amparado por um sistema capaz de prestar assistência integral a todo e qualquer cidadão, em seus diversos graus de complexidade.

- **Regionalização e hierarquização:** a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, possibilitando um conhecimento maior dos problemas da saúde da população e das áreas delimitadas, buscando oferecer à população acesso a todo tipo de tecnologia disponível, de acordo com os níveis de complexidade crescente, possibilitando uma maior resolução dos problemas da população.

- **Resolubilidade:** implica na capacitação do atendimento público para resolução dos problemas referentes à saúde, isto é, o sistema de ações e serviços devem ser capacitados para enfrentar e resolver as necessidades da população de acordo com a complexidade necessária até o limite de sua competência.

- **Descentralização:** pode ser entendida como sendo uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre vários níveis de governo e a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, maior será a chance de haver acerto. Desse modo, ocorreu uma mudança das atribuições dos níveis de governo onde os municípios deveriam adquirir maior responsabilidade na promoção das ações de saúde, atingindo diretamente a população e fazendo com que haja uma melhora significativa na qualidade de vida da população.

- **Participação dos cidadãos:** a população passa a ter direito de participar do processo de formulação das políticas de saúde, bem como de sua execução, através de entidades representativas. Essa participação deve ocorrer através dos conselhos e conferências de saúde onde são definidas prioridades de ações em saúde.

- **Complementaridade do setor privado:** de acordo com a Constituição, quando o setor público for insuficiente na resolução dos problemas de saúde, será permitida a contratação de serviços privados, para complementar o serviço, resultando em uma maior resolubilidade.

Estes princípios ainda não foram atingidos em sua plenitude, mas importantes avanços foram obtidos nos últimos anos. Entre as iniciativas de destaque, está a criação do Programa Saúde da Família - PSF. A estratégia de saúde da família surge para atender aos requisitos deste modelo, com o objetivo de valorizar o indivíduo e seu conteúdo familiar, comparando o plano de ações e metas do Ministério da Saúde, podendo ser considerada como uma nova forma de organização de atenção básica à saúde. Em junho de 1991, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família (MENDES, 1986).

As unidades básicas do Programa Saúde da Família devem ser capazes de resolver 85% dos problemas de saúde da população: prevenindo doenças, evitando internações e melhorando a qualidade de vida da população. Para isso, utiliza-se de um instrumento que permite a informação territorializada, o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que possibilita: a caracterização sócio-sanitária, traçar o perfil epidemiológico e acompanhar as ações de saúde desenvolvidas, conhecendo a realidade das famílias por

meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificando os principais problemas de saúde e situações de risco e elaborando com a comunidade um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestando assistência integral de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; desenvolvendo ações educativas e inter-setoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados (MENDES, 1986).

Os principais instrumentos de coleta do SIAB são: a ficha de cadastro das famílias e levantamento de dados sócio-sanitários, preenchida pelo Agentes Comunitários de Saúde – ACS -, no momento do cadastramento das famílias e atualizado permanentemente; as fichas de acompanhamento de grupos de risco e de problemas de saúde prioritários, preenchidas mensalmente pelos ACS, no momento de realização das visitas domiciliares; e as fichas de registro de atividades, procedimentos e notificações, produzidas mensalmente por todos os profissionais das equipes de saúde (MENDES, 1986).

Os primeiros programas denominados de Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Medicina de Família, projetos inicialmente isolados, se disseminaram e resgataram, para a sociedade e para os sistemas locais de saúde, a figura do médico da família e comunidade. Passou-se, então, a questionar a estratégia anteriormente adotada, de organização das unidades básicas de saúde, baseada no trabalho de assistência médica por especialidades básicas. A partir de 1995, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de implantar o Programa de Saúde da Família em todo o território nacional. Ocorreu, então, a aceleração do processo de constituição de equipes, tornando-se um consenso a importância do médico de família para compor e liderar as ações previstas na Atenção Básica à Saúde (CAMPOS, 2003).

Atualmente, o Programa Saúde da Família tornou-se a estratégia prioritária de reformulação do modelo assistencial da atenção básica, estando já implantadas cerca de 10.000 equipes de saúde da família no país. Esse número encontra-se em constante evolução, dado o ritmo de crescimento do total de equipes no país. A cobertura populacional é maior nos Estados do Nordeste, com 54%; o Estado do Paraná conta com uma cobertura de 56,5% e o município de Maringá, superior a 80%. As equipes são, geralmente, compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e entre 6 e 8 agentes comunitários de saúde. Recentemente, foram incluídos na equipe profissionais de saúde bucal.

Este programa é visto como um desafio à dimensão das modificações que estão ocorrendo no território nacional, visando substituir o modelo tradicional de saúde, baseado na valorização do hospital e das doenças, por um novo modelo que prioriza a prevenção e promoção da saúde, com participação da população.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), era necessário criar um sistema no qual estabelecesse um vínculo entre população e equipe de saúde, transmitindo para esses uma maior confiança, respeito e atenção entre ambos, mudando, assim, a visão curativa/hospitalocêntrica do sistema vigente. Para tanto, ainda segundo o Ministério da Saúde, a implantação do Programa Saúde da Família nasceu de uma decisão política firme, voltada para o bem da comunidade.

O Programa Saúde da Família iniciou-se nas áreas de maior risco, utilizando o mapa da fome no Brasil, construído pelo sociólogo Hebert de Souza. Com a implantação desse Programa, alguns problemas, que antes eram ignorados, passaram a ser reconhecidos, pois o PSF propõe a realização de busca ativa na população, encaminhando alguns casos para diagnósticos e tratamento específico.

O Governo Municipal é quem define as áreas prioritárias de implantação do programa, onde são levadas em consideração as condições de vida da população e o contexto histórico de ocupação do espaço. A Unidade Saúde da Família, juntamente com as Unidades Básicas de Saúde, Centros de Especialidades e Hospitais fazem parte da Rede Municipal de Saúde e integra o Sistema Local de Saúde.

O **PSF tem como objetivo:** garantir equidade no acesso à atenção em saúde, com as necessidades de satisfazer todos os cidadãos do município, avançando na superação das desigualdades; e prestar atendimento de qualidade, nas Unidades Básicas de Saúde, dando assistência de prevenção de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos (BRASIL, 1990).

São **princípios do PSF:** desenvolver processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde, assim como sobre os riscos sanitários, ambientais e individuais, com melhoria de saúde e de qualidade de vida para todos; a equipe de saúde da família deve ser multiprofissional, composta por, no mínimo, 1 médico de família e comunidade, 1 enfermeiro de saúde pública, 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários (BRASIL, 1990).

A FISIOTERAPIA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Bradley e Oliveira (2001) apud Ragasson, Almeida, Comparin, Mischiati e Gomes (2003), o Sistema Único de Saúde tem apresentado resultados positivos no propósito de universalização, descentralização e ampliação de cobertura dos serviços de saúde. Entretanto, avança com mais dificuldade na garantia da qualidade, equidade e na resolutividade da assistência ambulatorial e hospitalar, principalmente pela falta de profissionais capacitados a prestar assistência integral à saúde. Portanto, para alcançar os objetivos propostos, é necessário o incentivo à educação na reorganização dos serviços de saúde e a inserção de profissionais que ainda estão excluídos desse sistema.

A inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção primária, fazendo parte da equipe multidisciplinar, em programas como "Saúde da Família", contribui para a inclusão do profissional na rede básica de saúde.

Partindo-se da vivência prática dos fisioterapeutas, inserido na atenção básica à saúde, verifica-se que estes possuem uma meta importante a ser alcançada, mediante a nova realidade das políticas de saúde. Para tanto, estes profissionais devem atuar como agentes multiplicadores de saúde, interagindo com uma equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar nas Unidades de Saúde da Família. Portanto, é importante uma redefinição do perfil dos profissionais que atuam na equipe de saúde, no sentido de promoção, prevenção, educação e reabilitação.

O livro "**O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora**", organizado por Barros (2002), aborda diversos projetos, experiências práticas e discussão sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde coletiva., tais como:

- A experiência em Belo Horizonte mostra que as intervenções desenvolvidas pela fisioterapia podem ser divididas em programas e serviços. Os programas são dirigidos a toda a comunidade e os serviços aos indivíduos e à família. Os programas são normatizados pelo Ministério ou pela Secretaria Municipal de Saúde. São eles: programa de hipertensão, diabetes e asma. Os serviços são propostos de acordo com as necessidades específicas de cada centro, atendendo a demanda espontânea. Além do atendimento individualizado, a fisioterapia desenvolve atividades em grupo com pacientes portadores de patologias crônicas da coluna e atendimento ao paciente acamado.

- Em Juiz de Fora, a inserção da Fisioterapia na atenção primária à saúde foi dada através do estágio supervisionado em saúde coletiva, onde os alunos desenvolveram um projeto intitulado "Atendimento fisioterápico domiciliar de pacientes acamados".

- Em Vera Cruz, Rio Grande do Sul, foi desenvolvido um trabalho para formação das berçaristas das escolas municipais de educação infantil, buscando possibilidades de identificação precoce dos atrasos de desenvolvimento na infância.

- No Rio de Janeiro, está sendo realizado um trabalho de assistência fisioterapêutica domiciliar a crianças portadoras de pneumopatia crônica e a assistência domiciliar a pacientes com AIDS.

- Em Canudos, está sendo realizado um trabalho de atendimento domiciliar para pessoas com disfunções causadas por doenças neurológicas.

- Outra experiência de Belo Horizonte é com grupo de pacientes portadores da hanseníase.

- Em Natal, o fisioterapeuta foi incluído no Programa de Educação e Controle do Diabetes.

No atendimento domiciliar, o profissional fisioterapeuta é muito importante, pois é observada a realidade de vida de cada uma das pessoas, das suas atividades de vida diária, das limitações, para, assim, passar orientações, fazer adaptações, conforme o estilo de vida de cada pessoa.

O CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA

A profissão de fisioterapia e terapia ocupacional foi assegurada pelo artigo 1º do ato institucional nº. 12, de 31 de agosto de 1969, e ficou decretado que o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional são profissionais de nível superior diplomados por escolas e cursos reconhecidos.

O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região (CREFITO-8, 2001, p. 2) definiu o Código de Ética da seguinte maneira:

Códigos de Ética são conjuntos de regras de conduta consideradas como válidas, decorrentes da evolução das sociedades e da consciência moral dos indivíduos, qualificadas nos variados contextos da atividade humana. São mais expressivos nos ambientes que se relacionam à condição humana, ou seja, no exercício cotidiano das atividades direcionadas à equalização e bem-estar das pessoas. Determinantes, também, no âmbito das organizações político-partidárias e da sociedade civil organizada, nas

competições esportivas e nas atitudes relacionadas à preservação e defesa do meio ambiente, entre outras.

Portanto, o Código de Ética estabeleceu que os profissionais tenham um enfoque humanista, tendo como valores a fraternidade e a solidariedade, garantindo aos usuários dos serviços prestados pelos profissionais o legítimo direito da cidadania (CREFITO-8, 2001).

Conforme o Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta, é atividade primária executar métodos e técnicas fisioterapêuticas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente, participando da promoção, tratamento e recuperação da sua saúde, evidenciando o papel de promotor da saúde da população e não apenas de “reabilitador”. Portanto, o fisioterapeuta, devido à sua formação profissional, possui diversas atribuições, dentre as quais encontra-se a de prestar atendimento pediátrico a pacientes portadores de doenças neurológicas com retardo do DNPM (desenvolvimento neuro-psicomotor), malformações congênitas, distúrbios nutricionais, afecções respiratórias, deformidades posturais, justificando-se, pois, que, com os procedimentos ou recursos fisioterapêuticos, o número de hospitalizações pode ser reduzido, a progressão das lesões pode ser evitada e o desenvolvimento motor normal pode ser estimulado (CREFITO-8, 2001).

Desta maneira, o atendimento nas Unidades de Saúde da Família é de extrema importância ao trabalho de atenção primária do profissional fisioterapeuta, pois devido a sua capacitação, associada à vivência com a realidade da população, pode-se verificar e acompanhar suas atividades de vida diária (AVD's), suas limitações e, a partir daí, proceder aos encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso.

AS DIRETRIZES CURRICULARES DO CURSO DE FISIOTERAPIA

As novas políticas de saúde provocaram um intenso debate acerca da formação de recursos humanos adaptados à nova realidade do “tratar saúde”. Trata-se de um processo de transformação complexo, que deve ter início durante a graduação e manter-se como um processo de educação continuada após a inserção desse profissional no mercado de trabalho (RAGASSON et al, 2003).

O Conselho Nacional de Educação instituiu em 2002 as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Destacaremos alguns artigos, que consideramos importantes para esse debate:

Art. 3º O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva⁴, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual.

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,

⁴ Grifo nosso.

proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo⁵. 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.

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

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;

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

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. 7º A formação do Fisioterapeuta deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente e deverá assegurar a prática de intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde etc. (MINSITÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2004).

No VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em Brasília/DF em 2004, foi desenvolvido uma oficina de trabalho, cujo tema era: "*Fisioterapia e Saúde Coletiva: enfrentando o desafio da integralidade da atenção*". Nessa oficina, buscou-se analisar os aspectos que figuram como limitantes para a implantação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de fisioterapia, as quais apresentam propostas de aproximação entre formação acadêmica e a realidade social, prevendo um profissional capaz de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no sistema de saúde brasileiro. Além disso, foram desenvolvidos temas como: princípios e diretrizes do SUS e suas implicações para a implantação das diretrizes curriculares e a formação profissional; apresentação de experiências profissionais e curriculares inovadoras a partir da

⁵ Grifo nosso .

articulação universidade-serviços-comunidade, envolvendo tecnologias assistenciais fisioterapêuticas em atenção primária; a construção coletiva de estratégias que visem garantir a inserção do profissional nas políticas públicas de re-orientação do modelo de atenção em saúde. Os resultados apresentados dos grupos de trabalho constituem-se num rico material de reflexão sobre a Fisioterapia Brasileira. Vários desafios foram pontuados, como o acesso universal ainda não garantido na maioria das experiências relatadas, nítidas limitações para atender o princípio da integralidade da atenção à saúde, devido à carência de profissionais para compor equipes de trabalho, dificuldade do trabalho interdisciplinar, entre outras, além das limitações políticas da categoria que se refletem em entidades representativas com escasso poder de negociação. Quanto à formação, aspectos relacionados ao aparato e terminologia fortemente técnicos e o modelo hospitalocêntrico utilizado na quase totalidade das escolas do país, aparecem como obstáculos às ações rumo a re-orientação do modelo de atenção à saúde proposto constitucionalmente, além da falta de instrumentalização durante a formação para permitir ações que priorizem a autonomia do profissional. Além disso, foram apresentadas várias experiências bem sucedidas relatadas nos grupos (com destaque, os trabalhos desenvolvidos em Macaé, Linhares e Sobral), nos quais há a inserção do fisioterapeuta no serviço, o trabalho em equipe e onde a prática profissional contempla a escuta, a atenção humanizada e a educação em saúde.

Nesse contexto, foi inserido, a partir desse ano (2004), na grade curricular do curso de Fisioterapia da Faculdade Ingá - Uningá, o estágio obrigatório do Programa Saúde da Família, tendo como objetivos: formar profissionais capacitados a atuar em níveis de atenção primária, além da secundária e terciária, proporcionar ao acadêmico uma visão ampla da realidade do indivíduo inserido no seu contexto familiar e social, realizando atividades práticas, tais como, discussões teóricas, educação em saúde nas escolas, grupo de hipertensos, grupo de postura, ginástica laboral com odontólogos da Unidade Saúde da Família, visitas domiciliares, avaliações posturais e orientações diversas, visando a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabíola. **Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde:** antecedentes, reforma sanitária e o SUS. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, s/d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS:** doutrinas e princípios. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia.** Disponível em: <<http://www.educacao.gov.br>>. Acesso em: set. 2004.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, 2003, v.8, n.2, p.569-584.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI JÚNIOR, Luiz. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli

Antônio; CORDONI JÚNIOR, Luiz (org). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: ABRASCO/UEL, 2001. p. 27-57.

COSTA, Ricardo César Rocha da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Rev. Sociol. Polit.**, jun. 2002, n.18, p. 49-71.

CREFITO 8ª Região. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **O código de ética profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Curitiba, 2001.

FOUCAULT, Michel. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

MENDES, Eugênio Villaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hicotec, 2000.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Tradução: Luiz Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

RAGASSON, Carla Adriana Pires et al. **Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional**. Cascavel: Unioeste, 2003 (trabalho de residência multiprofissional em Saúde da Família).

WERNECK, Marcos Azevedo. **A Reforma Sanitária no Brasil**. V. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.