

1. INTRODUÇÃO

1.1. O Programa de Saúde da Família

A Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, e em assembleias subsequentes, instou a todos os estados membros a definir e pôr em prática estratégias nacionais, regionais e globais, com o objetivo de alcançar a meta de “Saúde Para Todos no ano de 2000” (SPT 2000) através de ações centradas em cuidados primários de saúde.

Cuidados primários foram definidos como aqueles essenciais “baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978:1), com um custo que pudesse ser mantido em cada fase de seu desenvolvimento pela comunidade e o país. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo ser oferecidos o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

No Brasil, o movimento pela reforma do sistema de saúde teve um amplo espaço para discussão na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As diretrizes propostas subsidiaram o capítulo sobre saúde (seguridade social) na Constituição Federal de 1988 e, conseqüentemente, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS introduziu princípios que representam um grande avanço na assistência à saúde no Brasil: universalidade, equidade, descentralização municipalizante e a reorientação dos serviços de saúde, obedecendo a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização (VIANA; DAL POZ, 1998).

O processo de implantação desse novo sistema iniciou em 1990 após a criação de legislação complementar, inicialmente as Leis Orgânicas da Saúde e, posteriormente, das Normas Operacionais Básicas (NOB) que regulamentaram o SUS.

Seguindo os princípios do SUS e com suas bases compatíveis com as metas

traçadas pela OMS em Alma-Ata, foi concebido pelo Ministério da Saúde, no final de 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF), que surgiu como uma nova estratégia do setor saúde para operar o modelo do SUS, em substituição ao modelo vigente com o objetivo de ofertar cuidados primários à população, calcado na atenção integral ao indivíduo e à comunidade.

Apesar de surgir com a denominação de programa, há uma preferência entre alguns autores e técnicos do Ministério da Saúde pela utilização do termo estratégia, pois o termo programa costuma se referir a projeto de caráter pontual e verticalizado, voltado para determinado grupo populacional e com prazo de realização pré-definido (PAIM, 1999).

O PSF tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

No Brasil foi cunhado o termo atenção básica, que se caracteriza pelo conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. A ampliação do conceito de atenção básica se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (BRASIL, 1999).

O programa nasceu a partir de experiências internacionais como as da Inglaterra, Suécia, Canadá e, principalmente, do Médico de Família de Cuba, além de um acúmulo de experiências nacionais, como o Médico de Família de Niterói (RJ), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no Rio Grande do Sul, além do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, que sofreu forte influência do Programa de Agentes de Saúde do Ceará e Goiás (SOUZA, 2003).

Como comentou Luiz Odorico Andrade, apontado como autor intelectual do PSF: “Tínhamos aqui no Ceará uma experiência pioneira e muito rica, [...] do agente comunitário de saúde, que representou a interiorização do profissional não-médico, principalmente da área de enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2000:8).

Na concepção do programa ficou definido que a implantação ocorreria,

prioritariamente, nas áreas de risco e que, para definição dessas, seria utilizado o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (VIANA; DAL POZ, 1998).

As diretrizes operacionais do PSF apresentam as seguintes características:

- a) Caráter substitutivo, ou seja, substituição das práticas convencionais por um novo modelo centrado na atenção básica e na vigilância à saúde.
- b) Integralidade e hierarquização: a Unidade de Saúde da Família (USF) deve ser a porta de entrada do sistema, inserida num sistema de saúde integral, sendo garantida a referência e contra-referência. A integralidade foi definida como o “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” (BRASIL, 1990). Portanto, pressupõe-se que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando forem necessários (STARFIELD, 2002).
- c) Territorialização e adscrição da clientela: tem o território de abrangência definido e o número de famílias por equipe, preconizado pelo Ministério da Saúde entre 600 e 1000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes.
- d) Equipe multiprofissional: configura-se uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente de consenso. Tal relação baseia-se na interdisciplinaridade, que pressupõe uma integração entre os trabalhadores cada um com seus aportes práticos e teóricos, capazes e dispostos a dialogar na busca de consenso.

De acordo com Campos (1997), a atuação da equipe no modelo interdisciplinar estimula o diálogo e a interação dos profissionais, possibilitando uma integração da visão biológica, social e subjetiva nos processos de trabalho e uma maior articulação na elaboração de projetos de intervenção.

Sobre a composição da Equipe de Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde recomendava que esta fosse composta por um médico, um enfermeiro, um

auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo essa, portanto, a formação básica da ESF (BRASIL, 2000a). O mesmo documento previa a participação de outros profissionais, incluindo o fisioterapeuta: “Outros profissionais, tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, dentre outros, poderão ser incorporados a esta equipe básica, de acordo com as demandas e características de organização dos serviços de saúde local” (BRASIL, 2000a:15).

Esses profissionais devem se identificar com a proposta de trabalho do PSF, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo, tendo cada um que conhecer os limites de competência e a responsabilidade operacional como profissional, e da sua inserção nas atividades da equipe, ou seja, o campo e o núcleo de competência e responsabilidade.

Por campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades (CAMPOS, 1997), todo o saber básico. No PSF, por exemplo, consiste em conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar os problemas de saúde mais comuns e as situações de risco aos quais a população está exposta, atuar no controle de doenças transmissíveis, doenças crônico-degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente. Já o núcleo de competência e responsabilidade marcaria as diferenças entre os membros de uma equipe. Indicaria uma determinada concentração de saberes e de práticas, compondo certa identidade profissional e disciplinar, sem contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo. Seria composto pelos elementos de singularidade que definissem a identidade de cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade (CAMPOS, 1997).

Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto (CAMPOS, 2000).

De acordo com dados do relatório preliminar da avaliação da implantação e funcionamento do PSF de 1999, outras categorias profissionais de nível superior, além dos inicialmente previstos, já vinham atuando na estratégia, sendo o odontólogo o mais presente, na ocasião, participava de 27,3% das Equipes de Saúde da Família (ESF), vindo em seguida o assistente social (7,1%), o psicólogo (4%) e o nutricionista (1,9%), não havendo dados sobre a participação do fisioterapeuta

(BRASIL, 1999).

No ano seguinte a concepção do programa (1994), iniciou-se a sua implantação, porém a forma de financiamento manteve-se baseada na produção de serviços e centralizada, o que acabou dificultando a expansão do PSF.

Aliado a esse fato, havia a desconfiança com esse novo modelo, o que pode ser demonstrado por artigos escritos na época, como o de Misoczky (1994), que criticou a utilização da experiência do GHC como modelo a ser expandido pelo Brasil. Segundo a autora, havia uma baixa resolutividade das unidades, mesmo nos casos que deveriam ser solucionados nesse nível, que só era sustentada pela retaguarda garantida pelos hospitais que compunham o GHC. Ainda, afirmou que o modelo não atendia as necessidades da população, não valorizava os trabalhadores de saúde, além de, não viabilizar a descentralização. Como argumento para o interesse do Ministério da Saúde, a autora afirmou que era perfeitamente compreensível, pois se tratava de um modelo voltado para populações que não podiam contribuir financeiramente de forma direta para obter ações de saúde e que, para ser mantido pelo Estado, necessitaria de menos investimentos em equipamentos e em profissionais.

Paim (1996) demonstrou preocupação com a utilização dos “programas especiais” (PACS e PSF) como carros-chefes do novo modelo assistencial do SUS. Afirmou que se tratava de um “SUS para pobres”, centrado em uma medicina simplificada para gente simples, mediante focalização. A focalização foi definida como a restrição da ação estatal, redirecionando o gasto social para programas e público-alvo específicos, escolhidos seletivamente pela sua maior necessidade e urgência (BARROS, 1996).

A grande expansão do PSF ocorreu apenas a partir de 1998 com a implementação da NOB/96. Essa norma previa, além da remuneração *per capita* para os municípios desenvolverem ações básicas de saúde, a destinação de incentivos para instalação e expansão da estratégia, através do Piso de Atenção Básica (PAB) variável, gerando um incremento de recursos da ordem de 778%, entre 1998 e 2001. Ao passo que os recursos destinados à totalidade da Atenção Básica foram ampliados em 86%, no mesmo período (MARQUES; MENDES, 2003).

Essa medida aliada à publicação, entre outras, do documento “Saúde da Família: uma nova estratégia para reorientação do modelo assistencial” (BRASIL,

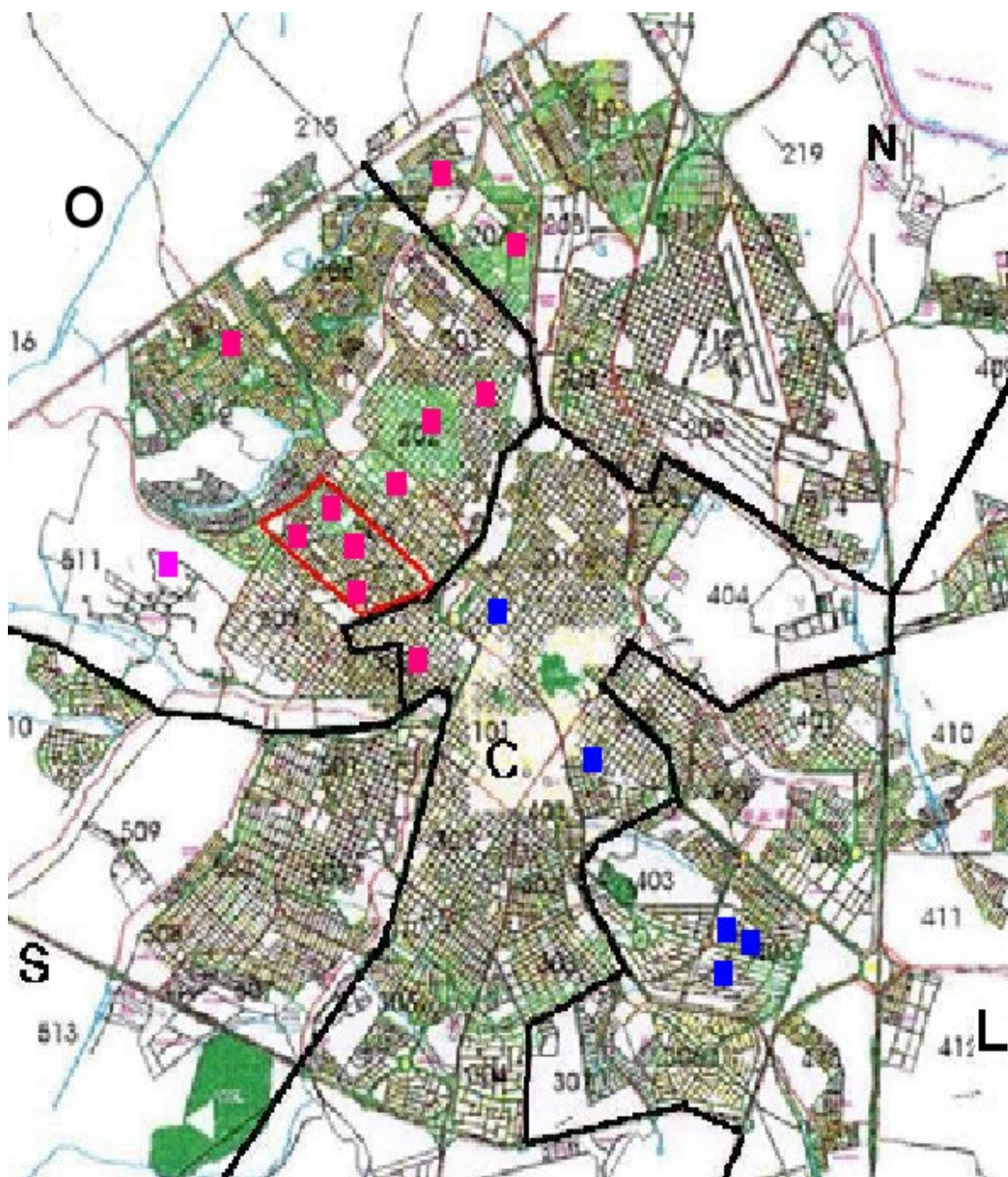
1997) demonstrou a importância que passou a ser dada à estratégia de Saúde da Família nas políticas públicas, confirmando a intenção de promover mudanças significativas no modelo de atenção à saúde vigente.

Uma década após o início da implantação do PSF, pode-se verificar a expansão que ocorreu por todo o país, ampliando consideravelmente a cobertura do SUS. Segundo dados do DATASUS (agosto/2004), a população atendida pela estratégia já passava dos 64 milhões de habitantes, o que correspondia a cerca de 35% da população do país. O número de ESF já estava bem próximo das 20.000, espalhadas por pouco mais de 4.500 municípios dos 5.560 existentes no Brasil. Portanto, o PSF estava presente em pelo menos 80% dos municípios brasileiros.

Em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, a implantação do PSF ocorreu no final da década de 90, mais precisamente em fevereiro de 1999, quando foi instalada a primeira unidade seguindo os moldes conceituais da estratégia, utilizando recursos humanos e materiais disponibilizados pelo Centro de Saúde Escola (CSE), da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP) (CACCIA-BAVA, 2004). O início da estratégia na cidade deveu-se a iniciativa da FMRP, atenta a importância da formação de recursos humanos baseada na reorientação do modelo assistencial. Para tanto, era necessário oferecer o treinamento fora do espaço físico do Hospital das Clínicas (HC), com suas características terciárias, e do CSE, com sua trajetória voltada para a atenção especializada.

No ano seguinte, foi implantado um segundo núcleo, também utilizando os recursos do CSE, aproveitando-se da Unidade de Saúde Materno-Infantil da Vila Tibério. Finalmente em 2001, foram estabelecidos mais três núcleos, agora seguindo o modelo preconizado para o PSF. Com essas novas três unidades, praticamente, foi coberta toda a área do bairro Sumarezinho. Em outubro do mesmo ano, a pedido do gestor municipal, os núcleos foram habilitados oficialmente pelo Ministério da Saúde como unidades do PSF (CACCIA-BAVA, 2004).

Esses Núcleos de Saúde da Família (NSF) vinculados institucionalmente ao CSE/FMRP/USP têm o compromisso com a formação e capacitação de recursos humanos para o SUS, acolhendo alunos dos vários cursos na área da saúde da Universidade de São Paulo (USP) - Campus Ribeirão Preto, inclusive, os alunos do curso de Fisioterapia, instalado em 2002.



- Unidades de Saúde da Família
- Serviços de Fisioterapia do município que atendem pelo SUS
- Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

Figura 1 – Mapa do município de Ribeirão Preto, com a representação da distribuição das Unidades de Saúde da Família e serviços de fisioterapia que atendem pelo SUS (Adaptado da Secretaria de Planejamento do município de Ribeirão Preto)

A Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS/RP), paralelamente, instalou outras USF, a partir do final do ano de 2000, porém só houve uma expansão maior, a partir de 2003, utilizando recursos do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), por meio de um projeto denominado “Ethos” (RIBEIRÃO PRETO, 2003). Em maio de 2004, haviam nove unidades instaladas com vínculo com a SMS/RP (Figura 1), tendo ocorrido a instalação de quatro novas USF no período que antecedeu as eleições municipais.

Ainda assim, segundo dados de agosto de 2004 do DATASUS, a cobertura da estratégia no município continuava reduzida, representando menos que 10% da população local (45.772 habitantes).

1.2. A Fisioterapia no Brasil

Para que haja uma familiarização com o tema, é importante fazer uma breve descrição histórica da evolução da profissão do fisioterapeuta no Brasil, destacando os principais aspectos, especialmente os instrumentos legais ligados à profissão que garantiram a autonomia profissional do fisioterapeuta no Brasil.

A origem da profissão esteve vinculada às grandes guerras, surgindo, fundamentalmente, da necessidade de se tratar das pessoas fisicamente lesadas, com perdas totais ou parciais de membros, paralisias, atrofia, entre outras. O surgimento da profissão no Brasil também esteve diretamente ligado ao curar e reabilitar, nesse caso as vítimas da poliomielite e de acidentes de trabalho, esses últimos provocados pelo rápido e explorador processo de industrialização, utilizando, na grande maioria dos casos, o homem sem formação adequada, vindo do campo. A Fisioterapia teria como função principal reintegrar esse indivíduo ao sistema produtivo ou, ao menos, atenuar o seu sofrimento (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Os primeiros registros da utilização de recursos fisioterapêuticos em serviços de saúde no país datam do final do século XIX, quando foram criados, no Rio de Janeiro, os serviços de eletricidade médica e de hidroterapia, tendo o primeiro serviço de fisioterapia sido instalado como tal, em 1884, no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro, pelo médico Arthur Silva (NOVAES JÚNIOR, 2001a). Em 1919, foi fundado em São Paulo o departamento de eletricidade médica. Dez anos após, o

médico Waldo Rollim de Moraes colocou em funcionamento o serviço de fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho. Outros serviços foram instalados nos anos seguintes, sempre idealizados por médicos que, segundo Novaes Júnior (2001a) “ [...] eram distintos dos outros por estarem preocupados não apenas com a estabilidade clínica de seu paciente, mas com sua recuperação física para que pudessem voltar a viver em sociedade, com iguais ou parecidas funções anteriores ao agravo da saúde.”

Dados coletados por Barros (2002a), na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro, revelaram estudos, para obtenção do grau de doutor em medicina, realizados no início do século XX, em que dão uma indicação do momento vivido pelos profissionais médicos com relação à fisioterapia na época, como o trecho da tese intitulada “Physiotherapia”, do médico Adolpho Gomes Pereira, para obtenção do título na cadeira de “Therapeutica” na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que se segue:

O estado actual da physiotherapia, como o demonstram recentes e importantísimos trabalhos, é o mais auspicioso possível, si levarmos em consideração o meticoloso estudo e extensa applicação que lhe outorgam os paizes civilizados do velho e novo mundo [...] Guimbail em seu arrojado convencido prophetisa-lhe (a physiotherapia) o domínio absoluto na medicina do futuro” (PEREIRA apud BARROS, 2002a:33-34)¹.

Apenas no ano de 1951 iniciou-se na USP o primeiro curso no Brasil para a formação de técnicos em fisioterapia, com duração de um ano em período integral, formando os primeiros fisioterapeutas (denominação da época). No mesmo ano, foi criada a World Confederation for Physical Therapy (WCPT) para representar a fisioterapia internacionalmente. Atualmente conta com a associação de organizações de 92 países, incluindo o Brasil, representando mais que 250.000 fisioterapeutas em todo o mundo (World Confederation for Physical Therapy, 2004).

A partir de 1959, o curso criado em São Paulo foi ampliado e começou a formar fisioterapeutas, porém só alguns anos após, em 1964, o curso passou a ser considerado de nível superior, com a fundação do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), sendo regulamentado em 1967. Paralelamente, no Rio de Janeiro, a partir da criação da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), foi

¹ PEREIRA, Adolpho Gomes Pereira. Tese para obtenção do título na cadeira de Therapeutica. FMRJ. Rio de Janeiro, 1904.

instalado, em 1956, o curso para formação de fisioterapeutas para atuar na entidade, com duração de dois anos, período que foi aumentado na turma seguinte para três anos.

Os primeiros documentos legais que se tem registro no Brasil sobre a fisioterapia são o Parecer 388/63, do Conselho Federal de Educação (CFE), e a Portaria 511/64, do Ministério da Educação e Cultura, que homologou o documento anterior. Nessa Portaria, atendendo a solicitação da ABBR e do INAR da USP, foi fixado o primeiro currículo mínimo do curso de fisioterapia (BARROS, 2002a).

No primeiro documento ocorreu a definição inédita de forma oficial da ocupação do fisioterapeuta. Este foi definido como auxiliar médico, deixando claro que a ele competia apenas a realização de tarefas de caráter terapêutico, ou seja, o fisioterapeuta seria incapaz de avaliar o paciente, e deveria atuar após a prescrição médica. O exercício profissional deveria ser desempenhado sob orientação e responsabilidade do médico, como pode ser observado nos seguintes trechos do Parecer:

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

2 - Não compete aos dois últimos o diagnóstico da doença ou da deficiência a ser corrigida. Cabe-lhes executar, com perfeição, aquelas técnicas, aprendizagens e exercícios recomendados pelo médico, que conduzem à cura ou à recuperação dos parcialmente inválidos para a vida social. Daí haver a Comissão preferido que os novos profissionais paramédicos se chamassem Técnicos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, para marcar-lhes bem a competência e as atribuições. O que se pretende é formar profissionais de nível superior, tal como acontecem a enfermeiros, obstetrias e nutricionistas. Diante disso, não há como evitar os nomes de Técnicos em Fisioterapia e Técnicos em Terapia Ocupacional.” (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO *Apud* REBELATTO; BOTOMÉ, 1999:52)

Pela análise do texto acima, fica claro o objetivo de utilizar uma denominação técnica para esses profissionais de nível superior, inclusive, determinando que estes deveriam estar subordinados aos médicos.

No ano seguinte foi publicada a Portaria Ministerial 511/64, que estabeleceu o currículo mínimo do curso superior de fisioterapia, com a duração de três anos letivos, porém ainda observa-se que nesta foi preservado o conceito do fisioterapeuta como um técnico da área de saúde. Segundo Novaes Júnior (2001a), o que se pretendia com a Portaria era simplesmente formar um profissional tutelado.

No ano de 1969, o Brasil passava por um momento conturbado, em plena vigência do Ato Institucional número 5 (AI-5), Congresso fechado, período no qual houve um amplo desrespeito aos direitos humanos. O presidente Costa e Silva foi vítima de um Acidente Vascular Cerebral (AVC), que o deixou paralisado, e foi substituído pelos ministros militares, que formaram então uma junta, a qual, após pouco mais de um mês de assumir o poder, promulgou o Decreto-Lei 938, em 13 de outubro do referido ano, regulamentando as profissões do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional no Brasil. Esse decreto representou um salto excepcional no reconhecimento profissional do fisioterapeuta, em especial pela redação dos seus três primeiros artigos:

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

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

Art. 3º. É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (BRASIL, 1969).

Além da ênfase dada ao reconhecimento do profissional como sendo de nível superior, é mais importante verificar que o decreto conferiu atos privativos ao profissional fisioterapeuta, dando início ao processo de definição da profissão, já que aí “encontramos a amplitude da profissão, pois profissão sem atos privativos não tem caracterização própria, não tem existência legal” (MEIRELES, 2000:3).

Contudo, ao definir que atividades privativas do fisioterapeuta são aquelas referidas pelo termo fisioterápicas, torna-se obscura a natureza das funções executadas por esse profissional, já que a especificidade de suas atividades não é explicitada. O documento deveria esclarecer de forma clara quais seriam essas funções, em vez de utilizar definições cíclicas, em que a mesma palavra que nomeia (fisioterápicas) é a mesma que está sendo definida (fisioterapia) (REBELATTO;

BOTOMÉ, 1999).

Na data de promulgação do decreto (13 de outubro), comemora-se o dia do fisioterapeuta em diversos eventos pelo Brasil, representando uma grande vitória para os profissionais da área.

Como forma de “suprir a legislação original em suas lacunas” e “estabelecer uma melhor disciplina na distribuição de atribuições e competência na equipe de saúde, afastando impropriedades e incertezas” (NOVAES JÚNIOR, 2001a), foi promulgada, em 17 de dezembro de 1975, a Lei n.º 6.316, que determinou a criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

O Congresso Nacional assegurou ao Conselho Federal competência institucional de exercer função normativa, baixar atos necessários à interpretação e execução do disposto na lei e à fiscalização do exercício profissional, adotando providências indispensáveis à realização dos objetivos institucionais, sendo instituição supervisora da fiscalização profissional em todo o território nacional. Aos Conselhos Regionais foi delegada a fiscalização do exercício profissional na área de sua jurisdição, inclusive representando às autoridades competentes, sobre os fatos que apurar e cuja solução ou repressão não sejam de sua alçada, possuindo, desta forma, poder de polícia e de controle social em relação aos profissionais fisioterapeutas e ao campo assistencial da Fisioterapia (MEIRELES, 2000).

A Lei 6.316 instituiu a necessidade do profissional se identificar por meio de carteira profissional de fisioterapeuta, após inscrição de forma definitiva nos Conselhos Regionais, ao portador de diploma de graduação, de curso reconhecido e devidamente registrado na forma da legislação específica.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional foi instalado dois anos após a lei, em agosto de 1977, e no ano seguinte foram criados os três primeiros Conselhos Regionais por região administrativa do país (NOVAES JÚNIOR, 2001a). Com a criação do conselho, esse passou a ter como responsabilidade principal baixar atos com a finalidade de normatizar o exercício profissional da fisioterapia, documentos legais publicados como resoluções do COFFITO ou CREFITO, sendo numeradas progressivamente, dentre as quais podem ser destacadas, por caracterizar a autonomia e a especificidade da profissão, as resoluções COFFITO-08, COFFITO-10 e COFFITO-80.

A resolução COFFITO-08 aprovou as normas para habilitação do profissional, definiu de forma mais detalhada o objeto de trabalho do fisioterapeuta, apesar de ainda manter definições cíclicas, frisou a atuação nos três níveis de atuação (primário, secundário e terciário) e especificou as funções privativas do profissional, nos termos abaixo:

“Art. 2º. Constituem atos privativos, comuns ao fisioterapeuta e ao terapeuta ocupacional, nas áreas de atuação:

I - O planejamento, a programação, a ordenação, a coordenação, a execução e a supervisão de métodos e técnicas fisioterápicos e/ou terapêuticos ocupacionais que visem a saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária; [...]

Art. 3º. Constituem atos privativos do fisioterapeuta prescrever, ministrar e supervisionar terapia física, que objetive preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano, por meio de:

I - ação, isolada ou concomitante, de agente termoterápico ou crioterápico, hidroterápico, aeroterápico, fototerápico, eletroterápico ou sonioterápico, [...]

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

(CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1978).

Na resolução COFFITO-10, de 03 de julho de 1978, foi estabelecido o Código de Ética Profissional, que delineou princípios gerais do comportamento moral previsto nas decisões clínicas de um profissional de saúde de nível superior no âmbito da ética, incluindo deveres perante as entidades de classes e detalhou os honorários profissionais.

Cumprindo a função normativa assegurada pela Lei n. 6.316/75, o COFFITO baixou a resolução de número 80, que definiu o perfil do fisioterapeuta, incluindo a especificação da competência para elaborar o diagnóstico

fisioterapêutico, podendo-se destacar os artigos abaixo:

“Artigo 1º. *É competência do FISIOTERAPEUTA, elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico-funcional, sendo esta, um processo pelo qual, através de metodologias e técnicas fisioterapêuticas, são analisados e estudados os desvios físico-funcionais intercorrentes, na sua estrutura e no seu funcionamento, com a finalidade de detectar e parametrar as alterações apresentadas, considerados os desvios dos graus de normalidade para os de anormalidade; prescrever, baseado no constatado na avaliação físico-funcional as técnicas próprias da Fisioterapia, qualificando-as e quantificando-as; dar ordenação ao processo terapêutico baseando-se nas técnicas fisioterapêuticas indicadas; induzir o processo terapêutico no paciente; dar altas nos serviços de Fisioterapia, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade de continuidade destas práticas terapêuticas.*

[...]

Artigo 3º. *O FISIOTERAPEUTA é profissional competente para buscar todas as informações que julgar necessárias no acompanhamento evolutivo do tratamento do paciente sob sua responsabilidade, recorrendo a outros profissionais da Equipe de Saúde, através de solicitação de laudos técnicos especializados, como resultados dos exames complementares, a eles inerentes.”*
(CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1987).

A atuação do fisioterapeuta, assim como de cada profissional da saúde, exige a elaboração de seu diagnóstico específico voltado as peculiaridades da sua intervenção. No caso do fisioterapeuta, a avaliação tem como objetivo identificar, quantificar e qualificar distúrbios cinético-funcionais sensíveis a abordagem fisioterapêutica, ou seja, procuram-se pontos fortes (capacidades) e fracos (incapacidades), a partir de parâmetros visíveis e concretos da atividade funcional, em geral mensuráveis, como segurar um objeto, deambular, inclinar-se, levantar-se, entre outros. Moura Filho (2004:1) diferencia o diagnóstico realizado pelo fisioterapeuta do realizado pelo médico:

Tomemos como exemplo a Asma Brônquica. Este é um exemplo de diagnóstico nosológico, peculiar à abordagem médica. Esta entidade nosológica, sob a perspectiva médica, envolverá uma

abordagem farmacológica para tratar o distúrbio imunológico envolvido, combatendo o edema de mucosa e o broncoespasmo. Sob a ótica fisioterapêutica, o paciente não tem asma, mas uma discinesia muscular respiratória associada ao conjunto de distúrbios mecânicos identificados como ‘limitação do fluxo aéreo’, com diversos componentes cinético-funcionais envolvendo os músculos respiratórios e o comportamento da biomecânica tóraco-abdominal.

O COFFITO, através da Resolução COFFITO-80, especificou melhor um procedimento que já estava previsto desde 1969 (Art. 3º do Decreto-lei 938/69), pois o decreto ao referir-se a “métodos e técnicas fisioterápicas” já estaria incluindo o diagnóstico do fisioterapeuta, como ratificou o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Néri Silveira citando o exemplo do reconhecimento da psicologia (Lei 4.119/62) que descreve como atividade privativa do psicólogo “a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos: a) diagnóstico psicológico [...]”

Portanto, segundo o ministro, por analogia o Decreto-lei 938/69 estaria incluindo também o diagnóstico fisioterapêutico.²

Trinta e cinco anos após o reconhecimento legal da profissão, através do Decreto-Lei 938/69, e com a publicação dos documentos citados no texto e de uma série de outros, o fisioterapeuta tem uma base sólida para o exercício da profissão, com responsabilidade e ética.

Houve um crescimento considerável do oferecimento de cursos no período. Dos dez cursos existentes no início da década de 70, houve um incremento gradual nos anos seguintes, chegando a 63 cursos em 1995, quando, aí sim, houve um aumento exponencial no governo Fernando Henrique Cardoso, chegando a marca de 296 cursos em 2003. Desses, apenas 11,8% (35) são oferecidos em instituições públicas.

Segundo dados coletados por Schmidt (2002), existiam 44.897 fisioterapeutas registrados nos Conselhos Profissionais, o que gerava uma relação nacional de 3.776 habitantes por profissional, com grandes disparidades nacionais

² A declaração do ministro Néri Silveira ocorreu na ocasião da manifestação de voto na Representação n. 1056-2, cujo objetivo era contestar a constitucionalidade dos art. 3º e 4º do Decreto-lei 938/69 e do Parágrafo Único do art. 12 da Lei 6.316/75, movida pelo Conselho Federal de Medicina e pela Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. Ao final do processo, os ministros do STF (maior instância da justiça brasileira) julgaram, por unanimidade, improcedente a Representação e declararam constitucionais os referidos artigos.

em termos de concentração geográfica, com o estado do Rio de Janeiro apresentando uma relação de 1.523 habitantes por fisioterapeuta e Alagoas, com a pior relação do país, um profissional para cerca de 39.155 habitantes. O estado de São Paulo, segundo dados da pesquisa, contava com a média de 2.258 habitantes por profissional.

1.3. A Fisioterapia e sua atuação na atenção básica

O fisioterapeuta com sua formação voltada para a clínica, para a recuperação, não tem participado de programas de atenção básica à população, atuando na promoção de saúde, bem como no relacionamento com a comunidade. Talvez, a própria origem da profissão, como anteriormente exposto, tenha provocado uma lacuna nesse campo de atuação, gerando um profissional que tinha a doença como preocupação principal, talvez única, na época.

Ainda hoje, ao se buscar definições para fisioterapia, têm-se conceitos que não expressam a essência da atividade da profissão, trazendo termos errôneos que deturpam o objeto de trabalho deste ramo da área de saúde. Os conceitos mantêm aspectos da gênese da profissão, ou seja, “atenuar sofrimento, recuperar condições de saúde ‘perdidas’ e reabilitar o indivíduo para a realização de certas atividades” (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999:20).

A maioria dos autores peca ao associar o objeto de trabalho da fisioterapia a termos como doença e reabilitação, além de citar a submissão ao profissional médico, ou seja, os conceitos de fisioterapia quase sempre associam a profissão exclusivamente a atividades relacionadas à reabilitação ou ao tratamento de doenças em pacientes. Hoje, sabe-se que o termo reabilitação é um termo amplo que não pode ser confundido com atividade diretamente ligada à fisioterapia, como ocorreu na definição a seguir:

Fisioterapeuta: essa é uma das profissões que imediatamente se associa com a reabilitação por sua conexão com a medicina física e a fisioterapia. Suas missões principais são a ajuda na avaliação da capacidade funcional do paciente, a administração de tratamentos para evitar a dor, corrigir ou minimizar as deformidades e melhorar

a saúde geral do cliente (MORAGAS apud REBELATTO; BOTOMÉ, 1999)³.

O fisioterapeuta, como profissional da área de saúde, no conceito amplo e universal, pode vir a participar do processo de reabilitação, o que pode ser observado na resolução COFFITO-80 :

“Considerando que a Reabilitação é um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não caracterizando área de exclusividade profissional, e sim uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem estar bio-psico-social do indivíduo, onde cada profissional componente da Equipe deve ser garantida a dignidade e autonomia técnica no seu campo específico de atuação, observados os preceitos legais do exercício profissional” (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1987).

Essa definição choca-se com a visão da Associação Paulista de Medicina (APM), que definiu da seguinte forma:

“O tratamento de reabilitação é feito sob orientação médica do fisiatra, que prescreve os medicamentos necessários e indica os procedimentos necessários em cada caso: fisioterapia, terapia ocupacional, condicionamento físico, cuidados de enfermagem e assistência psicológica e social. A reabilitação é tratamento e precisa de um médico para orientá-la” (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA Apud NOVAES JÚNIOR, 2000).

O informativo da APM destacou ainda que não se devia confundir “Fisiatria”, especialidade médica que tratava do paciente incapacitado em todos os aspectos da incapacidade, com “fisioterapia”, que era um dos procedimentos utilizados no tratamento deste paciente. O fisioterapeuta, de acordo com a APM, era apenas um técnico não médico que deveria se limitar a aplicar o tratamento recomendado” (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA *Apud* NOVAES JÚNIOR, 2000).

Apesar de parecer um texto obsoleto, publicado antes da regulação da fisioterapia no Brasil, o texto foi encartado em jornais de grande circulação há 12 anos, em 1992.

Novaes Júnior (2000) questionou o seguinte: isto não seria defesa de uma corporação, por mais importante que seja seu papel na saúde da população, em detrimento do atendimento ao usuário? Não seria reserva de mercado designar

³ MORAGAS, R.M. *Rehabilitacion: un enfoque integral*. Barcelona, Vicens-Vires, 1972, p. 63.

antecipadamente o mais importante profissional no tratamento do indivíduo lesado, antes do mesmo ser avaliado?”.

Pela comparação do posicionamento dessas duas entidades (COFFITO e APM), percebe-se, pelo primeiro, a defesa do conceito de equipe de saúde centrado na multiprofissionalidade, e no segundo, manifesta-se uma disputa pelo controle do mercado, do usuário e da saúde de um modo geral.

Outra falha comum nas definições é uma preocupação com o fator doença ou a utilização do termo paciente. Dessa forma o exercício profissional do fisioterapeuta se restringiria a perspectiva de “recuperar as condições de saúde para níveis anteriores a um episódio de doença”, auxiliando “um organismo a ser capaz de fazer, de outras formas, o que já fazia antes (ou, pelo menos, parte do que já fazia), ou de minimizar o sofrimento” (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). O termo paciente, por definição, está associado à existência prévia de uma doença, podendo inclusive ser utilizado como sinônimo de doente (LARROUSSE CULTURAL, 1992), portanto aquele indivíduo que apresenta uma doença, que tem a saúde alterada.

De acordo com Rebelatto e Botomé (1999), o próprio nome da profissão, ao utilizar a palavra terapia, enfatiza as definições do campo profissional para atividades curativas visando a recuperação e reabilitação, ou atenuadoras a serem utilizadas quando um organismo se encontra em más condições de saúde.

Desde a gênese da profissão, o fisioterapeuta foi marcado como “o reabilitador”. Essa delimitação reducionista e limitada vem sendo mantida, excluindo a possibilidade de atuação em áreas que se sabe ser possível e importante a participação do fisioterapeuta, como a prevenção de problemas nas condições de saúde, a manutenção e a promoção de melhores condições de saúde (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Definições mais modernas da Fisioterapia incluíram a atuação na atenção primária, como a da American Physical Therapy Association (APTA), que definiu Fisioterapia como uma profissão da área de saúde, cujo principal propósito é a promoção da saúde e da função, por meio da aplicação de princípios científicos para evitar, identificar, avaliar, corrigir ou aliviar a disfunção aguda ou prolongada dos movimentos (AUGUSTINE, 2000).

Novaes Júnior (2000) definiu como a ciência da Saúde voltada ao estudo, prevenção e terapêutica dos distúrbios cinéticos funcionais de órgãos e sistemas do

corpo humano.

Barros (2002a) utilizou a seguinte definição para fisioterapeuta:

“[...] um profissional de nível superior da área de saúde, pleno, autônomo que atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo prevenção, promoção, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde em indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. É o profissional de saúde que se ocupa do movimento humano em toda sua plenitude, com o objetivo de preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções corporais”.

Além da origem da profissão, outro fator responsável pela reduzida participação do fisioterapeuta na atenção básica está relacionado à formação dos profissionais de saúde no Brasil. O atual modelo hegemônico no campo da saúde, o modelo biomédico, dominante também na Fisioterapia, gera uma preocupação em tratar a doença instalada e não em cultivar a saúde para que a doença não se instale (CARVALHO, 2000).

A reduzida ênfase em saúde pública nas grades curriculares e a forma burocrática como a disciplina, em muitos casos, é ministrada, resultam em desconhecimento e desinteresse do profissional pela atuação educativa e preventiva em saúde pública. De outra parte, prepara-se um profissional motivado demasiadamente para atividade clínica liberal, pouco afeito ao trabalho em equipe e despreparado para a saúde coletiva (MENEZES, 2001; SCHWINGEL, 2002).

Além desses elementos, há delimitações impostas pela organização do sistema de saúde no Brasil. No geral, a atuação do fisioterapeuta está restrita a atividades recuperativas, provocando uma limitação com relação ao local de atuação. Sendo enquadrada na Fração de Atenção Especializada (FAE), a Fisioterapia fica localizada em termos de hierarquia na organização do sistema de saúde, em serviços de atenção secundária ou terciária.

Essa lógica de distribuição limita o acesso a maioria dos municípios, que estão classificados pelo SUS como responsáveis apenas pela atenção básica (PAB), e, conseqüentemente, limita o acesso da população a esses serviços, gerando uma concentração da oferta de serviços em algumas cidades, deixando à população dos municípios menores, demandante de atendimento fisioterapêutico, a alternativa de deslocar-se para aqueles municípios maiores, de referência. Porém, diferente de outros procedimentos inclusos na FAE, como por exemplo, a realização de uma

ultra-sonografia diagnóstica, em que o paciente se desloca apenas uma vez à outra cidade, no caso da Fisioterapia, será necessário o deslocamento do indivíduo sucessivas vezes ou, até mesmo, obriga a mudança para outra cidade no período de tratamento, nos casos em que é exigido um tratamento constante ou prolongado. Um exemplo dessa concentração foi apontado por Pereira (2004), em trabalho realizado em serviços ambulatoriais de fisioterapia (média complexidade) em Sobral (CE). As duas clínicas pesquisadas serviam de referência para 17 municípios daquela micro-região de saúde.

Em relação à frequência do atendimento, só para citar um exemplo, de acordo com Payno (1999), para se obterem ganhos positivos na atividade com crianças asmáticas, a frequência deve ser em média de três vezes por semana.

A restrição ao atendimento fisioterapêutico acaba provocando uma demanda reprimida nos serviços, onde costumam haver listas de espera, em que pessoas aguardam durante meses por atendimento.

Outro agravante, no que diz respeito ao acesso, é a dificuldade em que parte dos usuários tem para se deslocar para esses serviços. Não apenas com relação às limitações físicas que muitos apresentam, mas também do ponto de vista econômico, em função dos repetidos deslocamentos ao serviço. Ainda na pesquisa de Pereira (2004), em relação ao meio utilizado pelos usuários para o deslocamento até o serviço, o mais citado foi que o deslocamento era feito a pé (39,6%), seguido de bicicleta (16,7%), e “topic” ou moto-táxi, cada um com 14,6%.

Pelas formas de transporte mais comumente utilizadas para o deslocamento até esses serviços, com 56,3% dos usuários indo a pé ou utilizando bicicleta, é possível inferir que os usuários que efetivamente estão se beneficiando do atendimento fisioterapêutico são aqueles que residem relativamente próximo ao serviço. Além do fato que essas formas de transporte, incluindo o moto-táxi, provavelmente não permitem o transporte de pacientes com seqüelas importantes, o que praticamente elimina a possibilidade de acesso ao serviço a esses indivíduos.

Em Ribeirão Preto, existe o sistema “Leva-e-Traz” que realiza o transporte dos pacientes com necessidades especiais ao serviço, porém o sistema não tem como cobrir a demanda, o que também gera lista de espera.

Porém, dentre os problemas citados no atual modelo de assistência à saúde no que se refere à fisioterapia, talvez o principal seja a distorção nos parâmetros de

controle assistencial. Atualmente, há a exigência do encaminhamento médico para que o usuário tenha acesso à assistência fisioterapêutica. No geral, o usuário chega ao serviço com a solicitação médica de dez atendimentos de Fisioterapia, após esses, havendo necessidade de prosseguir o tratamento, o usuário deve retornar ao médico para que esse solicite mais dez atendimentos, e assim sucessivamente.

No PSF, complica-se ainda mais, pois há a necessidade que o médico generalista da USF encaminhe o usuário para o médico especialista para que, em seguida, seja encaminhado para o serviço de fisioterapia. Dessa forma, limita-se a atenção de fisioterapia, gerando um transtorno para população, especialmente para aqueles que necessitam de um tratamento continuado, como o caso de pacientes politraumatizados ou acometidos de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Esses têm que se dirigir freqüentemente ao médico para que seja solicitada uma nova série de atendimentos. Nesse modelo, há o encarecimento do serviço e diminuição de eficiência, podendo provocar a descontinuidade e perda da evolução do tratamento, nos casos em que o usuário não consegue marcar a consulta médica.

Em 1990, o então secretário de saúde do município de Santos (SP), David Capistrano, criou o Serviço de Fisioterapia Domiciliar (SFD), no qual os pacientes eram encaminhados pelos médicos. Essa forma de acesso ao serviço acabou gerando um congestionamento nos consultórios médicos e o conseqüente retardo do início do tratamento fisioterapêutico no domicílio. Tornando necessária a modificação da forma de acesso, que passou a ser através da referência pelas unidades básicas de saúde, e a partir de 2000, passou a funcionar como “porta de entrada”, inclusive contando com a participação das ACS, que passaram a ter o papel de identificar casos em que era necessária a atuação do fisioterapeuta (NOVAES JÚNIOR, 2001b).

Estudo realizado nos EUA entre os anos de 1989 e 1993, demonstrou que episódios de atendimento fisioterapêutico iniciados através de referência de médicos resultaram no aumento de 60% no número de consultas, gerando um aumento de 123% nos gastos em relação àqueles episódios em que o usuário teve acesso direto ao fisioterapeuta (MITCHELL; LISSOVOY, 1997). Apesar do sistema de saúde nos EUA ter características bem diferentes das do Brasil, sendo baseado no setor privado, é interessante citar esse artigo, cujos dados foram o principal argumento utilizado pela APTA para que fosse revogada no Congresso Americano a necessidade de encaminhamento médico para a fisioterapia, nos quatro estados onde ainda persiste

essa exigência.

Apesar do termo “Fisioterapia Social” ter sido cunhado ainda na década de 1960 no Editorial da atual Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF) que se segue:

A Fisioterapia marcha a passos vertiginosos para a Fisioterapia Social, e é aqui onde o Fisioterapeuta se integra perfeitamente na responsabilidade da sua missão. Deixou de ser um autômato, para ser um profissional responsável, perfeitamente conhecedor da ética para com seu semelhante, esteja este situado em qualquer nível social [...] (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA apud BARROS, 2002a)⁴.

Ainda hoje a literatura sobre o tema é escassa, em especial em relação à atuação do fisioterapeuta junto ao PSF. A inserção desse profissional iniciou apenas no ano de 1999, em Sobral (VERÁS, 2002a). Outras experiências isoladas vêm acontecendo pelo país. Porém, a divulgação dos mesmos por meio de publicações deixa a desejar. O COFFITO percebendo essa dificuldade, e como forma de estimular iniciativas semelhantes, tem publicado na sua revista relatos dessas experiências.

A Dra. Nereida Gioppo, farmacêutica, preceptora da residência e coordenadora do pólo regional de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal de Saúde da Família de Cascavel, enfatizou que a residência mostrará a importância da inserção desses profissionais. Sobre o fisioterapeuta, afirmou ainda que:

[...] tem uma atuação preventiva fundamental nas questões de postura e nas questões ósteo-musculares, o que hoje é feito de forma paliativa pelo serviço de enfermagem e no caso medicamentoso, pelo médico, na estrutura atual do PSF. Queremos mostrar – e a própria população vai exigir – que estes profissionais precisam ser inseridos no PSF (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2002:31).

O primeiro livro sobre o tema no Brasil foi editado apenas em 2002 com o título: “O fisioterapeuta na saúde pública: atuação transformadora” (BARROS, 2002b). O livro trouxe 20 trabalhos relatando experiências e discussões acerca das possibilidades de atuação do fisioterapeuta em saúde coletiva. Entre as quais, podem ser citadas, a atuação na orientação na gravidez (exercícios para o parto); no programa de hanseníase; na prevenção de incapacidades, de problemas respiratórios

e de úlceras de pressão; atuar em grupos de postura, de hipertensão arterial, de diabetes; de AIDS, entre outras.

Apesar de não ser do escopo deste trabalho detalhar condutas de atuação do fisioterapeuta, optou-se por utilizar referências desse livro e de outros trabalhos nos quais o fisioterapeuta vem atuando na saúde da comunidade, como forma de demonstrar as possibilidades de atuação do fisioterapeuta junto à população cadastrada na USF.

a) Hipertensos e diabéticos:

O fisioterapeuta, assim como outros profissionais da área de saúde, pode atuar no atendimento, aconselhamento e na realização de atividades em grupo com os indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Diabetes Mellitus (DM).

Nos indivíduos hipertensos, além de orientações para o auto-cuidado, monitoramento freqüente da pressão arterial e caminhadas, o papel do fisioterapeuta é importante naqueles usuários cujas condições clínicas ou outras complicações exijam um acompanhamento especial (DELIBERATO, 2002; SAMPAIO, 2002; SILVA, G., 2002; RAGASSON et al., 2003).

Nos casos de DM, o trabalho em grupo traz benefícios para esses indivíduos, promovendo a saúde através de orientações quanto aos cuidados a serem tomados em relação a alterações de sensibilidade, especialmente nos membros inferiores, importância dos cuidados com a alimentação e da realização de atividade física freqüente (SAMPALIO, 2002; SILVA, G., 2002; RAGASSON et al., 2003).

Nos grupos, podem ser realizados exercícios respiratórios, de reequilíbrio muscular, proprioceptivos, equilíbrio e coordenação motora, além da hidroterapia, onde for possível (DELIBERATO, 2002).

b) Postura corporal e saúde dos estudantes:

Faz parte do trabalho do fisioterapeuta orientar a população sobre os cuidados com a postura corporal, atuando na prevenção de alterações na coluna vertebral (PEREIRA et al., 2004). Pode atuar no PSF através de atividades em grupo que, além de contribuir para a diminuição da demanda por atendimentos individuais, é um fator importante na adesão ao tratamento (SAMPALIO, 2002).

⁴ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA. Editorial, 1962.

Em relação ao cuidado à saúde dos estudantes, provavelmente, a importância maior da atuação do fisioterapeuta esteja voltada a questão postural (DELIBERATO, 2002). A prevenção, além da identificação e intervenção precoce, quando alterações posturais estiverem instaladas, trazem benefícios para a saúde dessa parcela da população.

c) Gestantes:

O fisioterapeuta atua no condicionamento físico, aliado a exercícios respiratórios e de relaxamento, manipulação, além da orientação da gestante sobre como proceder no pré e pós-parto (RAGASSON et al., 2003). Pode-se fazer uso da eletroterapia como mais um recurso para promover a analgesia.

d) Acidentes de trabalho:

Faz parte do trabalho do fisioterapeuta atuar na saúde ocupacional da comunidade com o objetivo de prevenir em todos os níveis, utilizando todos os tipos de esforços e estratégias, visando atingir a satisfação laboral plena do trabalhador (DELIBERATO, 2002). Pode atuar junto da equipe de saúde, levando orientações e promovendo alterações ergonômicas, especialmente nas pequenas e médias empresas na área de abrangência da USF.

e) Asma:

Os problemas respiratórios em Ribeirão Preto são freqüentes em função da poluição atmosférica, em especial devido à queima da palha da cana-de-açúcar, além das alterações bruscas de temperatura e um período de estiagem que provoca uma reduzida taxa de umidade relativa do ar.

No caso da asma, especialmente nas crianças, o trabalho do fisioterapeuta consiste no treino para que ela adquira o controle respiratório durante atividades de vida diária, aumentando sua capacidade de realizar exercícios que produzam aumento da freqüência respiratória, sem desencadear a crise de asma. Isso possibilita que a criança possa participar de atividades normais para o seu desenvolvimento (PAYNO, 1999).

f) Desenvolvimento Neuro-Psico-Motor (DNPM) e deficiência física:

É de fundamental importância que as pessoas que têm contato com crianças, principalmente nos primeiros anos de vida, saibam identificar as etapas normais do desenvolvimento infantil. “Isso para que as crianças com desenvolvimento normal recebam estímulos adequados e crianças com atraso ou transtorno no desenvolvimento possam, além de receber estímulos, ter o mais precocemente possível, identificado seu déficit” (MAYER, 2002). O fisioterapeuta, além de atuar no estímulo a crianças com atraso de DNPM, que muitas vezes são apenas de origem ambiental, pode desenvolver grupo com mães e bebês possibilitando diagnóstico e intervenção precoces e adequados.

Essa atuação com as crianças com atraso de DNPM, assim como a atuação na questão da postura e outras, faz com que haja na atuação do fisioterapeuta a preocupação com a prevenção, promoção e recuperação de deficiências físicas.

g) Hanseníase:

O fisioterapeuta atua nos indivíduos com essa patologia no estado inicial, promovendo o auto-cuidado para que sejam evitadas complicações, inclusive as que levam a limitações físicas (GOMES et al., 2002; PEREIRA et al., 2004).

h) Internações hospitalares:

Em muitos dos casos citados acima, caso não haja a intervenção precoce do fisioterapeuta, pode haver o agravamento, o que pode exigir a internação hospitalar, como o caso de um paciente com AVC que restrito ao leito, pode ter complicações respiratórias ou úlcera de pressão, ou de crianças com atraso de DNPM, que podem apresentar afecções do aparelho respiratório e deformidades posturais. O acesso precoce ao fisioterapeuta não só reduz a possibilidade de progressão das lesões, que podem levar a hospitalização, como, caso essa seja necessária, é responsável pela redução da permanência no leito, o que representa maior rotatividade e resolutividade (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1999).

Pelas experiências demonstradas, entende-se que o fisioterapeuta poderá ter papel relevante na saúde pública, associado à concepção de promoção da saúde. Esse profissional pode e deve atuar em defesa da saúde individual, social e ambiental,

atuando de forma integral junto à população.

Deve haver, na atuação desse profissional, uma preocupação com as demandas que atingem a sociedade e que exigem a participação no desenvolvimento de ações resolutivas, coerentes com as necessidades de uma grande parcela da população brasileira, que não tem acesso ao atendimento fisioterapêutico.

Entende-se que o fisioterapeuta poderá ter papel relevante na saúde pública, associado à concepção de promoção da saúde. Esse profissional pode e deve atuar em defesa da saúde individual, social e ambiental, atuando de forma integral junto à população.

Deve haver, na atuação desse profissional, uma preocupação com as demandas que atingem a sociedade e que exigem a participação no desenvolvimento de ações resolutivas, coerentes com as necessidades de uma grande parcela da população brasileira, que não tem acesso ao atendimento fisioterapêutico.

1.4. Estudo do conhecimento dos membros da Equipe de Saúde da Família sobre a atuação profissional do fisioterapeuta.

É comum ouvir relatos que o conhecimento da população e entre os outros profissionais da área da saúde sobre a atuação profissional do fisioterapeuta é restrito. Esses relatos estão presentes em eventos, discussões profissionais, e até mesmo, em publicações na área. Porém, a literatura sobre o tema é escassa, o que faz com que não se possa afirmar hoje até que ponto esse fato é verdadeiro.

A fisioterapia é uma profissão nova, relativamente a outras profissões da área da saúde, muitas das vezes com tradição secular. Ainda hoje, o acesso à assistência fisioterapêutica, por parte da população, é limitado, e o conhecimento de qual seja sua atuação, até mesmo entre outros profissionais da área de saúde, parece ser bastante restrito.

Tem-se a idéia que o conhecimento que a maioria desses profissionais e da população restringe-se à realização de massagens, à reabilitação, especialmente de problemas ortopédicos, ou atendimento de alto nível de atletas. Ou seja, acaba-se criando a imagem para a população geral que é uma profissão de elite, que só quem pode pagar tem acesso.

Lattore (2002) afirmou que as possibilidades de intervenção do fisioterapeuta em praticamente todas as especialidades fisioterapêuticas eram desconhecidas pela maior parte da população, incluindo demais profissionais da área de saúde. Dessa forma, parte da população ficava à mercê de situações indesejáveis que poderiam ser evitadas. Essas situações indesejáveis, citadas pelo autor, talvez sejam a principal consequência que a falta de conhecimento acarreta, ou seja, há uma procura ou encaminhamento tardio pelo atendimento fisioterapêutico, dificultando a recuperação e favorecendo a instalação de seqüelas.

No estudo de Viana et al. (2003), em Belo Horizonte (MG), a maioria dos pacientes assistidos (54%) em um serviço de fisioterapia associou o tratamento de fisioterapia a trabalho de nível técnico. Apenas menos que 8% da amostra estudada foi capaz de associar objetivamente o papel do fisioterapeuta, segundo as autoras.

Quando da aplicação da estratégia “escola de posturas” na atuação do fisioterapeuta no PSF de Sobral (CE), tem-se o seguinte relato: “no primeiro instante, os profissionais de saúde – médicos e enfermeiros – não entendiam bem o papel e a função do fisioterapeuta no trabalho coletivo, intervindo em promoção e prevenção da saúde” (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2003:15). Hoje, em Sobral (CE), a atuação do fisioterapeuta no PSF já é uma realidade, médicos e enfermeiras quando questionados sobre o tipo de trabalho desenvolvido pelo profissional na ESF, 62% das atividades citadas se referiam àquelas ligadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, como os grupos de postura e o de gestantes (VERÁS, 2002a).

Alguns estudos sobre o conhecimento da atuação do fisioterapeuta por outros profissionais de saúde foram realizados nos EUA, na década de 80. Porém, esses estudos estavam voltados apenas para a atuação do fisioterapeuta na reabilitação. Um deles é o de Staton et al. (1985), estudo com médicos residentes em Boston (EUA), onde, na época, era exigido o encaminhamento médico e, em alguns casos, era prescrito o tratamento, e se esperava que o fisioterapeuta o seguisse mesmo que esse fosse contra-indicado ou eticamente inapropriado. Embora 98% dos residentes terem informado que referenciavam pacientes para a fisioterapia, apenas 54% afirmaram que possuíam informação suficiente para encaminhar os pacientes de forma efetiva. Na avaliação de conhecimentos realizada no estudo, 86% da amostra sequer conseguiu alcançar 50% do escore máximo do teste.

Resultados preocupantes considerando a responsabilidade que esses médicos assumiam naquela época. Mesmo sem considerar que tinham conhecimentos efetivos sobre a fisioterapia, prescreviam. É provável que a prescrição fosse realizada utilizando os procedimentos que tinham conhecimento, o que provocava um aproveitamento aquém do que poderia ser oferecido do arsenal terapêutico do fisioterapeuta.

No trabalho de Uili et al. (1984) foi demonstrado que os médicos com mais alto conhecimento geral sobre fisioterapia encaminharam significativamente mais novos pacientes para a fisioterapia a cada semana que os que apresentaram conhecimentos mais baixos. O grau de conhecimento foi maior nos aspectos tradicionalmente associados à profissão (calor, exercícios e tração), que nos EUA podem ser realizados por técnicos, em contraste, com os procedimentos profissionais realizados pelo fisioterapeuta.

Na pesquisa, os profissionais com mais tempo de trabalho na área foram os que apresentaram maior grau de conhecimento. Diante disto, os autores apontaram para a necessidade de intervenção na educação dos médicos sobre o papel do fisioterapeuta, especialmente nas escolas médicas, apesar de afirmarem que a intervenção deve ocorrer também nos serviços e na educação continuada, pois com isso poder-se-ia gerar um aumento na utilização dos procedimentos profissionais do fisioterapeuta.

Gilmar Silva (2002) citou que a pouca experiência da fisioterapia na atenção primária e o reduzido número de profissionais atuando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) resulta no desconhecimento das inúmeras possibilidades de atuação do fisioterapeuta por outros profissionais de saúde.

No PSF, pela proximidade entre os profissionais da ESF e a população, é importante que os primeiros saibam detectar os casos em que há necessidade de atuação do fisioterapeuta, para que a intervenção possa ocorrer o mais breve possível, seja fazer a notificação para o fisioterapeuta que atua na estratégia, onde houver a presença deste profissional, ou o encaminhamento para o serviço de referência. Desta forma, o objetivo comum, ou seja, a assistência à saúde da população, poderá ser atingido com uma maior rapidez e melhor qualidade.

É o que está ocorrendo em Cascavel, no Paraná. A participação do fisioterapeuta junto à equipe multiprofissional da residência fez com que os outros

profissionais conhecessem as peculiaridades da atenção fisioterapêutica, como relatou o residente de serviço social Elias Oliveira: “Hoje, com um fisioterapeuta na equipe, além de entender a prática cotidiana dele e ele a minha, podemos ser parceiros para organizar uma ação mais concreta para aquela comunidade” (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2002:31).

1.5. Estudo das atitudes dos membros da Equipe de Saúde da Família sobre a atuação profissional do fisioterapeuta.

O conceito de atitude é o conceito mais central da psicologia social e foi, ao longo do tempo, aceitando definições sucessivas. A maioria dos estudiosos no assunto concorda ser a atitude uma predisposição para responder a um objeto e não uma resposta efetiva em relação ao mesmo.

As definições caracterizam atitude como uma tendência à ação, que é adquirida no ambiente em que se vive e deriva de experiências pessoais e também de fatores de personalidade. Assim, para a maioria dos autores, o termo atitude designa disposição psicológica adquirida e organizada a partir da própria experiência, que inclina o indivíduo a reagir de forma específica em relação a determinadas pessoas, objetos ou situações (GIL, 1999).

Guilford apud Colares et al. (2002:195)⁵ afirmou que “a atitude é uma disposição pessoal comum aos indivíduos, mas provida em graus diferentes, a qual os impele a reagir a objetos, situações ou proposições em moldes que podem ser considerados favoráveis ou desfavoráveis”.

Não se deve confundir atitudes, especialmente, com opiniões, mas também com traços de personalidade, crenças, papel que alguém representa ou postura ocasional do corpo. O conceito de opinião, segundo Gil (1999:139):

“[...] refere-se a um julgamento ou crença em relação à determinada pessoa, ao fato ou objeto. Sua conceituação é mais simples que a atitude por implicar uma representação consciente e estática. As opiniões podem ser expressas verbalmente. Já as atitudes são inferidas a partir das várias formas de expressão humana.”

⁵ GUILFORD, J.P. Psychometric methods. New York: Mc Graw-Hill, 1954.

Atitude, em seu sentido pleno, é uma tomada de posição sobre um determinado tema ou sobre uma questão debatida. É também uma predisposição a certo tipo de reações, o que interfere na própria maneira de perceber e de definir os objetos de opinião (MUCCHIELLI, 1978).

Segundo Oppenheim (1999), atitudes, como muitos outros determinantes de comportamento, são abstrações, contudo não há limites para os tópicos sobre os quais as pessoas podem ter atitudes - desde guerra e paz, Deus e a eternidade, como rosas e peixe congelado. É possível argumentar convincentemente que numa análise final tudo na vida depende das atitudes das pessoas.

Para o mesmo autor, a importância das atitudes nos mais variados campos, como política, religião, educação, saúde, ética entre outros, faz com que psicólogos sociais dediquem muito tempo e engenhosidade para encontrar formas de mensurá-las.

A concepção mais aceita sobre as dimensões envolvidas na formação da atitude é a multidimensional, em que estão presentes três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental.

- Componente cognitivo: uma atitude sempre inclui um conjunto de crenças a respeito do objeto, essas podem ou não corresponder à realidade, mas, de qualquer forma, constitui-se naquilo que o indivíduo acredita ser verdadeiro, o que ele conhece a respeito do objeto.

O componente cognitivo de uma atitude pode ser bastante complexo e extenso e a complexidade deste influenciará na intensidade dos demais componentes, principalmente o afetivo. Assim, a um conhecimento vago do objeto comumente corresponderá um afeto pouco intenso.

Em função desse componente é importante que estudos sobre a atitude venham associados a avaliações de conhecimento, pois, dessa forma, a medição da atitude é feita a partir do que o indivíduo conhece sobre o tema em estudo. Caso o conhecimento seja baixo, a atitude do indivíduo é formada baseada nesse conhecimento sobre o tema, o que pode acabar gerando uma medida prejudicada, pois é difícil ter uma atitude sobre o que não se conhece pouco ou não se conhece.

- Componente afetivo: para grande maioria dos autores, este é o componente que mais caracteriza uma atitude. Trata-se do conjunto de sentimentos, ou afetos,

relativos ao objeto da atitude. Se esses forem positivos, agradáveis, a atitude é caracterizada como positiva, e a pessoa posiciona-se emocionalmente a favor do objeto, e é esta carga emocional que dá as atitudes a sua força motivadora, impulsionadora para ação (PISANI; PEREIRA; RIZZON, 1994).

- Componente comportamental: é a tendência ou prontidão para a ação em relação ao objeto da atitude, seguindo uma coerência. Existindo crenças positivas e um conjunto de afetos também positivos a respeito do objeto, a tendência será uma ação favorável. É por isso que se considera que as atitudes constituem bons preditores de comportamento, o que é citado como justificativa para relevância de estudos nessa área. Assim, o fato de conhecer as atitudes de uma pessoa a respeito de algo, permite que se façam inferências acerca do seu comportamento, ou seja, pode auxiliar a compreender e, até certo ponto, predizer suas ações em relação a esse “algo” (RODRIGUES, 1992; PISANI; PEREIRA; RIZZON, 1994). Em função disso, é natural que se busquem meios para medir as atitudes, o que levou a criação de escalas de atitudes.

Em relação a essas escalas para mensuração de atitudes, Zimbardo e Ebbesen (1973:125) argumentaram que:

“Em primeiro lugar, supõe-se que as atitudes subjetivas possam ser medidas por uma técnica quantitativa, de forma que a opinião de cada pessoa possa ser representada por resultado numérico. Em segundo lugar, todos esses métodos supõem que determinado item de teste tem o mesmo sentido para todas as pessoas que respondem a ele, e por isso determinada resposta será avaliada da mesma forma para todos os que a apresentam. Tais suposições podem não ser sempre justificadas, mas ainda não se criaram técnicas de mensuração que não as incluam.”

Os primeiros estudos sobre atitudes partiam do pressuposto que as atitudes previam os comportamentos. Um exemplo disso foi o estudo de La Pierre, em 1934, que tinha como objetivo estudar o preconceito dos norte-americanos em relação a chineses.

Thurstone e Likert desenvolveram metodologias de medição das atitudes. Técnicas baseadas na premissa que as atitudes podem ser medidas através de respostas verbais dos indivíduos. Desta forma, propõe-se ao sujeito uma série de proposições padronizadas e é solicitado que expresse o seu grau de acordo com cada

uma delas. O conjunto de respostas obtidas indicará a direção e a intensidade da atitude.

Dentro dessa perspectiva insere-se este estudo, com o qual se procurará analisar o conhecimento e as atitudes dos profissionais da ESF sobre o núcleo de atuação do fisioterapeuta. Especificamente, procurar-se-á estabelecer:

- a relação entre o grau de conhecimento sobre a atuação do fisioterapeuta e as características pessoais e profissionais dos membros das ESF;
- a relação entre as atitudes desses profissionais em relação à atuação do fisioterapeuta e essas mesmas características.