

A FISIOTERAPIA NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: APROXIMAÇÕES E DESAFIOS

Raquel Miguel Rodrigues*

Mestre em Saúde Coletiva pela UFRJ – RJ

raqmig@terra.com.br

A produção científica na área de Fisioterapia vem crescendo lentamente no Brasil, embora a maioria da literatura tradicional utilizada nos cursos de graduação tenha origem em outros países, como Estados Unidos, França, Austrália (Blascovi-Assis & Peixoto, 2002). Tal cenário promove perspectivas de atuação a partir de dados coletados em países com diferenças culturais, epidemiológicas e até mesmo de sistemas de saúde distantes da realidade nacional. No entanto, alguns estudos, principalmente advindos do universo ensino-pesquisa-extensão, vêm sinalizando a necessidade de uma investigação mais integral a partir da realidade local.

A formação e a prática da Fisioterapia, hoje, estão direcionadas, prioritariamente, para a clínica de reabilitação e para os centros de terapias hospitalares. Há a tendência no ensino superior de Fisioterapia em valorizar o individual, a terapêutica, a especialidade e a utilização de métodos e técnicas sofisticadas (Rezende, 2007). Talvez aqui resida o determinismo do caráter predominantemente clínico e limitado aos locais de atendimento em níveis secundário e terciário de atenção à saúde na prática do Fisioterapeuta.

Tais características, segundo a mesma autora, estão em consonância com o modelo médico-assistencial privatista, ainda hegemônico no Brasil. A forma de perceber, explicar e enfrentar os problemas de saúde ao longo da história do nosso país acarretou o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença e, conseqüentemente, os esforços dos profissionais ou áreas de estudo preocupadas com as condições de saúde do homem concentraram-se, por um extenso período, na descoberta de novos métodos de “tratamento” das doenças, revelando a preponderância de uma assistência “curativa”, recuperativa e reabilitadora.

No sentido de tentar compreender a tendência dos estudos recentes sobre o campo de atuação profissional e sua interseção com a política de saúde no Brasil, propõe-se a presente revisão crítica acerca do tema a fim de desenvolver algumas aproximações e desafios sobre a assistência fisioterapêutica nacional.

As particularidades de profissões historicamente inscritas no contexto da reabilitação, tal como a Fisioterapia, favorecem a cultura de atuação limitada à existência de amplas salas, equipamentos, recursos caros e dependentes de uma infra-estrutura física e de material específico. Essa visão mantém a Fisioterapia à margem de muitas discussões que atualmente tem permitido avanços para outras profissões da saúde (ABRASCO, 2003).

A forma como a Fisioterapia vem se inserindo na rede pública de saúde sofre influência do seu surgimento, pois teve sua gênese e evolução caracterizadas pela atuação na reabilitação. Surgindo, inicialmente, como uma especialidade da medicina tornou-se, posteriormente, uma profissão autônoma, mas seguindo a lógica da especialidade, foi enquadrada, em termos de hierarquia na organização do sistema de saúde, em serviços de atenção secundária e terciária. Essa lógica de distribuição, durante muito tempo, excluiu da rede básica os serviços de fisioterapia, o que tem acarretado uma grande dificuldade de acesso da população a esses serviços (Ribeiro, 2002).

Alguns autores como Barros (2008), Salmória & Camargo (2008), Rezende (2007), Silva & Da Ros (2007) também destacam o contexto histórico do processo de profissionalização da Fisioterapia no Brasil como elemento crucial para a compreensão da construção do perfil profissional do Fisioterapeuta, bem como da arena de disputas pelo mercado de trabalho entre as categorias profissionais de saúde. Destacam-se, no contexto histórico, as controvérsias que ocorreram com relação à denominação da profissão e seu nível de autonomia no tratamento dos pacientes e na relação com outras categorias profissionais da saúde, especialmente a medicina. Segundo Barros (2008:952):

“A indefinição com relação ao nome da categoria profissional não foi mera formalidade burocrática, mas representava, entre outros aspectos, as disputas e atritos por espaço no mercado de trabalho, interesses relacionados à hierarquização das profissões, reconhecimento social, reconhecimento entre os

próprios pares, autonomia ou subordinação da categoria e participação ou exclusão na produção dos conhecimentos científicos.”

Nesta perspectiva, o fisioterapeuta surgiu com o propósito de reabilitar e preparar as pessoas fisicamente lesadas para o retorno à vida produtiva (Rebelatto e Botomé, 1999). Para este tipo de atividade este profissional tem mercado de trabalho e reconhecimento, pois, embora a Fisioterapia seja uma profissão relativamente recente (criada em outubro de 1969), os agentes físicos (p.ex. eletricidade e movimentos do corpo humano) vêm sendo utilizados desde a Antiguidade no tratamento das patologias (Rezende, 2007).

Na medida em que se tornou mais conhecida e que se ampliaram as áreas de intervenção da Fisioterapia, houve um aumento na demanda por esses serviços, porém a oferta não aumentou na mesma proporção. O atendimento restrito, principalmente aos centros de reabilitação e outros serviços de atenção secundária, vem ocasionando uma demanda reprimida nesses locais, onde há listas de espera nas quais as pessoas aguardam durante meses por atendimento. Há um outro agravante no que diz respeito ao acesso ao tratamento fisioterapêutico: a dificuldade que grande parte dos usuários tem de se deslocar para esses serviços. Essa dificuldade se torna mais importante, tanto em função das limitações físicas que muitos apresentam, como também do ponto de vista econômico, uma vez que esse atendimento pressupõe repetidas idas ao serviço, deslocando-se por longas distâncias, o que representa, além do esforço físico, despesas com transporte (Ribeiro, 2002).

Essas dificuldades, muitas vezes impossibilitam o acesso ao tratamento, pois há ocasiões em que a pessoa, mesmo conseguindo uma vaga no serviço de fisioterapia, não tem condições financeiras e/ou físicas de se deslocar continuamente até o serviço, perdendo a oportunidade de recuperação e agravando o problema.

Apontados alguns fatores determinantes de um *status quo* da intervenção em saúde, cabe avançar na proposição de estratégias de superação. Diante deste cenário, a preocupação em congrega – acesso e necessidade – da população ao tratamento fisioterapêutico vem impulsionando experiências de atuação na Atenção Básica, Secundária e Terciária buscando construir um modelo de atuação integral, descentralizado e regionalizado, que não costuma ser tradição na maioria dos municípios.

A tendência contemporânea exige profissionais que, além do domínio técnico, apresentem uma formação geral, ou seja, cidadãos capazes de integralmente prestarem atenção à saúde de outros cidadãos, através do trabalho com / em equipe e na forma de uma atenção humana e sensível (BRASIL, 2002).

Segundo Trelha et al (2002), o desenvolvimento de políticas de Saúde que insiram e valorizem o trabalho do fisioterapeuta dentro das equipes de saúde são necessárias para promover a integração do profissional na comunidade. Simultaneamente, os tempos atuais exigem que o fisioterapeuta imprima, em seu trabalho, uma atitude mais humanizada e uma visão mais integrada do paciente e de seu universo, com a integração real entre o fisioterapeuta e outros profissionais da área da Saúde.

Esta preocupação também é encontrada no debate da formação acadêmica dos fisioterapeutas como destacado por Salmória & Camargo (2008). Há certo consenso em relação à ampliação do objeto de trabalho do fisioterapeuta na formação, segundo Silva & Da Ros (2007), as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia, aprovadas em 2002, asseguram uma formação generalista. Os conteúdos curriculares podem ser diversificados desde que assegurem o equilíbrio de conhecimento nas diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos, além disso, devem apresentar um projeto pedagógico que tenha sido construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador desse processo (BRASIL, 2002).

Em proposta viabilizada em 2005, o Ministério da Saúde, através da proposta dos Núcleos de Saúde Integral (NSI), dispôs-se a financiar reformas curriculares nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia em três eixos, considerando que são fundamentais para ocorrer mudanças na direção do SUS: conceito de saúde-doença, cenários de prática e modelo pedagógico (BRASIL, 2004).

Nesta direção, fundamenta-se a preocupação em discutir a formação de novos profissionais da fisioterapia voltados para a atuação no Programa Saúde da Família/Sistema Único de Saúde/Atenção Básica, que contemple essa mesma direcionalidade (Silva & Da Ros, 2007).

Entendendo que o SUS é uma forma de organização do sistema de saúde do país, baseado nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e intersetorialidade. Apresentou-se um modelo de atenção integral à saúde, diferenciando-se do modelo de atenção à saúde anterior, que era centrado na doença, a estratégia do PSF é considerada um eixo norteador de reestruturação da assistência à saúde da população.

Ademais, a inserção de novos profissionais no contexto destes serviços possibilitaria enfrentar o desafio da integralidade da atenção. A proposta recente dos NSI que preconiza a integração da Saúde Mental e Reabilitação às equipes de Saúde da Família, também corrobora com a atuação integral e incorpora o fisioterapeuta nesse nível de atenção adequando-se às diretrizes da atual política de Estado.

Porém, apesar de alguns sinais de avanço ainda temos um longo caminho a percorrer. Muito tem-se discutido, principalmente em Congressos e outros eventos científicos, acerca do atual contexto de inserção profissional nas políticas públicas de saúde. O Projeto de Lei nº 4261/2004 inclui os profissionais de fisioterapia no PSF; porém, a forma de inserção é que se encontra interrogada e uma tentativa do MS, como já mencionado anteriormente, são os Núcleos de Saúde Integral (NSI). Esses núcleos são compostos por três modalidades: atividade física e saúde, saúde mental e reabilitação existindo inclusive um valor de incentivo de custeio para os NSI variando de acordo com a composição e as modalidades de ação implantadas (Silva & Da Ros, 2007).

Para além do contexto da formação, inserir-se na atenção básica, a competência do fisioterapeuta precisa superar a boa técnica. Para Silva & Da Ros (2007) é preciso estar sensível às necessidades e às circunstâncias de vida das famílias envolvidas e dos colegas de trabalho e embora o próprio mercado de trabalho esteja mudando na direção de um trabalho integrador, isso não significa somente buscar equipes com profissionais de diversas áreas, integrados, acenando para uma perspectiva que atualmente está sendo chamada de interdisciplinaridade.

Outro importante aspecto ressaltado pelos autores supracitados, trata-se do SUS ser o grande empregador dos trabalhadores de saúde e, portanto, os profissionais que queiram trabalhar nele precisam conhecê-lo, conhecer sua realidade.

Para a conquista desses saberes e práticas, o fisioterapeuta apresenta especificidades que podem contribuir para o enfrentar o desafio da integralidade do SUS como destaca Barros (2002:9):

“O Fisioterapeuta encontra-se, atualmente, reorientando a sua formação, com ética, competência técnica e maturidade social para o atendimento às demandas prioritárias em saúde da nossa população. As armas deste profissional são as próprias mãos, a inteligência, a emoção e a natureza, que se completam e se apóiam em estratégias técnico-científicas de educação, participação popular, prevenção, tratamento, desenvolvimento e recuperação da saúde através de diagnósticos funcionais, diagnósticos coletivos e sociais, abordagens corporais entre outras.”

Corroborando com a idéia anterior, Rezende (2007) considera que a Fisioterapia acompanhou, através de sua regulamentação, as mudanças nos conceitos e paradigmas de saúde que impulsionaram a criação do SUS. A autora relata que, a partir da Resolução COFFITO nº. 80, de 1987, mudou-se o objeto de estudo e trabalho, transcendendo os ‘distúrbios do movimento’ e passando a focar o ‘movimento humano’ em si, “*em todas as suas formas de expressão e potencialidades*”. Ao assumir o movimento como seu objeto, o fisioterapeuta abriu a possibilidade de adotar uma perspectiva relacional, pensando o sujeito não apenas por suas características biológicas, mas também considerando-o na sua dimensão social.

A partir do seu objeto de atuação – o movimento humano – a fisioterapia responde, com suas práticas, aos estudos epidemiológicos acerca dos fatores de risco para as doenças não-transmissíveis. A importância do estímulo a modos de viver não sedentários tendo em vista que o risco de doenças cardiovasculares e os agravos em decorrência de hipertensão arterial e diabetes mellitus estão relacionados, dentre outros fatores, com o não envolvimento em quaisquer práticas corporais (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Promoção da Saúde compreende que as práticas corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, etc, construídas de maneira sistemática (nos espaços formais das aulas de educação física nas escolas, por exemplo) e/ou de maneira não sistemática (nos espaços de lazer, no tempo livre). Assim, o “Campo da

Atividade Física” amplia as possibilidades de organização e escolha dos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, entendidos como benéficos à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo Caminhadas, Capoeira, Danças, Tai Chi Chuan, Lien Chi, Lian Gong, Tui-ná, Shantala, Do-in, Shiatsu, Yoga, etc., e investe na constituição de mudanças quanto aos modos de produção da saúde nas unidades que compõem o SUS.

Nesta perspectiva, as ações privativas da fisioterapia podem colaborar para a redução do consumo de medicamentos, estimulando a grupalidade e a formação de redes de suporte social, possibilitando a participação ativa dos usuários do SUS na construção de projetos terapêuticos individuais e na identificação das práticas a serem desenvolvidas em determinada área. A população assistida e a Fisioterapia poderão andar de braços dados na construção de uma política local inovadora e inclusiva, permitindo que seus municípios, mesmo diante de situações de agravo ou doença, possam manter a sua integridade funcional.

A atuação encontra-se também articulada à Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (HumanizaSUS), uma vez que, através da melhoria da qualidade de vida da população, por meio da implantação de ações que permitam aos cidadãos conhecer, experimentar e incorporar a prática regular de atividades físicas, redefine as práticas de acolhimento dos usuários.

As possibilidades de atuação do fisioterapeuta caminham para sua adequação à política pública de saúde preconizada pelo SUS, onde a valorização da prevenção e promoção de saúde, assim como a busca da equidade e maior resolutividade dos atendimentos prestados, representa os principais elementos norteadores das ações propostas.

Tal fato propicia a percepção de um campo de atuação pouco explorado, onde o leque de possibilidades de intervenção fisioterapêutica e as necessidades detectadas fazem crer que a participação da Fisioterapia na Atenção Básica, bem como nos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, constitui-se em uma contribuição imperativa, que poderá viabilizar maior resolutividade nas intervenções interdisciplinares, junto ao que o SUS considera porta de entrada do sistema (FREITAS, 2002).

As ações voltadas para o desenvolvimento de atividades em Educação e Saúde junto às comunidades e atividades nas áreas de Saúde da Criança, da Mulher, do Adulto e do Idoso, abrangendo também o atendimento de pacientes restritos ao leito/domicílio, nos diversos níveis de complexidade do SUS é um grande desafio imposto ao ensino, serviço e gestão. A busca pela prevenção do aumento do volume e complexidade da atenção evitando o incremento das doenças ao mesmo tempo limitando os danos já instalados, sedimenta a tendência atual do exercício profissional.

No contexto da Atenção Secundária, onde se concentra as clínicas e consultórios, há uma tendência de regionalização destes serviços, buscando-se ofertar determinadas técnicas e equipamentos de acordo com o perfil epidemiológico local. No SUS é possível compreender essa característica mais claramente, pois a regionalização é um dos seus princípios organizacionais, como se pretende nos Núcleos de Saúde Integral, oferecendo apoio “de maior complexidade” às equipes de saúde da família, criando-se uma rede de referência e contra-referência dos atendimentos prestados.

No âmbito do setor privado, a concorrência vem sendo determinada pela diferenciação do produto, tanto em relação à incorporação de equipamentos quanto à especialização dos profissionais. Porém, percebe-se ainda uma reprodução da prática curativa, segmentada e pouco resolutiva na qual prevalece a utilização de equipamentos em detrimento às manobras corporais. Tal fato traduz o reconhecimento que a população constrói diante destas práticas como não resolutivas ou pouco resolutivas.

Em relação aos serviços de maior complexidade, como os Centros de Reabilitação por exemplo, para a assistência dos casos mais graves e limitantes conseqüentes de Politraumas, Traumatismos raqui-medulares, Traumatismos Crânio-Encefálicos, Doenças Congênitas, Doenças Crônico-degenerativas, entre tantos outros casos, estão concentrados nas regiões metropolitanas e cada vez mais distantes da população que depende do SUS exclusivamente. Além da acessibilidade geográfica, como fator limitante de acesso, da maioria desses serviços, é muito raro encontrar sistemas locais de saúde que incorporem aos seus planos de saúde a questão do tratamento destes casos complexos. O desenvolvimento de tecnologias de assistência a esse grupo populacional, por vezes, ficam restritos às Universidades e Instituições de Ensino

Superiores, que enfrentam grandes dificuldades de articulação com a gestão pública local de saúde.

A ampliação do olhar em relação à Saúde Funcional da população, tendo a Fisioterapia como um ator principal, impõe inúmeros desafios. Como Salmória & Camargo (2008:78) relatam: "(...) A consciência da necessidade de transformação profissional com bases na Saúde da coletividade ocorrerá em cada indivíduo no momento em que a categoria for formada por indivíduos sociais (sociedade organizada), recriando seus signos ideológicos, para então ocorrer mudanças efetivas."

Encontramo-nos diante da necessidade de mudanças não somente dos antigos paradigmas técnico-científicos, como também dos compromissos e responsabilidades sociais. Devemos avançar de uma ciência eticamente livre para outra eticamente responsável (João, 2002). Infere-se aqui a importância da articulação do ensino, pesquisa, extensão universitária, representações profissionais e sociedade para o maior alcance da autonomia profissional e o reconhecimento da necessidade da atenção integral por todos os atores envolvidos.

Sabendo que o tema é impossível de ser esgotado e da incipiente produção bibliográfica acerca deste debate, esta revisão tornou-se mais um elemento provocativo para outros estudos do que uma tentativa de consenso. Todavia, a complexidade e os desafios que emergem da aproximação da Fisioterapia e das Políticas de Saúde nas práticas cotidianas ainda que tardia, é absolutamente necessária.

Referências Bibliográficas

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. A Fisioterapia na Saúde coletiva: buscando enfrentar os desafios da integralidade da atenção. *Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Brasília, 2003.

BARROS, Fabio Batalha M. (Org.). *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos de 1950. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3):941-954, 2008.

BLASCOVI-ASSIS, S.M. & PEIXOTO, B. O. A Visão dos Pacientes no Atendimento de Fisioterapia: dados para traçar um novo perfil profissional. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v.15, n.1, p. 61-67, abr./set., 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção à Saúde*. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Núcleo de Saúde Integral*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS*. Brasília, 2004a.

BRASIL. *Projeto-Lei* nº. 4261 de 19 de outubro de 2004. Inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional no Programa Saúde da Família – PSF. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/proposicoes>. Acesso em: 27/10/2008

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução Nº CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para Organização da Atenção Básica*. Brasília, 2002.

FREITAS, M.S. A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora. In: *O Fisioterapeuta na Saúde da População: Atuação Transformadora*. 1 ed. Fisiobrasil: Rio de Janeiro, 2002.

COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), 1987. Resolução nº 80, de 09 de maio. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO nº 08, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO nº 37, relativa ao registro de empresas nos conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, nº 093, Seção I, Pág. 7609.

JOÃO, S.M.A. Ética e Fisioterapia. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo*. v.9, n.2, p.i., jul-dez, 2002.

REBELATTO, JR.; BOTOMÉ, SP., 1999. *Fisioterapia no Brasil*. Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2 ed. São Paulo: Manole.

REZENDE, M de. *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 da Equipe*. Um Estudo de Caso. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

RIBEIRO, K. S. Q. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. *Fisioterapia Brasil*, v.3, n.5, p.311-318, 2002.

SALMÓRIA, J. G. & CAMARGO, W. A. Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. *Saúde e Soc*, São Paulo, 17(1): 73-84, 2008.

SILVA, D. J. & DA ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6): 1673-1681, 2007.

TRELHA, C. S. et al. O processo de trabalho do profissional fisioterapeuta. *Revista Espaço para Saúde*, Londrina, v. 4, n. 1, p. 15-21, dez. 2002.