

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**O FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA: DA FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA À
PRÁTICA**

MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

Patrícia Garmus de Souza

Tio Hugo, RS, Brasil

2012

O FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DA FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA À PRÁTICA

Patrícia Garmus de Souza

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para a obtenção do grau de **especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**.

Orientadora: Prof. Dra. Marta Cocco da Costa

Tio Hugo, RS, Brasil

2012



Ficha catalográfica elaborada por

Biblioteca Central da UFSM

© 2011

Todos os direitos autorais reservados a Patrícia Garmus de Souza. A reprodução de partes ou todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Endereço: Rua Doze, n. 2010, Bairro da Luz, Santa Maria, RS, CEP: 97110-680

Fone (00XX)55 32225678; Faz (0XX) 32251144; E-mail: ufesme@ct.ufsm.br

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS
Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização
Pública em Saúde EaD

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Monografia de Conclusão de Curso

O FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: DA FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA À PRÁTICA

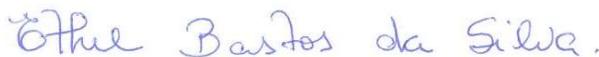
elaborada por
Patrícia Garmus de Souza

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista

Comissão Examinadora:



Marta Cocco da Costa, Dra.
(Presidente/Orientadora)



Ethel Bastos da Silva, Msc. (UFSM)



Andressa de Andrade, Msc. (UFSM)

Tio Hugo, 15 de dezembro de 2012

RESUMO

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

O FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DA FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA À PRÁTICA

AUTORA: Patrícia Garmus de Souza

ORIENTADORA: Marta Cocco da Costa

Tio Hugo, 15 de outubro de 2012.

O presente estudo busca discutir e refletir sobre a formação universitária do fisioterapeuta no Brasil, problematizando aspectos referentes ao perfil profissional, campo de atuação e sua inserção nos serviços de atenção básica, particularmente na Estratégia de Saúde da Família. Inicialmente, foi realizada uma construção reflexiva sobre a história e a evolução da fisioterapia, seguida pela formação do fisioterapeuta e a evolução dos cursos de fisioterapia no Brasil, contextualizando aspectos da expansão do ensino, campo de atuação, perfil profissional, atribuições do fisioterapeuta dentro da Estratégia de Saúde da Família, bem como os desafios que o fisioterapeuta encontra na atenção básica de saúde. Tomando como referência o modelo de atenção básica, evidencia-se a necessidade de superação da reabilitação como único nível de atuação profissional, apresentando o modelo da fisioterapia coletiva como instrumento de atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. Assim há necessidade de sobrelevar o modelo de formação adotado que é ainda o curativo-reabilitador, inadequado à nova realidade epidemiológica, visto que o modelo de saúde atual exige do profissional visão integral, formação humanista e uma atual concepção de saúde e assistência. Por fim, demonstra-se que a ampliação do número de cursos não resulta em maior acesso da população à assistência em fisioterapia e que a decisão de abertura de novos cursos deve ser pautada em indicadores sociais tendo início a partir da demanda social, considerando as contribuições e transformações que cada novo curso pode ter sobre a melhoria da realidade social e epidemiológica de cada região.

Palavras-chave: Fisioterapia. Educação Superior. Formação Profissional. Ensino da Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Monografia de Especialização

Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

THE PHYSIOTHERAPIST IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: UNIVERSITY TRAINING TO PRACTICE

AUTORA: Patrícia Garmus de Souza

ORIENTADORA: Marta Cocco da Costa

Tio Hugo, 15 de dezembro de 2012.

This study consists of an analysis and discussion of the inclusion of physiotherapist services in primary care, particularly in the Family Health Strategy in respect to university education. Initially there was performed a reflexive construction on the history and evolution of physiotherapy followed by the formation and evolution of the physiotherapy courses in Brazil, contextualizing aspects of the expansion of education, field of expertise, professional profile, assignments physiotherapist within the Health Strategy Family as well as the challenges that the physical therapist finds in primary health. Taking as reference the primary care model, becomes evident the need to overcome the rehabilitation as the only level of professional performance, presenting the model of collective physiotherapy as a role instrument of the physiotherapist in primary care. Therefore need to outweigh the adopted formation model is still the curative-rehabilitative inappropriate to the new epidemiological reality, since the current model health requires professional full humanistic education vision and a current concept of health and assistance. Finally, we demonstrate that increasing the number of courses does not result in greater access of the population to physiotherapy assistance and that the decision to create new courses should be based on social indicators and start from the social demand, considering the contributions and changes that each new course can have on improving the social and epidemiological reality of each region.

Keywords: Physiotherapy. Higher Education. Vocational Education. Health Education. Health Strategy of the Family.

RESUMEN

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

EL FISIOTERAPEUTA EN LA ESTRATEGIA DE LA SALUD DE LA FAMILIA: DE LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA A LA PRACTICA

AUTORA: Patrícia Garmus de Souza

ORIENTADORA: Marta Cocco da Costa

Tio Hugo, 15 de dezembro de 2012.

Este estudio consiste en un análisis y discusión sobre la inserción del fisioterapeuta en los servicios de atención básica a la salud, particularmente en la Estrategia de Salud de la Familia respecto a la educación universitaria. Inicialmente se realiza una construcción reflexiva sobre la historia y la evolución de la fisioterapia seguida por la educación del fisioterapeuta y la evolución de los cursos de fisioterapia en Brasil, problematizando aspectos de la expansión de la educación, campo de actuación, perfil profesional, atribuciones del fisioterapeuta dentro de la Estrategia de Salud de la Familia, así como los desafíos que el fisioterapeuta encuentra en la atención básica de la salud. Tomando como referencia el modelo de atención básica, se evidencia la necesidad de superación de la rehabilitación como único nivel de actuación profesional presentando el modelo de la fisioterapia colectiva como instrumento de actuación del fisioterapeuta en la atención básica a la salud. Es necesario superar el modelo de educación admitiendo que todavía es el curativo-rehabilitador, inadecuado a la nueva realidad epidemiológica visto que el modelo de salud actual exige del profesional una visión integral, una educación humanista y una actualización de los conceptos de salud y asistencia. Por fin, se demuestra que la ampliación del número de cursos no da como resultado un mayor acceso de la población a la asistencia en fisioterapia y que la decisión de la apertura de nuevos cursos debe estar basada en indicadores sociales que evidencien la demanda, considerando las contribuciones y transformaciones que cada nuevo curso pueda tener sobre la mejoría de la realidad social y epidemiológica de cada región.

Palabras claves: Fisioterapia. Educación Superior. Educación Profesional. Educación de la Salud. Estrategia de Salud de la Familia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das Escolas Públicas e Privadas em 2012.....	20
Figura 2 - Distribuição dos cursos de Fisioterapia no Brasil por região.....	21
Figura 3 - Porcentagem de crescimento dos cursos por região.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS

ABENFISIO	Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia
AACD	Associação de Assistência à Criança Defeituosa
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IES	Instituições de Ensino Superior
INAR	Instituto Nacional de Reabilitação
IR	Instituto de Reabilitação
MEC	Ministério de Ensino e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO

RESUMO	05
ABSTRACT	06
RESUMEN	07
Lista de Gráficos	08
Lista de Abreviaturas	09
1 INTRODUÇÃO	14
2 CONSTRUÇÃO REFLEXIVA: dialogando com a literatura	15
2.1 Evolução histórica da fisioterapia.....	15
2.2 Formação do Fisioterapeuta e a evolução dos cursos de graduação em Fisioterapia no Brasil.....	19
3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: potencial para o cuidado dos profissionais fisioterapeutas	25
3.1 Atribuições das Equipes de Saúde da Família.....	27
4 DESAFIOS DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE: foco na estratégia de saúde da família	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	41
Anexo 1 – Normas para submissão do Artigo.....	42

ARTIGO CIENTÍFICO

O FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DA FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA À PRÁTICA

THE PHYSIOTHERAPIST IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: UNIVERSITY TRAINING TO PRACTICE

EL FISIOTERAPEUTA EN LA ESTRATEGIA DE LA SALUD DE LA FAMILIA: DE LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA A LA PRACTICA

RESUMO:

O presente estudo busca discutir e refletir sobre a formação universitária do fisioterapeuta no Brasil, problematizando aspectos referentes ao perfil profissional, campo de atuação e sua inserção nos serviços de atenção básica, particularmente na Estratégia de Saúde da Família. Inicialmente, foi realizada uma construção reflexiva sobre a história e a evolução da fisioterapia, seguida pela formação do fisioterapeuta e a evolução dos cursos de fisioterapia no Brasil, contextualizando aspectos da expansão do ensino, campo de atuação, perfil profissional, atribuições do fisioterapeuta dentro da Estratégia de Saúde da Família, bem como os desafios que o fisioterapeuta encontra na atenção básica de saúde. Tomando como referência o modelo de atenção básica, evidencia-se a necessidade de superação da reabilitação como único nível de atuação profissional, apresentando o modelo da fisioterapia coletiva como instrumento de atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. Assim há necessidade de sobrelevar o modelo de formação adotado que é ainda o curativo-reabilitador, inadequado à nova realidade epidemiológica, visto que o modelo de saúde atual exige do profissional visão integral, formação humanista e uma atual concepção de saúde e assistência. Por fim, demonstra-se que a ampliação do número de cursos não resulta em maior acesso da população à assistência em fisioterapia e que a decisão de abertura de novos cursos deve ser pautada em indicadores sociais tendo início a partir da demanda social, considerando as contribuições e transformações que cada novo curso pode ter sobre a melhoria da realidade social e epidemiológica de cada região.

Palavras-chave: Fisioterapia. Educação Superior. Formação Profissional. Ensino da Saúde. Estratégia da Saúde da Família.

ABSTRACT:

This study consists of an analysis and discussion of the inclusion of physiotherapist services in primary care, particularly in the Family Health Strategy in respect to university education. Initially there was performed a reflexive construction on the history and evolution of physiotherapy followed by the formation and evolution of the physiotherapy courses in Brazil, contextualizing aspects of the expansion of education, field of expertise, professional profile, assignments physiotherapist within the Health Strategy Family as well as the challenges that the physical therapist finds in primary health. Taking as reference the primary care model, becomes evident the need to overcome the rehabilitation as the only level of professional performance, presenting the model of collective physiotherapy as a role instrument of the physiotherapist in primary care. Therefore need to outweigh the adopted formation model is still the curative-rehabilitative inappropriate to the new epidemiological reality, since the current model health requires professional full humanistic education vision and a current concept of health and assistance. Finally, we demonstrate that increasing the number of courses does not result in greater access of the population to physiotherapy assistance and that the decision to create new courses should be based on social indicators and start from the social demand, considering the contributions and changes that each new course can have on improving the social and epidemiological reality of each region.

Keywords: Physiotherapy. Higher Education. Vocational Education. Health Education. Health Strategy of the Family.

RESUMEN:

Este estudio consiste en un análisis y discusión sobre la inserción del fisioterapeuta en los servicios de atención básica a la salud, particularmente en la Estrategia de Salud de la Familia respecto a la educación universitaria. Inicialmente se realiza una construcción reflexiva sobre la historia y la evolución de la fisioterapia seguida por la educación del fisioterapeuta y la evolución de los cursos de fisioterapia en Brasil, problematizando aspectos de la expansión de la educación, campo de actuación, perfil profesional, atribuciones del fisioterapeuta dentro de la Estrategia de Salud de la Familia, así como los desafíos que el fisioterapeuta encuentra en la atención básica de la salud. Tomando como referencia el modelo de atención básica, se evidencia la necesidad de superación de la rehabilitación como único nivel de actuación profesional presentando el modelo de la fisioterapia colectiva como instrumento de actuación del fisioterapeuta en la atención básica a la salud. Es necesario superar el modelo de educación admitiendo que todavía es el curativo-rehabilitador, inadecuado a la nueva realidad epidemiológica visto que el modelo de salud actual exige del profesional una visión integral, una educación humanista y una actualización de los conceptos de salud y asistencia. Por fin, se demuestra que la ampliación del número de cursos no da como resultado un mayor acceso de la población a la asistencia en fisioterapia y que la decisión de la apertura de nuevos cursos debe estar basada en indicadores sociales que evidencien la demanda, considerando las contribuciones y transformaciones que cada nuevo curso pueda tener sobre la mejoría de la realidad social y epidemiológica de cada región.

Palabras claves: Fisioterapia. Educación Superior. Educación Profesional. Educación de la Salud. Estrategia de Salud de la Familia.

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) conhecido hoje como Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde e propõe um sistema de atenção familiar através de um modelo assistencial baseado na prevenção, promoção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde a partir de ações conjugadas com os princípios do SUS, territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilidade e priorização de grupos populacionais mais vulneráveis rompendo os estigmas dos planejamentos em saúde voltados, tradicionalmente, para a cura das doenças e recuperação da saúde (NOBRE, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família apresenta a proposta de prestar serviço de saúde à população, sadios ou doentes, adultos ou crianças de forma integral, contínua e com qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria unidade, nos domicílios e em locais comunitários como creches, asilos, presídios entre outros (FONSECA, 2007).

As mudanças no perfil epidemiológico e as transformações ocorridas com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) impuseram novos desafios e responsabilidades às práticas dos profissionais de saúde exigindo uma nova abordagem do processo saúde-doença, centrando suas ações não apenas na perspectiva de tratar enfermidades, mas de promover qualidade de vida a população.

No que concerne a fisioterapia, o modelo da formação adotado tem sido o curativo-reabilitador privatista, inadequado a nova realidade epidemiológica e ao atual modelo de atenção à saúde. Mesmo com a ampliação do número de cursos e a maior oferta de profissionais, não resultam em maior acesso à população aos serviços de fisioterapia (BISPO, 2009).

A inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, associado, principalmente a criação da profissão, rotulando o fisioterapeuta como reabilitador, voltando-se apenas para uma pequena parte de seu objeto de trabalho, que é tratar a doença e suas sequelas. Essa lógica fez com que, durante muito tempo o serviço de fisioterapia fosse excluído da rede

básica, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço e impedindo o profissional a atuar na atenção primária (GALLO, 2005).

O presente artigo tem por objetivo discutir e refletir sobre a formação universitária do fisioterapeuta no Brasil problematizando aspectos referentes ao perfil profissional, campo de atuação e sua inserção nos serviços de atenção básica, particularmente na Estratégia de Saúde da Família.

2 CONSTRUÇÃO REFLEXIVA: dialogando com a literatura

2.1 Evolução Histórica da Fisioterapia

Tendo como objeto de estudo a prática e a formação do fisioterapeuta faz-se necessário, antes, rever a história da profissão e sobre a constituição de seu objeto de trabalho. O ensino da Fisioterapia e a sua relação com a Saúde Coletiva permeiam as discussões deste estudo, assim faz-se necessária uma reflexão inicial sobre a temática.

A Fisioterapia como profissão, ou área de conhecimento, tem um passado recente, porém ao se estudar seu objeto de trabalho verifica-se que ela remonta à antiguidade. O termo Fisioterapia foi empregado pela primeira vez em 1905, no *"British Medical Journal"*. No entanto, os recursos terapêuticos das quais a fisioterapia faz uso são datados entre 4000 a.C. e 395 d.C e eram utilizados para eliminação, do que na época denominavam-se diferenças incômodas (entendidas como doenças físicas). Já nesta época se tentava eliminar doenças através de agentes físicos, como, por exemplo, a eletricidade do peixe elétrico e os movimentos do corpo humano. Na China existem registros de obras de cinesioterapia em 2698 a.C. Na Índia, exercícios respiratórios eram utilizados para evitar a constipação (REBELLATO; BOTOMÉ, 1999).

Com o início da Era Cristã a ginástica como tratamento dessas diferenças esteve em poder dos sacerdotes. Durante a Idade Média os estudos na área da saúde foram interrompidos, pois o corpo era visto como algo inferior, e a atividade física como curativa passou a ser proibida. Os exercícios físicos eram realizados

somente como uma necessidade advinda da guerra. As diferenças incômodas neste período eram vistas como algo a ser “exorcizado”, os exercícios físicos passaram a ser privilégio da nobreza como forma de lazer (REBELLATO; BOTOMÉ, 1999).

O Movimento artístico e literário Renascentista (séc. XV e XVI) retomou o culto a beleza e a forma física masculina e feminina voltou a ser valorizada. A atividade física deixou de ser apenas uma forma de tratamento, para também se tornar uma preocupação com a manutenção das condições normais (REBELLATO; BOTOMÉ, 1999).

Nos séculos XVIII a XIX com o advento da Revolução Industrial, as concepções de cuidado com o corpo que advinham do período Renascentista sofreram alterações devido à necessidade de combate às novas doenças e epidemias. O conhecimento científico passou a ser valorizado e a explicação unicausal das doenças contribuiu para a concepção que bastava tratar os operários quando eles adoecessem (REBELLATO; BOTOMÉ, 1999).

Predominou neste momento uma atenção curativa, recuperadora e reabilitadora, inibindo-se o ideário de manutenção da saúde que havia surgido no Renascimento.

Durante a Primeira Guerra surgem escolas de cinesioterapia, a partir de clínicas universitárias ortopédicas. Até a metade do século ficou consolidada a separação entre instituições de educação física pura e de tratamento de enfermos. Como consequências das guerras existiam um grande contingente de indivíduos com lesões, mutilações e incapacidades que necessitavam tratamento (REBELLATO; BOTOMÉ, 1999).

No Brasil, a fisioterapia surgiu com a chegada da família real portuguesa concomitantemente à criação das primeiras escolas médicas. No século XIX, os recursos fisioterapêuticos faziam parte da terapêutica médica como o serviço de hidroterapia do Rio de Janeiro conhecido como “Casa das Duchas”, existente até os dias atuais (REBELLATO; BOTOMÉ, 1999).

Em 1884 foi organizado o primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro, em 1919 o médico Raphael Penteadó de Barros fundou o departamento de eletricidade médica onde seria construída a Universidade de São Paulo em 1934 e em 1929 foi instalado o Serviço de Fisioterapia do Instituto Radium Arnaldo Vieira de Carvalho (NOVAES, 2012).

O início da fisioterapia no Brasil foi marcado por uma forma de atuação dependente dos médicos da reabilitação, como eram conhecidos os médicos da época, que atuavam utilizando esses recursos terapêuticos.

A Universidade de São Paulo (USP) por meio do Hospital das Clínicas organizou o primeiro curso para a formação de técnicos em Fisioterapia, com duração de um ano em 1951, os egressos se chamavam fisioterapeutas. Em 1952 foi retomada na Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro a cátedra de Fisioterapia e em 1954 foi criada a Associação Beneficente de Reabilitação que ministrava o curso de técnico em reabilitação em dois anos. Esses novos profissionais foram absorvidos pelas entidades Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD), Lar Escola São Francisco e as Casas Esperança (REBELLATO; BOTOMÉ, 1999).

Foi em 1959 com a fundação do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), que o curso de fisioterapia da USP passou para dois anos e em 1964 quando o INAR transmutou-se para Instituto de Reabilitação (IR), foram criados os primeiros cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (NOVAES, 2012).

A regulamentação da fisioterapia tem um passado bastante recente. O primeiro documento oficial foi o parecer nº 388/63 que descrevia a atividade do fisioterapeuta como auxiliar do médico, ou seja, um técnico, não lhe cabendo executar diagnóstico, apenas devendo executar tarefas terapêuticas sob orientação e responsabilidade do médico (GALLO, 2005).

O segundo documento oficial foi o decreto lei nº 938/69 de 13 de outubro de 1969, que assegurava o exercício profissional do fisioterapeuta, destacava apenas aspectos curativos e reabilitadores da profissão como pode ser visto no terceiro artigo. “É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com finalidades de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (BRASIL, 1969).

O terceiro documento foi a Lei nº 6316 de 17 de dezembro de 1975, decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República do Brasil, criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, dispondo sobre o exercício profissional, anuidades, infrações e penalidades (BRASIL, 1975).

O quarto documento oficial foi a Resolução nº 10 de 03 de Junho de 1978, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, onde ficou estabelecido o

Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. Neste documento já existe uma visão mais ampliada da prática profissional, no primeiro artigo explica-se que “O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde” (COFFITO, 1978).

O objeto de trabalho e de estudo da Fisioterapia, passou no decorrer da história por diversas oscilações, porém quase sempre o atendimento e os recursos nesta área foram voltados para o indivíduo doente (REBELLATO; BOTOMÉ, 1999).

A Fisioterapia tem como objeto de trabalho, juntamente com os demais profissionais da saúde, o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos utilizando-se de instrumentos e condutas representativos de seu saber específico (TRELHA, 2002).

O fisioterapeuta atende, normalmente, mediante solicitação médica. Os fisioterapeutas controlam o processo de trabalho no campo da Fisioterapia, e quando há divisão do trabalho ocorre entre as especializações do conhecimento, não havendo divisão entre o saber e o fazer (PIRES, 1999).

Durante a década de 50, o quadro epidemiológico brasileiro caracterizou-se pelo predomínio de doenças infecciosas e parasitárias, sobretudo as epidemias de varíola, malária, febre amarela, poliomielite, tuberculose e sífilis (BARATA, 2000).

A incidência de poliomielite nesta década atingiu índices alarmantes, contribuindo para um grande contingente de pessoas com sequelas motoras, fator que também contribuiu para fortalecer a concepção da fisioterapia no país (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Neste mesmo período, o Brasil passou por uma mudança em sua economia, deixando de ser um país agroexportador para adotar o modelo de produção capitalista, com surgimento das primeiras indústrias (PAIM, 2003).

A industrialização fez crescer o número de trabalhadores acidentados e lesionados e conseqüentemente houve a necessidade da reinserção desses trabalhadores no mercado de trabalho, surgindo assim a fisioterapia como instrumento de reabilitação da mão de obra e sua reintegração à força produtiva. A saúde na época era compreendida como instrumento de sustentação econômica e não como direito social da população (PAIM, 2003).

Em 1969, no auge da ditadura militar no país, quando a regulamentação da fisioterapia ocorreu como profissão de nível superior, as condições de saúde da

população agravaram devido à sobrecarga epidemiológica e a deficiência do sistema assistencial brasileiro, intensificando o agravamento das condições de vida da população, em consequência do modelo econômico concentrador de renda. A política de forte incentivo ao crescimento industrial desenvolveu-se em paralelo à deteriorização das conquistas da classe trabalhadora (PAIM, 2003).

O desenvolvimento da fisioterapia aconteceu em momento turbulento para a sociedade brasileira, de forte crise no setor da saúde e com grandes implicações para a população.

2.2 Formação do Fisioterapeuta e a evolução dos cursos de graduação em Fisioterapia no Brasil

A Fisioterapia, a exemplo de outras profissões de saúde, resulta de uma formação baseada em uma visão onde o ser humano é encarado como parte fragmentada de um todo e a doença é tida como uma avaria que requer reparação (cuidado) parcial (MARINHO, 1999).

Com a ampliação do número de cursos e maior oferta no número de vagas nos cursos superiores na década de 1990 sendo motivados pela política do Estado brasileiro na tentativa de corrigir o déficit da escolaridade superior no país, os cursos de fisioterapia expandiram-se sem planejamento e regulação, em meio à estagnação das instituições de ensino superior pública e ao incentivo às instituições privadas o que pode ser demonstrado na Figura 1.

Figura 1- Distribuição das Escolas Públicas e Privadas em 2012.

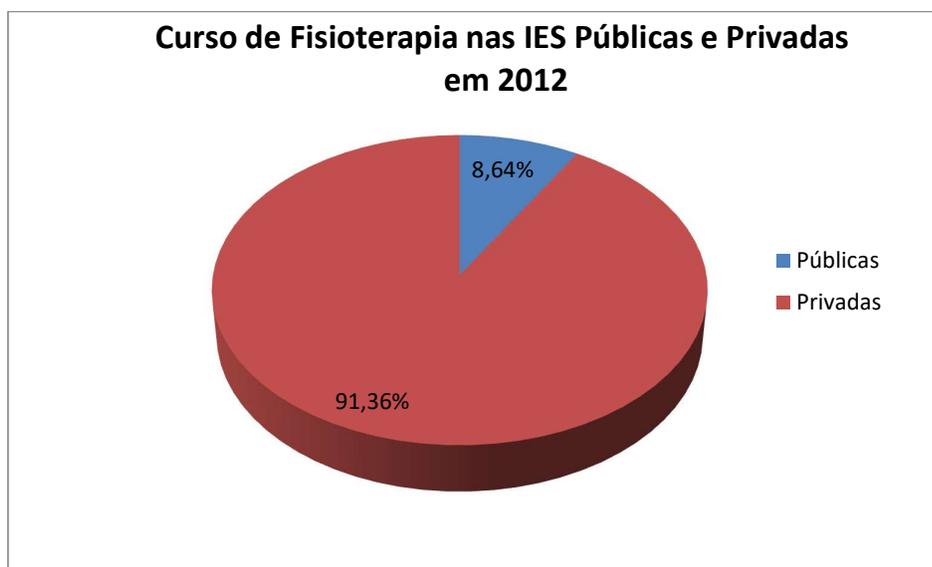


Figura 1- Fonte: MEC, elaborado por Souza, PG., 2012.

O número de cursos de graduação em fisioterapia passou de 48 em 1991 para 440 em 2012, o que representa um crescimento de 916,6% neste período (MEC, 2012).

Analisando o crescimento regional (Figura 2) e relacionando com a Figura 3, evidencia-se que a Região Norte apresentou o maior crescimento percentual 2700,00% sendo que o número de escolas dessa região passou de 1 para 27. A Região Centro - Oeste passou de 2 para 45 cursos, representando um crescimento percentual de 2250,00%. As regiões Nordeste, Sul e Sudeste apresentaram um crescimento 1314,29%, 833,33% e 693,10% respectivamente. Na Região Nordeste o número de escolas passou de 7 para 92, na Região Sul passou de 9 para 75 e na Região Sudeste passou de 29 para 201.

Figura 2- Distribuição dos cursos de Fisioterapia no Brasil por região.

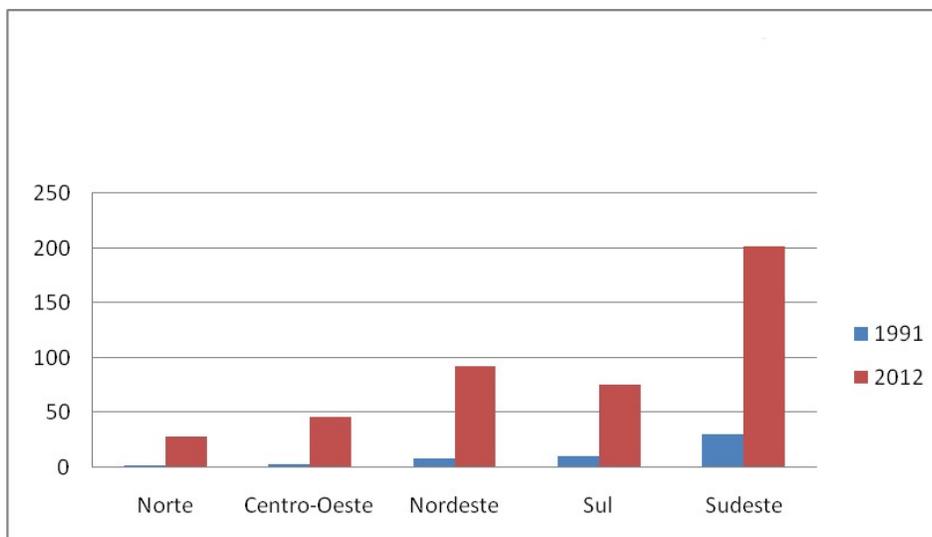


Figura 2- Fonte: MEC, elaborado por Souza, PG., 2012.

Figura 3- Porcentagem de crescimento dos cursos por região.

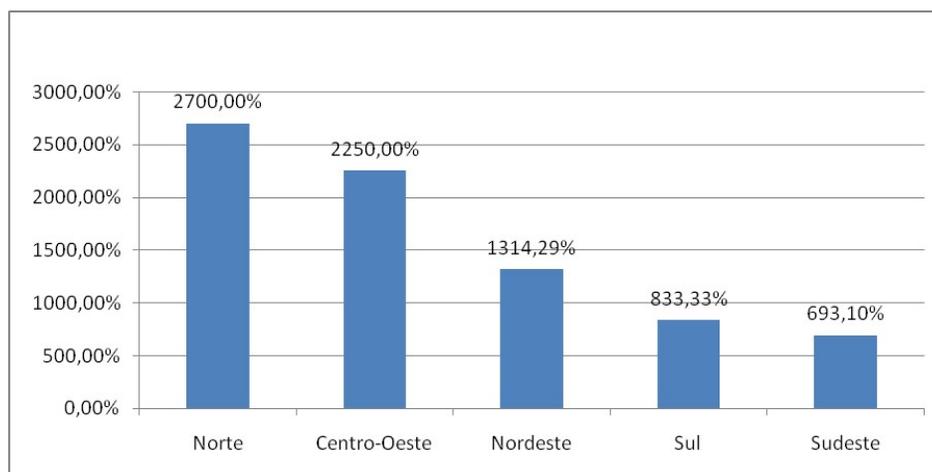


Figura 3- Fonte: MEC, elaborado por Souza, PG., 2012.

A fisioterapia cresceu em relação ao *status* profissional e ampliou suas especializações e seu campo de atuação, o que, no entanto ocorreu majoritariamente no nível terciário de atenção e sob a lógica privatista de assistência, condição afetada e estimulada pelo aumento do número de cursos. Tais

fatores têm contribuído para a dificuldade de ampliação do campo de atuação da fisioterapia, em virtude do inadequado perfil profissional para a atuação em outros níveis (BISPO, 2009).

A estrutura, a metodologia de ensino e a organização curricular dos cursos de fisioterapia ainda não se baseiam nas demandas sociais e nas políticas públicas de saúde existindo pouco envolvimento dos discentes e docentes com políticas institucionais e governamentais (MEYER; COSTA; GICO, 2006).

A forma de organização dos serviços de saúde associada aos valores sociais vigentes e ao neoliberalismo econômico, fundamentado na desresponsabilização do Estado quanto à garantia dos direitos sociais, influencia diretamente na formação e no perfil dos profissionais da área, pois toda formação profissional mantém estreita ligação com o mundo laboral obedecendo às necessidades, demandas e exigências do mercado de trabalho (MARINHO, 1999).

A universidade exerce importante responsabilidade na formação profissional e deveria estar voltada para resoluções de problemas e necessidades sociais e não apenas ao atendimento às regras estabelecidas pelo mercado privatista. No entanto, a força do neoliberalismo econômico tem atingido o ensino superior e neutralizado o espaço universitário como campo de formação crítica, reflexiva e transformadora (MARINHO, 1999).

A educação pode ter função reprodutora das desigualdades sociais, pois através dos mecanismos culturais, as instituições de ensino contribuem para manutenção da estrutura social capitalista. Neste contexto, a universidade se constituiria em aparelho ideológico do Estado, responsável pela reprodução das relações de produção do tipo capitalista (PAIM, 2002).

Bispo (2009), ao debater Paim (2002) cita que entre os profissionais da saúde, o modelo de formação neoliberal-capitalista encontrou sólido alicerce no já estruturado modelo flexneriano-biologicista-privatista, que privilegiou o tecnicismo em detrimento das preocupações sociais e se fundamentou nos princípios da fragmentação, da especialidade e da cura.

Em relação aos fisioterapeutas esse problema é ainda mais agravado devido ao fato de que esses profissionais atuam de forma mais voltada para o nível terciário. O fisioterapeuta, além de estar inserido no mesmo contexto dos profissionais de saúde com formação voltada para a doença, padece do infortúnio de que é visto como profissional da reabilitação, ou seja, aquele que atua

exclusivamente quando a doença, lesão ou disfunção, já está estabelecida (DELIBERATO, 2002).

Com a universalização da atenção à saúde, houve a migração de parcela importante da população, em especial da classe média, que optou pelo sistema suplementar de atenção à saúde, estimulando seu crescimento e desenvolvimento (MENDES, 2001).

Diante desse contexto, a fisioterapia optou por direcionar sua atuação para o sistema suplementar de assistência onde os convênios e planos de saúde constituem quase sempre requisitos necessários para acesso aos serviços de fisioterapia. Frente aos desejos e necessidades dos usuários-pagantes, a fisioterapia aperfeiçoou-se, desenvolveu novas especialidades e elitizou-se dificultando ainda mais o acesso dos usuários do sistema público e a qualidade do atendimento não acompanhou a evolução do sistema privado (BISPO, 2009).

Algumas iniciativas demonstram as preocupações com a inadequação do perfil profissional à realidade epidemiológica e sanitária iniciando um processo de transformação da fisioterapia no Brasil.

Com a criação da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), entidade que congrega discentes, docentes e coordenadores dos cursos de graduação aprofundou-se os debates sobre a formação da fisioterapia. A entidade promove semestralmente fóruns nacionais de discussão a respeito do ensino da fisioterapia, nos quais são realizadas avaliações e discussões sobre a qualidade do ensino e modelo de formação. Também são estruturadas novas propostas e abordagens de ensino fundamentado nos princípios do SUS e articulado com os saberes da saúde coletiva (ABENFISIO, 2012).

A Carta de Vitória (2004), documento-síntese do 1º Congresso do Ensino da Fisioterapia, constitui referencial para a qualidade de formação na área. O documento sublinha os principais problemas do ensino da fisioterapia e propõe algumas medidas de referência para a qualidade do ensino: carga de 4.500 horas; adequação dos currículos às necessidades regionais; incorporação de princípios e diretrizes do SUS no processo de formação e práticas comunitárias (CARTA DE VITÓRIA, 2004).

Desde o início de sua história, houve um evidente avanço na formação do fisioterapeuta, principalmente com a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, que preconizam o desenvolvimento de habilidades e competências que

são responsáveis pela formação de profissionais capacitados a intervir nas diferentes condições de saúde desde a prevenção até o tratamento, em sintonia com os princípios do SUS.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em fisioterapia, instituída em 2002 pelo Conselho Nacional de Educação são um marco importante na orientação e transformação do ensino em que são definidos princípios, fundamentos e condições para a formação em todas as instituições nacionais de ensino. O perfil do profissional egresso deve revelar-se generalista, humanista, crítico, reflexivo e deve ser capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Deve deter visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade tendo 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 preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional à eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação (BRASIL, 2003).

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 (BRASIL, 2003).

A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de várias competências e habilidades específicas dentre elas o 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; atuando multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética além de 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 contribuindo 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 (BRASIL, 2003).

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.

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 (BRASIL, 2003).

3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: potencial para o cuidado dos profissionais fisioterapeutas

O Programa Saúde da Família foi criado pelo Ministério de Saúde em 1994 embora conste em Franco e Merhy (2008) que nesta data, guardadas suas particularidades, ele já havia sido implantado em alguns municípios como Niterói (RJ) em 1991 e Itacarambi (MG) em 1993 através de experiências exitosas com o Programa de Agentes da Saúde que ocorreram principalmente no estado do Ceará.

Foi o sucesso do Programa de Agentes de Saúde que levou o Ministério da Saúde (MS) em 1991 a criar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que posteriormente matriciou o PSF no Brasil (MAGALHÃES, 2011).

Segundo Araújo (2005) apud Magalhães 2011, o PSF foi inspirado a partir de experiências anteriores para a prevenção de doenças através de informações e orientações sobre o cuidado de saúde e grupos de riscos. A partir daí o Ministério da Saúde em 1991 iniciou a implementação dos PACS hoje compreendido como estratégia transitória para a ESF.

A origem do Programa de Saúde da Família ou PSF no Brasil, conhecido hoje como "Estratégia de Saúde da Família" (ESF), por não se tratar mais apenas de um "programa", teve início como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária.

A Estratégia de Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das

vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 1994).

Essa nova estratégia do setor, vista como uma forma de substituição do modelo vigente está sintonizada com os princípios de universalização, equidade e integralidade. Essa reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica imprime uma nova dinâmica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com co-responsabilização entre equipe e usuários na saúde da população (BRASIL, 2000).

A equipe da ESF deve ser composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico em enfermagem e por quatro agentes comunitários de Saúde (ACS) que devem residir no município onde atuam, trabalhando em período integral (BRASIL, 2011).

Um aspecto importante para a resolutividade esperada pela Equipe de Saúde da Família, além da equipe multiprofissional, deveria ser a intersetorialidade. Essa interação com outros setores, como escolas, creches, asilos, presídios, companhias de habitação, de água e saneamento, luz, coleta de lixo, etc., seria importante para assegurar uma assistência integral, contínua e de qualidade (BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2001).

Duarte et al (2005) consideram como maior desafio na efetiva expansão e consolidação da Estratégia de Saúde da Família, encontrar, no mercado de trabalho, profissionais de saúde capazes de se comprometerem e de operacionalizar as mudanças necessárias na organização do cuidado à saúde.

A necessidade de transformação das práticas de saúde, na ESF, tem demandado um redirecionamento na formação dos profissionais de saúde. Deve-se, assim, buscar uma formação capaz de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, tanto individuais como coletivos, visualizando o indivíduo em seu meio ambiente, seu contexto familiar e social (COSTA NETO, 2001).

3.1 Atribuições das Equipes de Saúde da Família

Cada membro da equipe de saúde da família possui atribuições específicas, porém algumas atribuições são básicas de uma ESF, ou seja, são atribuições gerais de todos os membros. Segundo Brasil (2000) estas atribuições são: Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta; Elaborar, em conjunto com a comunidade, um plano local de enfrentamento dos fatores que comprometem a saúde; Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde; Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e garantir a continuidade do tratamento por meio de referência adequada; Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações na comunidade para o enfrentamento dos problemas identificados; Executar, de acordo com a qualificação profissional específica, os procedimentos de vigilância à saúde e epidemiológica, nos diversos ciclos da vida; Valorizar a relação com o usuário e com a família para criação de vínculo; Prestar assistência integral, visando promover a saúde por meio da educação sanitária; Desenvolver processos educativos por intermédio de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado; Promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável; Discutir de forma permanente, junto à equipe e a comunidade, o conceito de cidadania, com ênfase aos direitos de saúde; Incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

4 DESAFIOS DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA: foco na Estratégia de Saúde da Família

O novo quadro epidemiológico brasileiro tem motivado a reestruturação dos modelos de atenção à saúde e conseqüente redefinição das responsabilidades e da prática do fisioterapeuta.

Diante deste novo cenário, cabe à fisioterapia adaptar-se a realidade contribuindo para a mudança do quadro social e sanitário do país desenvolvendo ações de acordo com as diretrizes da territorialização (BISPO JÚNIOR, 2010).

Atuando dentro de um território pré-estabelecido e com uma população definida, o fisioterapeuta passa a ter possibilidade de acompanhar de forma mais próxima a população passando a ser responsável por ela. Essa lógica de responsabilização estimula o desenvolvimento de novas relações entre profissionais e usuários, estabelecendo vínculos, aumentando a possibilidade de um acompanhamento continuado, potencializando o desenvolvimento de ações promocionais e coletivas (TEIXEIRA; PAIM; VILALISBÔA, 1998).

Frente aos desafios impostos pela sociedade brasileira, surge a proposição do modelo de fisioterapia coletiva como base para reorientação do foco de atenção e da prática do fisioterapeuta (DOMINGUEZ, 2004, p.30, tradução nossa).

A fisioterapia coletiva contempla a fisioterapia reabilitadora e alarga as possibilidades de atuação para além do nível terciário. Enquanto a fisioterapia reabilitadora concentra sua atuação no tratamento da doença já instalada, ou seja, no controle de danos, a fisioterapia coletiva possibilita e incentiva a atuação no controle de risco controlando os fatores que potencialmente podem contribuir para o desenvolvimento da doença (BISPO JÚNIOR, 2010).

No controle de danos, a atenção é voltada para o indivíduo doente, no controle de riscos, a atuação é direcionada a grupos populacionais doentes e não doentes, mas com risco potencial de adoecer (PAIM, 2003).

Esse direcionamento da atuação para o nível primário e destinado ao coletivo potencializa os resultados das ações de saúde, pois além de inibir o surgimento e desenvolvimento de doenças evitáveis, busca transformar as condições de vida dos grupos populacionais (BISPO JÚNIOR, 2010).

O modelo da fisioterapia coletiva não visa extinguir as ações de cura e reabilitação, mas sim acrescentar novas possibilidades e necessidades de atuação do fisioterapeuta frente ao atual quadro sanitário e a organização do SUS.

Os conhecimentos relativos à fisioterapia tradicional, curativa, são insuficientes para a nova condição epidemiológica atual. Há necessidade de romper o isolamento e o individualismo da prática fisioterapêutica reabilitadora, emergindo uma lógica de atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar onde o fisioterapeuta atua em conjunto não somente com outros profissionais da saúde,

mas também com profissionais de outras áreas do saber, como sociólogos, antropólogos, estatísticos, historiadores educadores entre outros (BISPO JÚNIOR, 2010).

No que se refere aos conhecimentos necessários à nova prática profissional, o fisioterapeuta deve aproxima-se de saberes da epidemiologia, que poderá oferecer conhecimentos quanto à distribuição das doenças nas coletividades além de oferecer dados sobre sua magnitude, e potenciais fatores de risco, das ciências sociais, que poderão auxiliar nos fatores culturais, comportamentais e religiosos do processo saúde doença.

Com vistas à identificação e acompanhamento de problemas que requerem atenção contínua, ação sobre territórios definidos e articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, torna-se necessário a interação da fisioterapia com outros campos de atuação da área da saúde como a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância nutricional, vigilância ambiental e vigilância à saúde do trabalhador (RISSI JÚNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Os desafios da Fisioterapia rumo à interdisciplinaridade são umas das diretrizes curriculares em discussão, na tentativa de compreender o indivíduo dentro do contexto social e não apenas como paciente.

Embora o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) afirme que a formação profissional do fisioterapeuta, capacita-o para atuar multiprofissionalmente nos três níveis de atenção à saúde, este profissional ainda encontra-se atrelado, em grande parte, ao nível de atenção predominantemente secundária e terciária, na medida em que sua atuação tem se resumido no tratamento e reabilitação de agravos de saúde já instalados (SILVA; DA ROSA, 2007).

Diante dessa realidade, tal quadro tem subestimado a capacidade do núcleo Fisioterapia atuar na ótica da integralidade em seu campo assistencial no SUS e, na medida em que isto persiste, contribui para que esta profissão (e os fisioterapeutas) continuem sendo vistos pelos acadêmicos da área, gestores, equipe de saúde e sociedade, como uma profissão de pouca relevância na atenção primária e incompatível com a capacidade de integrar ações preventivas e de promoção à saúde, capazes de reorganizar a demanda do sistema e atender de forma resolutiva aos principais problemas de saúde da população (SALMÓRIA; CAMARGO, 2008).

Devido ao fortalecimento da ESF foi criado o Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) em 24 de janeiro de 2008, por meio da Portaria GM/MS n°. 154, tendo como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica, bem como sua eficácia e eficiência. A equipe do NASF é composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas entre outros, que atuam em parceria com os profissionais das ESF compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade delas, agindo diretamente no apoio às equipes e na assistência à população das unidades em que o NASF está cadastrado (BARBOSA, 2008; BRASIL, 2008; MONKEN, 2005).

O fisioterapeuta vem encontrando nos NASF muitos desafios como a grande demanda reprimida, os diversos agravos de saúde da população nos territórios das ESF, que necessitam de assistência fisioterapêutica tanto para promoção e prevenção, quanto para proteção e reabilitação. Além disso, foi estabelecido em consonância com a Portaria supracitada, que o NASF não é porta de entrada do serviço na rede, responsabilidade designada apenas para a equipe integrada a ESF, ou seja, médicos, enfermeiros e odontólogos da unidade. Os demais profissionais da rede ficaram impossibilitados de encaminhar pacientes diretamente para as categorias profissionais do NASF sem que esse passe por uma consulta na ESF referente à sua área de abrangência além do que a portaria deixa a critério do gestor a inclusão ou não desse especialista (ARRUDA, 2007; BARBOSA, 2008; RAGASSON, 2006).

Entre os pontos críticos que dificultaram a atuação do fisioterapeuta na equipe do NASF estão: a dificuldade de identificação de grupos de risco através de levantamentos epidemiológicos; o desconhecimento de território como ambiente vivo e com fatores sociais e culturais agregados; a integração do NASF com as equipes das ESF; carga horária do fisioterapeuta diferente dos demais profissionais do NASF e da ESF; a grande demanda reprimida para fisioterapia; a formação assistencialista, que dificulta o acolhimento e a organização das ações; os trabalhos de grupos operativos, trocados por atendimentos individuais; a formação clínica, que impede o desenvolvimento e a flexibilidade dos profissionais, fazendo com que necessitem de mais tecnologia para trabalhar; em todos os grupos há uma prática isolada, não permitindo a atenção integral à comunidade, fato ocasionado pela

organização da agenda da equipe, que nem sempre faz com que os profissionais se encontrem nas ESF (BARBOSA et al, 2008).

Nos documentos oficiais, como nos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), não se encontram atribuições específicas do fisioterapeuta na ESF, pois este profissional ainda não faz parte da composição básica da equipe.

Um estudo realizado por Ragasson et al, 2006, propõe algumas atribuições para o fisioterapeuta na ESF, tais como: Executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida, intervindo na prevenção, por meio da atenção primária e também em nível secundário e terciário de saúde; Realizar atendimentos domiciliares em pacientes portadores de enfermidades crônicas e/ou degenerativas, pacientes acamados ou impossibilitados encaminhando aos serviços de mais complexidade, quando necessário; Prestar atendimento pediátrico a pacientes portadores de doenças neurológicas com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, mal formações congênitas, distúrbios nutricionais, afecções respiratórias, deformidades posturais; Orientar os pais ou responsáveis, contando com a dedicação e colaboração da família, para que o procedimento seja completo e eficaz; Realizar técnicas de relaxamento, prevenção e analgesia para diminuição e/ou alívio da dor nas diversas patologias; Atuar no pré-natal e puerpério realizando condicionamento físico, exercícios de relaxamento e orientações; Desenvolver atividades físicas e culturais para a terceira idade, preservando a independência funcional do idoso, melhorando sua qualidade de vida e prevenindo complicações decorrentes da idade; Desenvolver programas de atividades físicas, condicionamento cardiorrespiratório, e orientações nutricionais para o obeso; Prescrever atividades físicas, principalmente exercícios aeróbicos, em patologias específicas como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase, a fim de prevenir e evitar complicações; Atender de forma integral às famílias por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais, visando assistência e inclusão social de portadores de deficiências.

A experiência do atendimento domiciliar possibilita a construção de uma afetividade, um vínculo com o paciente e o fisioterapeuta que favorece a melhora física e emocional do mesmo. Segundo Franco e Merhy, é por meio do vínculo que se consegue um processo de atenção à saúde mais dialógica, interativa, com

pactuação de projeto terapêutico, facilitando a relação entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado (FRANCO; MERHY, 2008).

Segundo a visão do cuidador os pacientes atendidos em domicílio pelo fisioterapeuta apresentam condições mais favoráveis, principalmente em relação à dor, parestesias, úlceras de decúbito e outros sintomas comumente encontrados em pacientes crônicos decorrentes dos períodos de imobilização e uma significativa diminuição de atividades diárias (FELÍCIO et al, 2005).

O aumento da assistência domiciliar é um fenômeno observado em diversos países, inclusive no Brasil, devido ao crescimento da população idosa no mundo e, simultaneamente, ao aumento de idosos incapacitados. O fisioterapeuta tem o papel de tratar suas restrições e afecções (GÓIS; VERAS, 2006).

O que se observa é um grande número de pacientes com sintomas agravados que poderiam ser evitados com intervenção precoce. A fisioterapia estaria no papel importante de favorecer a esses pacientes uma melhor qualidade de vida, além de contribuir com o Estado na diminuição de gastos públicos, colaborando com a mudança do modelo assistencial, evitando o incremento das doenças ao mesmo tempo em que limita os danos e sequelas já instaladas (COSTA et al, 2009).

Sobre a atuação da fisioterapia na atenção básica, vale ressaltar que não deve ser puramente assistencial curativa, ao contrário, deve comungar com os objetivos da ESF no sentido da promoção de saúde e prevenção. No entanto, observa-se uma grande demanda reprimida da população por serviços de fisioterapia, o que torna necessário essa abordagem assistencial em concomitância à prevenção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fisioterapia manteve o vínculo com o modelo biomédico com forte tendência em reabilitar e somente a partir da década de 90 os profissionais da fisioterapia passaram efetivamente a atuar na prevenção a partir da implementação da Lei das Diretrizes e Bases que estabeleceu a autonomia para as Universidades elaborarem seus currículos. Os cursos de fisioterapia incorporaram a prevenção nas suas estruturas curriculares, identificando um processo ensino-aprendizagem que envolve o domínio do conteúdo teórico e de técnicas intervencionistas.

Ainda assim, torna-se necessário promover o rompimento com o modelo de formação técnico curativo-reabilitador. Os cursos de fisioterapia devem estruturar-se a partir dos princípios do SUS e adequar a formação dos profissionais ao perfil epidemiológico da população.

A decisão da abertura de novos cursos deve ser pautada em indicadores sociais tendo início a partir da demanda social e considerando as contribuições de cada novo curso para a transformação ou melhoria da realidade social e epidemiológica e não apenas ser pautada em estudos de viabilidade econômica ou de nichos de mercado.

Deve ser ampliado sobremaneira o número de vagas nos cursos de graduação das universidades públicas brasileiras, sem o comprometimento da qualidade do ensino, pois essas instituições devem liderar o ensino superior no país.

A questão que se coloca é como aumentar de maneira significativa o acesso à escola pública sem que isso exija grandes investimentos ou comprometa a qualidade do ensino? No entender do Fórum de Reflexão Universitária realizado na Universidade de Campinas (Unicamp) em 2001, é possível reduzir o volume de horas/aula e ainda assim garantir um aprendizado de qualidade.

Dentre as medidas que poderiam ser citadas para viabilizar a expansão do número de vagas e ampliar o acesso à universidade pública estaria à revisão do modelo pedagógico atual, diminuição da carga horária de aulas expositivas, a eliminação de disciplinas que repetem conteúdos, o aumento do número de alunos em sala de aula trabalhando em anfiteatros que comportem 200 estudantes ou mais, como ocorre em universidades da Argentina e França e o apoio didático de pós-graduandos como assistentes de ensino onde estes auxiliariam nas atividades

laboratoriais e na solução de problemas e dúvidas dos estudantes (FÓRUM DE REFLEXÃO UNIVERSITÁRIA, 2001).

Outra forma de maximizar os espaços da aprendizagem é fazer uso de sistemas de educação via Internet também chamados Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA).

A ferramenta Moodle (Modular Object Oriented Distance Learning) – (Objeto Modular Orientado ao Ensino a Distância) é adequada para cursos 100% on-line bem como para complementar um curso presencial. É utilizado para ações pedagógicas onde tanto o aluno como o professor poderão ter contato presencial ou virtual, dando uma dinâmica às relações de ensinar e aprender além de auxiliar educadores a criar cursos on-line de qualidade (PEREIRA; CHAVES, 2007).

Seja virtualmente ou presencialmente cabe às universidades a responsabilidade na produção de novos conhecimentos e na formação de profissionais críticos e socialmente comprometidos.

No que tange a fisioterapia, evidencia-se que ela vem encontrando espaço de atuação dentro da Saúde Coletiva inclusive dentro da Estratégia de Saúde da Família, mas o fisioterapeuta não pode permanecer em um modelo de atenção voltado exclusivamente ao nível terciário. Os fisioterapeutas não podem restringir seu papel como meros reprodutoras de um modelo de formação ultrapassado e inadequado ao sistema de saúde, cabendo-lhes sim a responsabilidade de produzir novos saberes e novas formas de atuação apropriadas às necessidades da população.

A aproximação da fisioterapia da saúde coletiva deve ter como propósito ampliar o campo de prática da profissão disponibilizando para a sociedade novos saberes capazes de contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida. A defesa da inserção da fisioterapia na saúde coletiva, em especial na atenção básica, não se pode restringir aos propósitos da ampliação do mercado de trabalho do fisioterapeuta, mas, acima de tudo, deve pautar-se na responsabilidade social inerente a todas as profissões da área de saúde.

A atuação do fisioterapeuta na ESF ainda é deficiente e as vagas para residências multiprofissionais em saúde da família é bastante limitada. Será difícil alcançar uma formação generalista enquanto a compartimentalização do saber forem supervalorizadas. O profissional generalista não deve ser confundido como

aquele que sabe apenas um pouco de tudo, em detrimento daquele profissional que quanto mais especializado for, mais valorizado é, mas aquele que considera em sua atuação o indivíduo em seu contexto, analisando e abordando as diversas dimensões que influem na produção da saúde.

A inclusão planejada, oficializada e articulada do fisioterapeuta na ESF, traria benefícios ao Programa e à população, incrementando a resolutividade e a integralidade do atendimento em saúde, contribuindo na prevenção, tratamento e na reabilitação das diversas patologias.

É importante aclarar que não basta apenas pleitear a inserção da Fisioterapia na ESF, é preciso definir claramente suas atuações e criar condições favoráveis para sua realização. Não se trata de bandeira corporativista, mas da observação das necessidades da população e de uma ferramenta importante, real e efetiva dos princípios do SUS.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABENFISIO. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia. Disponível em: <<http://www.abenfisio.com.br/2012/abenfisio.html>>. Acesso em 16 nov. 2012.

ARRUDA, A.D.; GUEDES, B.N.; LIMA, F.R.; RIBEIRO, K.S.Q.S.; CAVALCANTI, R.L.L. A importância da inclusão da fisioterapia no programa saúde da família. Universidade Federal da Paraíba, 2007. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/lcbeu_anais/anais/saude/fisioterapia.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2012.

BARBOSA, E.G.; FERREIRA, D.L.S.; FURBINO, S.A.R.; RIBEIRO, E.E.N. **Projeto do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Secretária Municipal de Saúde: Departamento de Atenção à Saúde. Governador Valadares, [s.n.]; 2008.

BARATA, R.B. Cem anos de endemias e epidemias. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 333-345, 2000.

BERTUSSI, D.C.; OLIVEIRA, M.S.M.; LIMA, J.V.C. A Unidade Básica no Contexto do Sistema de Saúde. In: NESCO/Ba – ABRASCO. Bases da Saúde Coletiva, Ed. 2001, Editora UEL Disponível em: <<http://dc300.4shared.com/doc/LPY1eXzl/preview.html>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

BRASIL. **Decreto lei nº. 938, de 13 de outubro de 1969**. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de outubro de 1969. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=33>. Acesso em: 08 set. 2012.

_____. **Decreto Lei nº. 6316, de 17 de setembro de 1975**. Cria o Conselho federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de dezembro de 1975. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1422&psecao=9>. Acesso em: 06 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 4 de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em 16 nov. 2012.

BISPO JÚNIOR, J.P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.655-668, jul./set.2009.

_____. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 15 (Supl.1): p. 1627-1636, 2010.

CATANI, A.M.; OLIVEIRA, J.F.; DOURADO, L.F. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular nos cursos de graduação no Brasil: da deserção do Estado ao projeto de reforma. **Revista Educação & Sociedade**. Campinas, v. 25, n. 88, p. 677-701, 2004.

CASTRO, S.S.; CIPRIANO JUNIOR, G.; MARTINHO, A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. **Revista Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, v. 19, n. 4, p. 55-62, 2006.

COFFITO. **Resolução nº 10, de 03 de julho de 1978**. Diário Oficial da União, Brasília, 22 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=937&psecao=9> Acesso em: 20 out. 2012.

COSTA, J.L.; PINHO, M.A.; FIGUEIRAS, M.C.; OLIVEIRA, J.B.B. A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções dos usuários. **Revista Ciências & Saúde**. Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 2-7, jan./jun. 2009.

COSTA NETO, M. M. Enfoque Familiar na formação do Profissional de Saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 6, n. 22, p. 5-9, 2000.

DELIBERATO, P.C.P. **Fisioterapia Preventiva: Fundamentos e Aplicações**. Barueri: Manole, 2002.

DUARTE, J.E.S. et al. A gestão municipal e a residência multiprofissional em Saúde da Família: a experiência de Marília-SP. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 32, p. 11-18, maio 2005.

DOMINGUEZ, A.G.D.; MERCHÁN-HAMANN, E. Kinesioterapia Colectiva: repensando el papel del kinesiólogo en la sociedad brasileña. **Revista Cubana de Salud Publica**. n. 30, p. 3, 2004. Disponível em: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_3_04/spu14304.htm>. Acesso em: 22 nov. 2012.

FELÍCIO, D.N.L.; FRANCO, A.L.V.; TORQUATO, M.E.A.; ABDON, A.P.V. Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**. v. 18, n. 2, p. 64-9, 2005.

FONSECA, F.B.; MAYER, M.; PETRI, F.C.; SILVA, A.C.F.; FRÖEMMING, M.B. Experiência e vivência da fisioterapia na saúde coletiva. **Arquivos Médicos da Universidade Luterana do Brasil**. Canoas, v.10, n. 1, p. 6-18, 2007.

FÓRUM DE REFLEXÃO UNIVERSITÁRIA, 2001. **Jornal da Unicamp**. Campinas, mai. 2001, n. 162 - Ano XV - Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/maio2001/.html> unihoje_ju162pag04>. Acesso: em 9 nov.2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família, PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: **O TRABALHO EM SAÚDE: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

_____. A atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Revista Ciências e Saúde Coletiva-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008.

GALLO, D.L.L. **A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções em relação à atuação profissional e a formação universitária**. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

GÓISA, L.B.; VERAS, R.P. Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 49-61, 2006.

MAGALHÃES, P.L. **Programa de Saúde da Família: uma estratégia em construção**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2011.

MARINHO, P.E.M. A visão sistêmica na fisioterapia. **Revista Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, v. 12, n. 2, p. 9-14, out. 1998 - mar. 1999.

MEC. Ministério da Educação e Cultura. In: INSTITUIÇÕES de Educação Superior e Cursos Cadastrados. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>> Acesso em: 20 out. 2012.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MEYER, P.F.; COSTA, I.C.C.; GICO, V.V. Ciências sociais e fisioterapia: uma aproximação possível. **Revista História, Ciências e Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 877-890, 2006.

NOBRE, F.S.S.; GOMES, R.P. A importância da inserção dos profissionais da fisioterapia e de educação física no programa de saúde da família. **Revista Cinergis**. Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, p. 7-24, 2005.

NOVAES, R.J. Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil e de suas entidades representativas. In: SANTA Fisio.com. Disponível em: <<http://www.santafisio.com/trabalhos/ver.asp?codigo=163>>. Acesso em: 04 ago. 2012.

PAIM, J.S. **Saúde Política e Reforma Sanitária**. 2012. Diapositivos. Disponível em: <www.cebes.org.br/media/File/ReformaSanitariaPaim1.ppt>. Acesso em: 23 ago. 2012.

_____. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p.587-603.

PEREIRA, T.R.D.S.; CHAVES, D.A.R. Moodle: um experimento on-line para potencializar um ambiente de apoio à aprendizagem. Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências Exatas. Curitiba: **Graphica**, 2007, Disponível em: <http://www.degraf.ufpr.br/artigos_graphica/MOODLE.pdf> Acesso em: 12 nov. 2012.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. et al. **O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Editora Papa – livros, p.25-48, 1999.

RAGASSON, C.A.P.; ALMEIDA, D.C.S.; COMPARIN, K.; MISCHIATI, M.F.; GOMES, J.T. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. **Revista Olho Mágico**. v. 13, n. 2, p.1-8, 2006.

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

RISSI JÚNIOR, J.B.; NOGUEIRA, R.P, organizadores. As condições de saúde do Brasil. In: FILKELMAN J, organizador. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SALMÓRIA, J.G.; CAMARGO, W.A. 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, 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. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.12, n.6, p.1673-1681, 2007.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILALISBÔA, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. v. 7, n. 2, p.7-28, 1998.

TRELHA, C.S. **LER/DORT em Fisioterapeutas da Cidade de Londrina**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, 2002.

ANEXOS

Anexo 1 – Normas para submissão do Artigo

1 - FORMATAÇÃO DO TRABALHO

- As monografias seguem a “Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses - MDT”. Outra possibilidade é a elaboração de um artigo com a formatação de alguma revista da área. Toda documentação necessária está disponível em: <http://www.ufsm.br/prpgp/legislação.MDT>

Conforme já mencionado estaremos optando pela seguinte formatação:

- Formato de Artigo Científico (Segue normas abaixo)

- Nas seguintes modalidades: Revisão Bibliográfica, reflexão ou relato de experiência.

2 - NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

2.1 Apresentação gráfica

Os manuscritos devem ser encaminhados em fonte "Arial", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, com margens de 2,5mm, padrão A4, limitando-se a 25 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

2.2 As partes do artigo

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo - nos idiomas: português, inglês e espanhol. Resumo e palavras-chave; Abstract e Key words. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 2: a partir desta pagina apresenta-se o conteúdo do artigo precedido pelo título em português, que inclui:

b) Texto:

- introdução (apresentação do tema, justificativa e objetivo)
- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários (se necessário)) – Caso for artigo de reflexão sugere-se no desenvolvimento discorrer os eixos da reflexão.
- conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências.

e) Anexos, se necessário.

2.3 Sobre a normalização dos manuscritos:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).