



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

DOUGLAS LUCIANO LOPES GALLO

**A FISIOTERAPIA NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA:
PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL
E FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA**

Londrina

2005

DOUGLAS LUCIANO LOPES GALLO

**A FISIOTERAPIA NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA:
PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL
E FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação, em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Márcio José de Almeida

Londrina

2005

DOUGLAS LUCIANO LOPES GALLO

**A FISIOTERAPIA NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA:
PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL
E FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação, em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Márcio José de Almeida
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima Polo de
Almeida Nunes
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Vera Maria da Rocha
Universidade Federal do Rio Grande do
Norte

Londrina, ____ de _____ de 2005

Aos meus pais, Edson e Adelaide, apoio e incentivo constantes. Vocês me ensinaram a ter garra e dedicação para vencer obstáculos e conquistar meus sonhos. Dedico-lhes esta obra, pois sem vocês nada teria sido possível...

Agradecimentos

Na construção de uma peça teatral, a presença de todos é imprescindível. Não existirá um cenário se não houver quem o construa. Por detrás dos bastidores, estão os grandes responsáveis pela realização da peça.

À minha família, pela certeza de um porto seguro, sempre.

A todos os amigos pessoais, que tornaram o caminho menos árduo e mais colorido, vocês que me acompanharam, choraram, riram, sentiram, participaram, aconselharam, dividiram... companhias, sorriso, palavras e ausências, expressões de um amor profundo. A vontade de citar nomes é imensa, mas a memória poderia ser injusta, vocês sabem quão importantes foram.

Ao Prof. Dr. Márcio José de Almeida, pelo exemplo de vida, que mais que palavras, orientou-me por um caminho seguro. Meu reconhecimento permanente, e gratidão eterna pela liberdade para “voar”, e firmeza para concretização desta obra.

Às Professoras Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes, Vera Maria da Rocha, Luiza Nakama e Dirce Shizuo Fujisawa, pelas apreciações sinceras e valiosas durante a qualificação deste trabalho, e por sonharmos o mesmo sonho.

A Prof^a Celita Salmaso Trelha, por plantar em meu espírito uma inquietação, por abrir meus olhos para uma Fisioterapia além da reabilitação, pela amizade, carinho, aprendizagem e estímulo na realização deste mestrado. Minha gratidão e reconhecimentos eternos.

A todos os professores e funcionários do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, por compreenderem minhas limitações e acreditarem em minhas potencialidades. Sentir-me-ei sempre em casa...

Aos colegas do mestrado, pelas valiosas contribuições durante o processo, por compartilharem as angústias e as conquistas e principalmente pela amizade.

À Secretaria Municipal de Saúde e Coordenações dos cursos de Fisioterapia da UEL, UNOPAR e UNIFIL, pela possibilidade de realizar o estudo, pela atenção e apoio.

Aos fisioterapeutas do Programa Saúde da Família e docentes entrevistados, pela atenção que viabilizou a construção deste trabalho.

À CAPES, por oportunizar-me as melhores condições para esta pesquisa.

A todos aqueles que de uma maneira ou de outra fizeram parte desta caminhada. Acredito que sem o auxílio e compreensão dispensados sempre que necessitei, o meu sonho jamais teria se concretizado.

Especialmente a Deus: *“As pernas fraquejaram, só não comprometeram a jornada, porque foste o incentivo velado fortificando-me na marcha. Os olhos marejaram, só não atingiram a cegueira, porque ventavas no invisível secando minhas lágrimas. Soube resistir diante do pânico do desconhecido, porque me deste lucidez nos momentos de necessidade. Conservei-me distante do frio desânimo da descrença, porque me lembravas que a vida vai muito além. Que eu saiba no correr dos meus dias corresponder à Tua confiança, que no momento da chegada, eu posso me lembrar da partida, do Teu impulso inicial, na inspiração firme e carinhosa, que repetia sempre: - Vai!*

Enfim, a você leitor, principal objetivo deste trabalho... Boa leitura...

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do paciente.

Basaglia

GALLO, Douglas Luciano Lopes. **A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária.** 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

Para consolidação do Programa Saúde da Família (PSF) faz-se necessária uma adequação dos profissionais de saúde à nova estratégia, considerando-se a integralidade como eixo estrutural e a saúde vista em sua positividade. A Fisioterapia historicamente admitiu como objeto de trabalho o indivíduo doente, porém com sua inclusão gradual no PSF também torna-se co-responsável pela mudança na abordagem. Este estudo teve por objetivo analisar a inserção e a prática do fisioterapeuta no PSF do município de Londrina e as adequações da formação universitária a essa atuação. Tendo em vista a natureza do objeto de pesquisa adotou-se uma metodologia de pesquisa qualitativa, configurando-se como um estudo aplicado às ciências sociais. Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada e os informantes-chave foram oito fisioterapeutas que trabalhavam no PSF em Londrina e seis professores de três instituições de ensino superior com formação em Fisioterapia (três coordenadores de curso e três professores responsáveis pela disciplina de Saúde Pública) existentes no mesmo município. O corpus de pesquisa foi submetido à análise de conteúdo, sendo desenvolvidas três categorias: a) A fisioterapia no Programa Saúde da Família em Londrina; b) A fisioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS); c) A formação do fisioterapeuta. Na primeira categoria analisou-se a estruturação do serviço de fisioterapia no PSF em Londrina, como se dá a atuação do fisioterapeuta e qual o seu perfil para atuar no PSF. Na segunda categoria, as percepções dos fisioterapeutas e professores em relação à atuação da fisioterapia no SUS e suas visões do SUS. Na terceira e última categoria analisou-se como é o ensino em fisioterapia e sua adequação ao perfil profissional requerido para o fisioterapeuta no PSF. Concluiu-se que a inserção do fisioterapeuta se deu de maneira pouco organizada e objetivando uma demanda específica, a do acamado, porém os profissionais foram se adequando, passando a novas linhas de atuação. O perfil profissional requerido para atuação no PSF incluiu: formação generalista, flexibilidade e criatividade, empatia, autonomia e iniciativa, capacidade de trabalho em equipe e conhecimento sobre o SUS. A formação ainda não estaria adequada a estas exigências, embora algumas iniciativas tenham surgido decorrentes dessas necessidades, como é o caso de uma instituição que possui estágio em PSF aos seus alunos.

Palavras-chave: Fisioterapia (especialidade). Programa saúde da família. Recursos humanos em saúde. Desenvolvimento de recursos humanos. Ensino superior. Pesquisa qualitativa.

GALLO, Douglas Luciano Lopes. **Physiotherapy in the Family Health Program: perceptions regarding professional performance and university training.** 2005. Thesis (Master Degree in Public Health) – Londrina State University.

ABSTRACT

For consolidation of the Family Health Program (FHP), adaptation of healthcare workers to the new strategy becomes necessary, considering integrality as a structural axis and the positive aspects of health. Physiotherapy has historically regarded the sick individual as the working object, but its gradual inclusion in the FHP also renders him co-responsible for the change in the approach. The objective of the present study was to analyze the incorporation and practice of the physiotherapist within the FHP of the municipality of Londrina and the adaptation of university training to this performance. In view of the nature of the study subject, a qualitative research method was adopted, representing a study applied to social sciences. Data were collected by a semi-structured interview and the key informants were eight physiotherapists working in the FHP of Londrina and six teachers with a physiotherapy degree (three course coordinators and three teachers responsible for the discipline of public health) from three higher education institutions in the same municipality. The body of the study was submitted to content analysis and divided into three categories: a) physiotherapy within the FHP of Londrina; b) physiotherapy within the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde, SUS); c) training of the physiotherapist. In the first category, the structure of the physiotherapy service within the FHP of Londrina was analyzed regarding the performance of the physiotherapist and his profile to work in the FHP. In the second category, the perceptions of the physiotherapists and teachers in terms of the performance of physiotherapy within the SUS and their vision of SUS were evaluated. In the third category, the physiotherapy training and its adaptation to the professional profile required for the physiotherapist within the FHP were analyzed. The results showed that the incorporation of the physiotherapist occurred in a poorly organized manner and was aimed at a specific demand, i.e., that of the bedridden patient, but the professionals were adapting to the new lines of work. The professional profile required to work in the FHP includes a general training background, flexibility and creativity, empathy, autonomy and initiative, the ability to work in a team, and knowledge about SUS. The university training has not yet been adapted to these requirements, although some initiatives emerged from these needs such as the case of one institution which offers training in FHP to its students.

Key-words: Physical therapy (specialty). Family health program. Health manpower. Staff development. Education, higher. Qualitative research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Breve cronologia da promoção da saúde	22
Figura 2 –	Serviços hospitalares que compõem o sistema municipal de saúde (SUS) de Londrina – PR	34
Figura 3 –	Serviços ambulatoriais que compõem o sistema municipal de saúde (SUS) de Londrina – PR	35
Figura 4 –	Diferenças entre educação continuada e permanente.....	44
Figura 5 –	Caracterização da formação dos fisioterapeutas que atuam no Programa Saúde da Família em Londrina, 2005	89
Figura 6 –	Caracterização da formação e atuação dos docentes entrevistados em Londrina, 2005	90
Figura 7 –	Caracterização das percepções de fisioterapeutas e docentes quanto à atuação da fisioterapia no SUS – Londrina, 2005	118
Figura 8 –	Caracterização das visões de fisioterapeutas e docentes em relação ao SUS – Londrina, 2005	127
Figura 9 –	Caracterização das percepções de fisioterapeutas e docentes sobre a formação em Fisioterapia – Londrina, 2005	136
Figura 10 –	Percepções de docentes a cerca da adequação da formação universitária ao perfil profissional requerido para atuar no PSF – Londrina, 2005	144

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD	Associação de Assistência à Criança Defeituosa
ABENFISIO	Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DAS	Departamento de Ações em Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
HE	Hospital Evangélico
HURNP	Hospital Universitário Norte do Paraná
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
ICL	Instituto do Câncer de Londrina
IES	Instituição de Ensino Superior
IFF	Instituto Fernandes Figueira
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAR	Instituto Nacional de Reabilitação
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
INESUL	Faculdade Integrada INESUL
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IR	Instituto de Reabilitação
ISCAL	Irmandade Santa Casa de Londrina
LDB	Leis de Diretrizes e Bases da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAI	Pronto Atendimento Infantil
PADI	Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar

PCSS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PUCCAMP	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
SID	Sistema de Internação Domiciliar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TRM	Traumatismo Raqui-Medular
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFPe	Universidade Federal de Pernambuco
UNIFIL	Centro Universitário Filadélfia
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNOPAR	Universidade Norte do Paraná
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
CAPÍTULO 1 – O setor saúde no Brasil e a Estratégia de Saúde da Família	18
1.1 Paradigmas em Saúde	19
1.2 Evolução das políticas de saúde no Brasil	23
1.3 Estratégia de Saúde da Família	26
1.3.1 Atribuições da Equipe de Saúde da Família	28
1.3.2 Atribuições do Fisioterapeuta	29
1.4 Caracterização do município de Londrina	31
1.5 Desenvolvimento do Sistema de Saúde em Londrina	32
CAPÍTULO 2 – Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde	37
2.1 O trabalho em saúde	38
2.2 Recursos Humanos em Saúde	42
2.3 Movimentos de mudança na formação em saúde	44
2.4 Paradigmas da educação em saúde	48
2.5 Formação: questão de competência	50
CAPÍTULO 3 – A Fisioterapia como profissão	52
3.1 Evolução histórica e construção do objeto de trabalho da Fisioterapia ..	53
3.2 A Fisioterapia no Brasil	56
3.3 Fisioterapia e Saúde Coletiva	59
3.4 O ensino da Fisioterapia	65
CAPÍTULO 4 – OBJETIVOS	69
4.1 Objetivo geral	70
4.2 Objetivos específicos	70
CAPÍTULO 5 – METODOLOGIA	71
5.1 Processo de Investigação: a pesquisa qualitativa	72
5.2 Determinação dos casos	75

5.3	Caminho percorrido: a construção do <i>corpus</i> de pesquisa	78
5.4	Roteiro de entrevista	83
5.5	Aspectos éticos	85
5.6	Análise dos dados: análise de conteúdo	85
CAPÍTULO 6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO		88
6.1	Caracterização dos entrevistados	89
6.2	A Fisioterapia no Programa Saúde da Família em Londrina	90
6.2.1	Estruturação do serviço	90
6.2.2	Atuação do fisioterapeuta	97
6.2.3	Perfil profissional	107
6.3	A Fisioterapia e o Sistema Único de Saúde	117
6.3.1	Atuação da Fisioterapia no SUS	117
6.3.2	Visões de fisioterapeutas em relação ao SUS	126
6.4	A Formação do Fisioterapeuta	135
6.4.1	O ensino em fisioterapia	135
6.4.2	O perfil do fisioterapeuta para atuar no PSF	143
CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES		154
CONSIDERAÇÕES FINAIS		157
REFERÊNCIAS		162
APÊNDICES		173
APÊNDICE 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido		174
APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista – fisioterapeutas do PSF		175
APÊNDICE 3 – Roteiro de entrevista – docentes e coordenadores		176
APÊNDICE 4 – Ofício para Secretaria Municipal de Saúde		177
APÊNDICE 5 – Ofício para Coordenação de curso		178
ANEXOS		179
ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética		180

Apresentação

“Mude, mas comece devagar porque a direção é mais importante que a velocidade”.

Clarice Lispector

O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, procura reestruturar a atenção básica e todo o sistema de saúde a partir de ações conjugadas com os princípios do SUS, territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilidade e priorização de grupos populacionais mais vulneráveis. Surgem experiências e vivências onde o fisioterapeuta se insere no PSF, e é neste contexto que em Londrina é estruturado o serviço de Fisioterapia junto à Saúde da Família.

Existe uma grande deficiência de estudos sobre o trabalho do fisioterapeuta, em especial analisando sua inserção nos serviços municipais de saúde, particularmente na atenção básica. Apesar de estar muito relacionada com a doença/incapacidade e com a reabilitação, a Fisioterapia vem conquistando espaço e aumentando seu interesse pela saúde coletiva, pela prevenção e promoção da saúde. Sem a pretensão de esgotar o assunto, que se acredita em contínua construção, pretende-se com esta pesquisa auxiliar no preenchimento desta lacuna, servir de fomento e incentivo a novas pesquisas e construção de um objeto de estudo de uma profissão jovem, em busca de maturidade.

A importância que a graduação exerce sobre o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e a necessidade de discussões da temática são inquestionáveis. Londrina possui quatro cursos de Fisioterapia sendo três em plena atividade: Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), e Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL); e um curso iniciado no ano de 2005: Faculdade Integrada INESUL (INESUL). O Curso da UEL foi fundado em 1979, sendo o primeiro curso de Fisioterapia do Paraná, e um dos mais antigos do país.

Como a atuação da Fisioterapia na atenção básica ainda é incipiente, existe a necessidade de se analisar seu trabalho, com vistas a contribuir para sua reorganização e reorientação.

Neste contexto é que surgiu a idéia deste estudo. Buscou-se levantar dentro do município de Londrina, as características da inserção do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família, e sua organização. Optou-se por analisar também a formação universitária, acreditando-se que exerce influência na ação dos fisioterapeutas como atores no Sistema Único de Saúde (SUS).

Trabalhar com Saúde Coletiva é, ao mesmo tempo, um desafio e um sonho. Desafio perante uma categoria de profissionais que historicamente se organizou na atenção predominantemente curativa e reabilitadora, e um sonho de ver este profissional assumindo seu papel dentro da integralidade do SUS.

Esta pesquisa teve como tema “o trabalho e a formação do fisioterapeuta”, e assumiu como objeto de pesquisa “o fisioterapeuta no PSF em Londrina”. Definiu-se como problema de estudo “a formação e a prática deste profissional na Atenção Básica”. O pressuposto que se acredita é que a formação do fisioterapeuta não contempla adequadamente a Atenção Básica à Saúde.

Como ponto de partida levantou-se as seguintes questões norteadoras: *“Como se deu a organização do serviço de Fisioterapia no Programa Saúde da Família em Londrina?”*; *“Quais são os conflitos e dificuldades que o fisioterapeuta encontra ao ingressar no serviço de Atenção Básica/PSF em Londrina?”*; e *“A formação universitária é adequada às necessidades exigidas pelo PSF?”*.

O estudo objetivou analisar a inserção e a prática do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família do município de Londrina, e as adequações da formação universitária a essa atuação.

No capítulo 1 foi realizada uma contextualização do setor saúde no Brasil, das bases conceituais do PSF e do histórico dos avanços conquistados pelo município de Londrina. O capítulo 2 aborda a questão da formação de recursos humanos em saúde e no capítulo 3 discute-se a profissão do fisioterapeuta, sua relação com a saúde coletiva e ensino. No capítulo 4 são apresentados os objetivos da pesquisa e no capítulo 5 é descrito o caminho investigativo trilhado e os aspectos metodológicos. O capítulo 6 traz os resultados principais do estudo, sua análise e discussão. O texto é encerrado com as conclusões do estudo (capítulo 7) e considerações pertinentes, que surgiram durante a realização da pesquisa, mesmo que empiricamente, reflexões sobre a prática e formação profissional do fisioterapeuta.

Que este trabalho possa contribuir ao desenvolvimento da Fisioterapia, de maneira especial à discussão da formação universitária e da reorganização do processo de trabalho dos profissionais envolvidos com a Estratégia da Saúde da Família.

Capítulo 1

*O setor saúde no Brasil
e a estratégia de Saúde da Família*

*“Nós devemos ser a mudança que
desejamos ver no mundo”.*

Mahatma Gandhi

Ao se analisar o setor saúde, seus processos de trabalho e desenvolvimento de recursos humanos é necessário considerar seus paradigmas e a evolução das políticas públicas que levaram à configuração contemporânea do cenário nacional. Conhecer um pouco da evolução no município de Londrina também é importante para a compreensão da conjuntura municipal.

1.1 Paradigmas em Saúde

O termo paradigma tem sido usado de forma ampliada para designar qualquer tipo de conhecimento humano com referência a práticas sociais de naturezas diversas. Em seu sentido técnico no campo teórico da filosofia kuhniana este termo possui dois sentidos principais. Como categoria epistemológica constitui um instrumento de abstração, uma ferramenta para auxiliar o pensamento sistemático da ciência. Já em seu sentido mais amplo, constitui uma visão-de-mundo peculiar, própria do campo social científico. Implica em um conjunto de generalizações simbólicas configurando-se como a subcultura de determinada comunidade científica (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

No campo da saúde o termo “paradigma” diz respeito a distintos movimentos ideológicos. Este uso menos rigoroso corresponde a um conjunto de noções, pressupostos e crenças, relativamente compartilhados por determinado segmento de sujeitos sociais, servindo de referencial para ação. Aqui foi utilizado para designar os movimentos: Flexnerismo, Medicina Preventiva, Saúde Comunitária e Saúde Coletiva ou movimento de Promoção da Saúde (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

No início do século XX, com o célebre Relatório Flexner, é desencadeado nos Estados Unidos uma profunda reavaliação das bases científicas da medicina. Como resultado, redefiniu-se o ensino e a prática médica com bases em princípios tecnológicos rigorosos. Reforçou-se a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

A Medicina Preventiva emergiu em um campo formado por três vertentes: a higiene, originada no século XIX, ligada ao desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal; a discussão dos custos da atenção médica, desenvolvida nas décadas de 1930 e 1940 nos Estados Unidos, até mesmo por ocasião da Grande Depressão e o surgimento do Estado interventor; e o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas, surgida no interior da educação médica (AROUCA, 1975).

Arouca (1975) refere que a Medicina Preventiva é apenas uma nova forma de Medicina privada. O autor reflete:

(...) que a Medicina Preventiva caracterizou-se como um movimento ideológico que procurava transformar as representações sobre a prática médica, sem, contudo, procurar ser um movimento político que realmente transformasse essa prática. Dessa forma, o seu discurso mantinha uma relação de organicidade com o momento histórico vivido pela sociedade norte-americana, representando uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde (AROUCA, 1975, p.138-9).

A Medicina Preventiva foi conceituada pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP como a aplicação de conhecimentos e métodos de várias disciplinas à promoção, manutenção e restauração da saúde, bem como, a prevenção de doenças, de incapacidades e de mortalidade prematura por meio de programas individuais ou coletivos de atenção médica (AROUCA, 1975).

A proposta da Saúde Comunitária recuperava parte do discurso da Medicina Preventiva, em especial a ênfase nas ciências sociais aplicadas a

problemas de saúde. Porém esse conhecimento serviu para uma integração das equipes de saúde nas comunidades “problemáticas”, por meio dos agentes e forças sociais locais (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

O conceito de Promoção da Saúde como prática surgiu em países desenvolvidos, nas últimas duas décadas. Este conceito foi difundido pela Medicina Social na América Latina e pela Saúde Coletiva no Brasil. Em 1974, no Canadá, o Relatório Lalonde definiu suas bases, apresentando a idéia de que é necessário não apenas adicionar anos à vida mas vida aos anos (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000). Buss (2003) reconstrói uma cronologia da Promoção da Saúde (Figura 1) onde destaca três conferências internacionais sobre o tema, de grande importância para a definição das bases conceituais e políticas da Promoção da Saúde, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsväl (1991).

- | |
|--|
| <p>1974 – Informe Lalonde: uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses</p> <p>1976 – Prevenção e Saúde: interesse para todos, DHSS (Grã-Bretanha)</p> <p>1977 – Saúde para todos no ano 2000 – 30ª Assembléia Mundial de Saúde</p> <p>1978 – Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma Ata</p> <p>1984 – Toronto Saudável 2000 – Campanha lançada no Canadá</p> <p>1985 – Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde: 38 metas para a saúde na região europeia</p> <p>1986 – Carta de Ottawa sobre promoção da saúde – I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá)</p> <p>1987 – Lançamento pela OMS do Projeto Cidades Saudáveis</p> <p>1988 – Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis – II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Austrália)</p> |
|--|

<p>1991 – Declaração de Sundsval sobre Ambientes Favoráveis à Saúde – III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Suécia)</p> <p>1992 – Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92)</p> <p>1992 – Declaração de Santafé de Bogotá – Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas (Colômbia)</p> <p>1993 – Carta do Caribe para a promoção da saúde – I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad y Tobago)</p> <p>1997 – Declaração de Jakarta sobre Promoção da Saúde (Jakarta)</p> <p>2000 – V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (México)</p>

Fonte: Adaptado de Buss (2003).

Figura 1 - Breve cronologia da promoção da saúde.

Segundo Mendes (1996) um novo paradigma na saúde vem sendo construído em oposição ao flexneriano, cuja visão de saúde definiu-se como a ausência de doença. Esse novo paradigma deveria ser construído considerando a saúde em sua positividade e como um processo que poderia melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes. O novo paradigma proposto é o da produção social da saúde.

A produção social da saúde pode ser vista então como:

(...) um circuito em que o agir social de um ator supõe o uso de recursos econômicos, de recursos de poder, de conhecimentos e em que essa produção reverte-se para o ator-produtor como acumulações e desacumulações de novos recursos econômicos, recursos de poder, valores ou conhecimentos (MENDES, 1996, p. 240).

Este novo paradigma implicaria em se considerar que numa determinada sociedade, num determinado momento, respeitadas suas regras previamente definidas, existem capacidades de gerar fluxos de produção de fatos que por sua vez vão acumulando ou desacumulando saúde (MENDES, 1996).

1.2 Evolução das Políticas de Saúde no Brasil

Percorrer a trajetória do sistema de saúde brasileiro é fundamental para se entender a natureza processual do SUS. No século XX, o sistema de saúde transitou entre o sanitarismo campanhista (início do século até 1965) para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, ao final dos anos de 1980, ao modelo plural vigente, que inclui como sistema público o SUS (MENDES, 1996).

Carvalho, Martin e Cordoni Junior (2001) apresentam uma divisão artificial, porém didática, dessa evolução.

Do início do século XX até 1920, tempo da primeira república, adotou-se o modelo das campanhas sanitárias. Como a economia era voltada para a agricultura de exportação, o objetivo era o saneamento dos espaços de circulação do café, em especial, o dos portos. Preocupava-se em combater as endemias urbanas e, posteriormente, as rurais.

Entre 1920 a 1945 o sanitarismo campanhista continua sendo a principal política de saúde. Começam a surgir os embriões do modelo médico assistencial com surgimento da primeira CAP (Caixa de Aposentadoria e Pensões) em 1923, e sua expansão a partir de 1926. Em 1933, nasceu uma nova estrutura previdenciária, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Também surgiu neste momento (1930) o Ministério de Educação e Saúde.

No pós-guerra, entre 1945 e 1966, com o aumento do desemprego agravaram-se as condições sociais no país, ao mesmo tempo, desenvolveu-se em vários países da Europa a concepção de “Estado de Bem-Estar Social” (“Welfare State”). A partir de 1950, a assistência médica previdenciária passou a consumir recursos cada vez mais importantes. Em 1967 ocorreu a unificação dos IAPs no

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Cresceu também a influência da indústria farmacêutica, de equipamentos médico-hospitalares e dos proprietários de hospitais. Em 1974 ocorreu uma desvinculação da Previdência Social e da assistência à saúde com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), aumentando a dicotomia entre áreas preventivas e curativas no sistema de saúde brasileiro. Este modelo que vigorou hegemônico dos anos 1960 até meados dos anos 1980, em plena ditadura militar, denominou-se modelo médico-assistencial privatista.

Durante a década de 1970, em especial na segunda metade, ganhou corpo discussões sobre reformas políticas na saúde, conhecida como Reforma Sanitária. Acrescentou-se a este painel os conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS), sistematizados no Congresso de Alma Ata (1978). No período compreendido entre 1980 e 1990 ocorreu o enfraquecimento da ditadura militar e o processo de transição democrática do país. Iniciaram-se os primeiros movimentos de descentralização da saúde. Em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, espaço amplo de discussão da situação de saúde no país, de onde sai um relatório final que passa a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira.

A Constituição de 1988 e as “Leis Orgânicas da Saúde” Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, incorporaram grandes mudanças no sistema público de saúde, dando origem ao SUS com seus princípios: Universalidade, Equidade e Integralidade, e organizado pela Regionalização e Hierarquização, Descentralização, Resolutividade, Participação da comunidade e Complementaridade do setor privado.

Para Starfield (2004) a Atenção Primária deve ser o nível de um sistema que oferece entrada para todas as necessidades e problemas. Este deve oferecer

atenção à pessoa, e não à doença, no decorrer do tempo. É definida por um conjunto de funções combinadas próprias deste nível, incluindo atenção à prevenção, tratamento e reabilitação, e o trabalho em equipe. A autora a distingue dos demais níveis de atenção:

A atenção primária difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidade comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos (STARFIELD, 2004, p. 29).

A Declaração de Alma-Ata assim se refere aos cuidados primários em saúde:

(...) são cuidados essenciais de saúde 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 e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, (...). Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (CONFERÊNCIA, 1978)

Segundo Mendes (1996) é nítida a superioridade conceitual da atenção primária como reformulação de todo o sistema de saúde, porém os resultados são discutíveis, pois “a generosidade do discurso não é capaz de torná-lo palatável para políticos e administradores, especialmente em ambiente dominado pela cultura flexneriana” (p.272).

1.3 Estratégia de Saúde da Família

O Programa Saúde da Família surgiu com o propósito de colaborar para a organização do SUS e a municipalização da saúde. Em sua concepção foi assim definido:

O Programa de Saúde da Família é um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. (BRASIL, 1994, p.6).

O mesmo documento traz como objetivo do PSF melhorar o estado de saúde da população, buscando por meio de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade englobar a proteção, promoção da saúde, identificação precoce e tratamento das doenças (BRASIL, 1994).

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

O atendimento no PSF deveria ser sempre realizado por uma equipe multiprofissional. A constituição “mínima” desta equipe é de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na composição desta equipe deveria ser considerado: o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; a integralidade da atenção; a ênfase na prevenção, sem descuidar do atendimento curativo; o atendimento nas clínicas básicas de pediatria, ginecologia-obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica

(pequenas cirurgias ambulatoriais); a parceria com a comunidade; e as possibilidades locais (BRASIL, [199-]).

Outro aspecto importante para a resolutividade esperada pela Equipe de Saúde da Família (ESF), 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 e 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.

Com a criação de milhares de postos de trabalho pelo PSF, em um tempo relativamente curto, impôs-se a necessidade de buscar soluções criativas por meio dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família. A articulação entre a capacidade instalada nas universidades e nos serviços de saúde, levou à necessidade de diálogo e pactuação entre essas instituições. Não bastaria apenas exortar à mudança na formação dos profissionais de saúde, já que uma universidade e uma faculdade não são capazes de alterar rapidamente seus “processos produtivos” (PAIM, 2001).

A necessidade de transformação das práticas de saúde, no PSF, 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, 2000).

1.3.1 Atribuições da Equipe de Saúde da Família

Cada membro da ESF possui atribuições específicas, porém algumas atribuições são básicas de uma ESF, ou seja, são atribuições gerais de todos os membros, segundo Brasil (2000) são:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis;
- Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco;
- Elaborar, em conjunto com a comunidade, um plano local de enfrentamento dos fatores que comprometem a saúde;
- Programar as atividades e reestruturar o processo de trabalho;
- 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;
- Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e garantir a continuidade do tratamento por meio de referência adequada;
- 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 ações intersetoriais e parcerias com organizações na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;

- 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.

1.3.2 Atribuições do Fisioterapeuta

Nos documentos oficiais, como em Brasil (2000), não se encontram atribuições específicas do fisioterapeuta na ESF, pois este profissional ainda não faz parte da composição básica da equipe. Porém, Ragasson et al (2005), a partir da vivência prática de fisioterapeutas em Residência em Saúde da Família, elaboraram um perfil com as atribuições deste profissional na equipe, o qual também foi abordado por Silva, Trelha e Almeida (2005). As atribuições do fisioterapeuta na ESF seriam:

- 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 ginecológicas;
- 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.

1.4 Caracterização do Município de Londrina.

Londrina localiza-se na Região Sul do Brasil, norte do estado do Paraná, tem uma extensão geográfica de 1.650,809 Km², ocupando uma área inferior a 1% do total do estado. Atualmente possui oito distritos rurais: Espírito Santo, Guaravera, Irerê, Lerroville, Maravilha, Paiquerê, São Luiz e Warta. Segundo o censo demográfico de 2000, a população era de 447.065 habitantes, sendo 433.369 residentes na zona urbana e 13.696 na zona rural. A estimativa populacional para o ano de 2004 era de 480.822 habitantes, e uma densidade demográfica de 259,21 e 291,26 hab/km², respectivamente para os anos de 2000 e 2004 (LONDRINA, 2005).

O município foi planejado pelos ingleses, daí a origem do nome Londrina, que significa “pequena Londres”, por intermédio da Companhia de Terras do Norte do Paraná, que abriu na região uma das maiores colonizações do mundo (mais de um milhão de hectares loteados). Pretendiam-se abrigar aproximadamente 30.000 habitantes, embora haja fontes que refiram 20.000 habitantes (GUTIERREZ, 1999). A condição de Sede da Companhia de Terras do Norte do Paraná foi determinada pela localização privilegiada e proximidade com o estado de São Paulo. Até 1970 a cidade polarizava a economia agrícola regional, baseada na monocultura cafeeira, cedendo lugar após esta década às culturas sazonais da soja e do trigo (RAMOS M. L. R., 2002).

Londrina vem abandonando a tendência de centro de produção agrícola e firmando-se como prestadora de serviços, assumindo papel de centro comercial de toda uma região. A criação da Região Metropolitana de Londrina vem corroborar esta tendência, envolvendo os municípios de Bela Vista do Paraíso, Cambé, Ibiporã, Jataizinho, Londrina, Rolândia, Sertanópolis e Tamarana, constituindo uma

população de 678.032 habitantes em 2000 com estimativa de 728.120 para 2004 (LONDRINA, 2005). A influência econômica e social em toda região é expressa pelos recursos disponíveis nas áreas de saúde, educação e tecnologia (RAMOS M. L. R., 2002).

A composição demográfica londrinense evidencia modificações importantes na estrutura, com alargamento da parte intermediária e do topo quando correlacionados com a base. Ocorreu uma diminuição na participação de crianças e jovens e aumento de participação de idosos. Esses dados sugerem um envelhecimento da população londrinense, apresentando uma transição demográfica ao longo de sua recente colonização, passando de uma população de característica jovem para uma população velha (GUTIERREZ, 1999).

O nível de saúde da população pode ser considerado bom, em média, sendo que o coeficiente de mortalidade infantil vem apresentando significativa redução nas últimas décadas, passando de 37,0/1.000 nascidos vivos em 1979 para 11,09/1.000 em 2001 (RAMOS M. L. R., 2002).

1.5 Desenvolvimento do Sistema de Saúde em Londrina

Durante o período de 1969-72 ocorreu o início da organização de serviços de saúde pela Prefeitura de Londrina, com a criação da Secretaria de Bem-Estar Social pela Lei nº 1.578/69 e do Serviço Municipal de Pronto Socorro pela Lei nº 1.639/70 (ALMEIDA, 1979).

No início da década de 70, o curso de Medicina da Universidade (UEL) juntamente com a prefeitura implantou dois Postos de Saúde localizados em bairros

da periferia da cidade, servindo de campo de estágio aos alunos do curso, onde os mesmos poderiam prestar cuidados médicos à população numa abordagem de assistência integrada ao indivíduo (CORDONI JUNIOR, 1986; GIL, MARTIN e GUTIERREZ, 2001).

Em 1972 é firmado um convênio entre a Prefeitura e a Universidade (UEL) para funcionamento do Pronto Socorro, os serviços passaram a ser prestados pela equipe do Pronto Socorro do Hospital Universitário. O município comprometeu-se a transferir anualmente uma quantia fixa de dinheiro à Universidade e com isso ocorreu uma separação entre provedor e financiador do serviço. Outro convênio entre Prefeitura e UEL, foi firmado em 1973, estabelecendo como prioritária a prestação de assistência médica global, tanto curativa como preventiva às populações de baixo poder aquisitivo, como as da periferia da cidade e zona rural (GUTIERREZ, 1999).

Londrina foi um dos municípios pioneiros no país e o primeiro no Estado do Paraná a garantir a municipalização dos serviços de saúde, atendendo às determinações do Ministério da Saúde e assumindo a gestão semiplena em dezembro de 1995. Com isso o município teve a possibilidade de planejar e organizar os serviços, adquirindo a titularidade e responsabilidade de gerir todo o sistema (GIL, MARTIN e GUTIERREZ, 2001).

Em maio de 1998 o município assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/1996. Por meio de repasse de recursos federais, diretamente do Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, o município assumiu a responsabilidade por toda a programação, controle e avaliação pertinente ao sistema de saúde local. Desta forma garantiu a prestação de serviços em seu

território, desde as unidades de saúde ambulatoriais até procedimentos hospitalares de alta complexidade, controle de vigilância sanitária e epidemiológica (RAMOS M. L. R., 2002).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (LONDRINA, 2003) o Sistema Municipal de Saúde de Londrina conta com 16 serviços hospitalares (entre públicos municipal e estadual, privados e filantrópicos), com um total de 1197 leitos disponibilizados para o SUS e o Serviço de Internação Domiciliar tem capacidade para 100 pacientes/mês (Figura 2).

SETOR PÚBLICO MUNICIPAL	Maternidade Municipal Lucilla Ballalai Serviço de Internação Domiciliar (100 pacientes/mês)
SETOR PÚBLICO ESTADUAL	Hospital Universitário Regional Norte do Paraná – HURNP (309 leitos) Hospital Dr. Anísio Figueiredo – ZONA NORTE (56 leitos) Hospital Eulalino de Andrade – ZONA SUL (41 leitos)
SETOR FILANTRÓPICO	Hospital Evangélico de Londrina – HEL (203 leitos, 93 – SUS) Irmandade Santa Casa de Londrina – ISCAL (151 leitos, 135 – SUS) Instituto do Câncer de Londrina – ICL (106 leitos, 85 – SUS) Hospital Infantil Sagrada Família (42 leitos, 20 – SUS)
SETOR PRIVADO	Hospital dos Olhos – Hoftalon (9 leitos, 6 – SUS) Hospital da Mulher (27 leitos) Hospital Ortopédico (16 leitos, 5 – SUS) Hospital Mater Dei (50 leitos) Clínica Psiquiátrica de Londrina (240 leitos, 230 – SUS) Maxwell – Hospital Dia de Psiquiatria (40 leitos, 30 – SUS) Clínica Psiquiátrica Vila Normanda (65 leitos, 65- SUS) Clínica das Palmeiras – Psiquiatria (45 leitos)

Fonte: Londrina, 2003.

Figura 2 - Serviços hospitalares que compõem o sistema municipal de saúde (SUS) de Londrina – PR.

O serviço ambulatorial conta com 52 UBS, 3 unidades de Saúde Mental e uma rede de serviços públicos municipal e estadual, filantrópicos e privados, como indicado na Figura 3, além do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

SETOR PÚBLICO MUNICIPAL	53 Unidades Básicas de Saúde (39 na zona urbana e 13 na zona rural)	3 unidades de Pronto Atendimento 24 horas 2 unidades de Pronto Atendimento 16 horas 47 unidades 12 horas
	3 Unidades de Saúde Mental	1 CAPS 3 - adulto (CONVIVER) 1 CAPS 1 – infantil (NAPS-CA) 1 CAPS A/D – álcool e drogas (ESPAÇO VIDA)
	1 Laboratório de patologia Clínica/Radiologia	
	CISMEPAR – Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema (diagnose/terapia)	
	1 Farmácia municipal	
SETOR PÚBLICO ESTADUAL	Centro de Ref em doenças infecto-contagiosas – CIDI	
	Ambulatório de Especialidades, Diagnose e Terapia – HC/UEL	
	Farmácia Regional de Medicamentos Excepcionais	
	Hemocentro – UEL	
	Clínica de hemodiálise – HU	
	Clínica de Quimioterapia – HU	
SETOR FILANTRÓPICO	3 ambulatórios de Especialidades, Diagnose e Terapia	Ambulatório do Alto da Colina (HEL) Ambulatório da Irmandade Santa Casa de Londrina Ambulatório do Instituto do Câncer de Londrina (quimioterapia e radioterapia)
	1 Clínica de Reabilitação Otológica – ILES	
SETOR PRIVADO	Fisioterapia	1 Clínica UNOPAR 3 Clínicas de Reabilitação
	Especialidades Médicas	8 Clínicas de Oftalmologia 1 Clínica de Cardiologia 1 Clínica de Gastroenterologia 3 Clínicas de Ortopedia 1 Clínica de Saúde Mental
	Serviços de Diagnose	10 Laboratórios de Patologia Clínica 3 Laboratórios de Citopatologia 1 Serviço de Radiologia 2 Serviços de Ultra-sonografia 2 Serviços de Mamografia 2 Serviços de Tomografia
	Terapias especializadas	1 Clínica de Hemoterapia 2 Clínicas de Terapia Renal Substitutiva

Fonte: Londrina, 2003.

Figura 3 - Serviços ambulatoriais que compõem o sistema municipal de saúde (SUS) de Londrina – PR.

Apesar de uma razoável infra-estrutura física e equipe profissional disponível na rede básica com ampla oferta de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, persistiam problemas caracterizados pela elevação da demanda reprimida, filas e reclamações. A baixa resolutividade do serviço era devido, em grande parte, à não incorporação pelo modelo vigente de práticas sanitárias direcionadas aos fatores e situações de risco da população, com base em informações epidemiológicas (LONDRINA, [2003?]).

Fez-se uma opção pela implantação ampla do PSF com cobertura de 100% da população na zona rural e 70% na zona urbana, abrangendo-se áreas de maior risco do município com intenção de reorganizar a Atenção Básica em Londrina (LONDRINA, [2003?])

O PSF em Londrina foi criado em 1995, com 4 equipes na zona rural. Em maio de 2001 expandiram-se de 4 para 81 equipes e no início de 2002 ampliaram-se para 93 ESF. Em abril de 2003 mais uma equipe foi criada, passando-se para 94 equipes no total, juntamente com a criação de 8 equipes de Saúde Bucal. As 94 ESF estavam distribuídas em 50 unidades de saúde. Em cada região da área urbana atuava, em apoio às equipes, um fisioterapeuta realizando atendimento aos pacientes acamados, orientação postural aos grupos de idosos e gestantes entre outros (LONDRINA, [2003?]).

Capítulo 2

Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde

*“Mover toda engrenagem com fé e
músculo, abrir as portas do
impossível com dardos d’Esperança.
Mover adagas de ventura, em busca
do invisível do melhor dos mundos.”*

Reivaldo Vinas

Atualmente um nó na consolidação do SUS e especificamente da Estratégia de Saúde da Família é o desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Existe a necessidade de formarem-se profissionais de saúde com visão ampla do processo saúde doença, considerando-se a saúde em sua positividade. A valorização de ações preventivas e de promoção da saúde devem encontrar no pessoal da saúde o combustível para sua consolidação e, conseqüente, transformação do modelo assistencial.

2.1 O Trabalho em Saúde

O trabalho em saúde é essencial à vida humana e faz parte do setor de serviços. O setor terciário ou de serviços cresceu significativamente e possui grande diversificação em relação a prestígio, níveis salariais e atividades desenvolvidas. O resultado do trabalho em serviços pode ser uma mercadoria vendável ao capitalismo ou a outro consumidor, como é a prestação de serviços em saúde. O setor saúde compartilha, assim, de características do processo de produção do terceiro setor da economia e, ao mesmo tempo, possui características específicas (PIRES, 1999).

O setor saúde é importante não só pela natureza dos serviços prestados, como pelo volume de empregos gerados diretamente. Em plena era tecnológica, caracterizada pela redução de mão-de-obra, é um setor que continua empregando grande contingente de profissionais. No Brasil ocorreu historicamente uma divisão dos mercados de trabalho em esfera pública e privada. Recentemente vem ocorrendo uma inversão na composição destas esferas, sendo a privada sobrepujada pela pública (MACHADO, 2003).

Na saúde o trabalho é da esfera não material, completando-se no ato de sua realização. Como resultado, não tem um produto material, independente do processo de produção e comercializável, o produto é indissociável do processo, resultando da própria realização da atividade. O ato assistencial em saúde envolve a avaliação de um indivíduo ou grupo, seguindo-se a indicação e/ou realização de uma conduta. Este ato engloba um trabalho do tipo profissional, pois é realizado por profissionais que dominam os conhecimentos e técnicas especiais, o usuário ou grupo social não pode executar a técnica por si mesmo ou sem a ajuda profissional (PIRES, 1999).

Segundo Pires (1999):

O processo de trabalho dos profissionais da saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; **como objeto** – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; **como instrumento de trabalho** – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e **o produto final** é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (PIRES, 1999, p.32).

Almeida (1999) afirma que a “prática médica está ligada à transformação histórica do processo de produção econômica.” Deste modo, a estrutura econômica determinaria o lugar da medicina na estrutura social, como ocorre com os demais componentes da sociedade. A prática profissional é vista não como simples processo, mas como prática social, determinada por uma estrutura social e a uma formação social concreta (SCHRAIBER, 1993).

Para se definir uma profissão há necessidade de determinado volume de conhecimentos específicos e um direcionamento dos serviços prestados. Por conseguinte, uma profissão é uma ocupação que cria e utiliza de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas suscitados por um cliente, individual ou coletivo. Diferentemente, a atividade profissional é um conjunto de

conhecimentos novos e específicos, fortemente relacionados a uma esfera ocupacional (MACHADO, 1995 apud PRZYSIEZNY, 1999).

Na grande maioria das instituições assistenciais em saúde não existe coordenação na assistência prestada pelos diversos grupos de profissionais. O trabalho é compartimentalizado e cada grupo se organiza e presta parte da assistência separadamente. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos necessários para o exercício das atividades específicas de sua qualificação. O profissional de nível superior detém o poder relativo à sua profissão delegando tarefas específicas aos trabalhadores de nível médio ou elementar (PIRES, 1999).

Outro aspecto interessante é que a satisfação e as necessidades da clientela, em sua grande maioria, não fazem parte do planejamento dos serviços de saúde, mesmo que presentes nos discursos dos profissionais e dirigentes institucionais (PIRES, 1999).

Segundo Feuerwerker (2002) o médico perdeu seu monopólio na definição dos serviços e boa parte do controle sobre os instrumentos, a clientela e o preço da remuneração de trabalho. A esta perda progressiva de controle junta-se a especialização médica acentuando, assim, as transformações na relação entre médico e pacientes. O paciente não escolhe mais livremente o médico que vai atendê-lo e nem este é mais o responsável pelas condições em que se dá o atendimento.

Outra interpretação alternativa, utilizada para analisar a questão de recursos humanos em saúde, é a questão do cuidado. Cuidado é entendido como uma idéia central de “suporte”. Este suporte não seria fornecer ao outro algo de que ele careça, e sim oferecer um suporte ao “querer ser” do outro. O cuidado não se define por uma beneficência utilitarista, nem por um saber que vise dar conforto e

bem-estar ao paciente, deve estar voltado ao doente e não à doença (NOGUEIRA, 2002).

Não se quer dizer com isso que se deve separar o cuidado do tratamento, sendo impossível concebê-lo separadamente de uma dimensão técnica, o cuidado deve direcionar o tratamento e contê-lo em si. Outra interpretação para o cuidado seria a descrição de um conjunto de ações simultaneamente instrumentais e comunicativas, com dominância das últimas. Assim, deve-se superar a dicotomia entre as diversas profissões de saúde, cuidadores e tratadores, para que todos sejam entendidos como agentes participantes do cuidado (NOGUEIRA, 2002).

Nogueira (2002) explica que a razão para o uso da noção de cuidado ao invés de trabalho seria a existência de “inúmeras práticas de saúde em contextos sociais onde não se pode perceber o domínio da racionalidade instrumental própria ao trabalho” (p. 268), práticas estas assumidas pelas famílias ou por cuidadores e dispensadas solidariamente a indivíduos acometidos por enfermidades. O autor estende, ainda, a noção de cuidado às atitudes que a pessoa realiza em interesse à sua própria saúde, como hábitos saudáveis.

Ao se reportar à noção de cuidado, Pinheiro e Guizardi (2004) não a apreendem como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma atenção integral, com significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser. Engloba-se o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, fruto de uma fragilidade social.

2.2 Recursos Humanos em Saúde

Um grande desafio para a consolidação do Sistema Único de Saúde é a questão dos Recursos Humanos (RH).

Recursos Humanos em Saúde (RHS) denomina um conjunto de agentes capazes de desenvolver ações de saúde, sejam as de promoção, proteção/prevenção, recuperação ou reabilitação (PAIM, 1994).

Desta forma, *peçoal de saúde* seriam os agentes formalmente habilitados e inseridos no mercado de trabalho, onde se inclui a noção de agentes. *Força de trabalho em saúde* constitui um segmento da população economicamente ativa vinculada ao mercado de trabalho, formalmente capacitada ou não. *Categorias profissionais* é um conceito utilizado para designar agentes tecnicamente preparados para exercer determinadas ações no contexto da divisão técnica e social do trabalho em saúde. *Trabalhadores de saúde* são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços em saúde (PAIM, 1994).

Os paradigmas contemporâneos de gestão organizacional já consideram a primazia das pessoas na busca da excelência para a produção de bens e serviços e para valorizar a própria transformação institucional. As políticas de RH, no entanto, mais que mecanismos de vinculação e distribuição de pessoal, devem ser formas democráticas de responsabilização e mobilização para propiciar maior adesão às novas missões desempenhadas pelo SUS (FONSECA e SEIXAS, 2002).

Os RHS são responsáveis por manter a organização produtiva e devem estar mobilizados para o processo de transformação do modelo assistencial e da prática sanitária, visando assim o cumprimento de todos os princípios e diretrizes do SUS (SAKAI et al, 2001).

Fonseca e Seixas (2002) enfatizam a necessidade de se trabalhar questões relativas ao sistema de produção de recursos humanos e ao sistema de utilização destes recursos, quando se discute a política de RH. O primeiro diz respeito à formação/preparação para o trabalho (o mundo da formação), e o segundo à gestão do trabalho (o mundo do trabalho).

A Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990 traz como atribuição do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 2001a). Já a Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a necessidade de uma comissão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para os trabalhadores do SUS (BRASIL, 2001b).

De acordo com Fonseca e Seixas (2002) as principais necessidades na preparação de RH para a saúde são:

- Formação de pessoal de nível técnico para os serviços de saúde;
- Insuficiência na formação de nível superior – graduação;
- Especialização profissional – o “mix” de especialistas;
- Preparação para a gerência e gestão da saúde;
- Capacitação e abordagem pedagógica.

Formação é um conceito que compreende educação advinda de uma instituição da sociedade, de um sistema educacional formal público ou privado. Já capacitação é entendida como processos educativos que ocorrem para a qualificação específica necessária ao trabalho (SAKAI et al, 2001).

Atualmente, dentro da área da saúde percebe-se uma necessidade de continuidade na formação, ultrapassando a formação básica, seja ela técnica ou universitária. Buscando a constante atualização dos profissionais, surgem os conceitos de educação continuada e permanente. A Figura 4 apresenta algumas

diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente. Embora sejam processos distintos, não precisam ser, necessariamente, antagônicos.

Aspectos	Educação Continuada	Educação Permanente
Público alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas da especialidade	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua
Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação passiva do saber científico e aperfeiçoamento das práticas individuais	Mudança institucional, apropriação ativa do saber científico e fortalecimento das ações em equipe

Fonte: Almeida, 1997.

Figura 4 - Diferenças entre educação continuada e permanente

A questão da gestão dos RHS é objeto de atenção prioritária, com necessidade de estudos referentes a novas formas de contratação, de remuneração e de avaliação de desempenho do pessoal da saúde. Já a questão das mudanças da formação e capacitação dos RH, apesar de serem declaradas como necessidades não são observadas, em termos de intervenções já realizadas, como prioritárias (ALMEIDA, 1999).

2.3 Movimentos de Mudança na Formação em Saúde

Existem pressões, das mais variadas naturezas, para que ocorram mudanças na formação médica. Porém continuam as resistências às mudanças,

principalmente em relação à orientação de uma formação mais geral (FEUERWERKER, 2002). A mesma autora reflete que para que a mudança seja efetiva, a decisão de mudar deve ser institucional, “(...) a proposta de mudar deve entrar pela porta da frente, deve ser compromisso do núcleo central de poder, ou seja, da direção” (p.19).

Por mudança no processo de formação entendem-se alterações nos processos, nas relações e nos conteúdos de educação. Almeida (1999), analisando a educação médica, distingue três planos de profundidade de mudanças, inovação, reforma e transformação, como observado a seguir.

No primeiro plano têm lugar as mudanças superficiais na formação. São mudanças normalmente pontuais, localizadas, particulares e parciais. As inovações se concentram nas atividades, nos meios e nas relações técnicas entre os agentes e o processo de ensino. Desenvolvem-se e coexistem juntamente com o tradicional, resultando de alterações isoladas, normalmente nos processos.

No plano da reforma, ou plano dos sujeitos e atores sociais, têm lugar mudanças que buscam substituir dimensões mais abrangentes do processo de formação com algum grau de reinterpretação das bases conceituais da educação. Atingem as relações sociais incluindo os pacientes e a comunidade.

No terceiro plano, o da transformação, ou estrutural, têm lugar as mudanças que buscam introduzir uma nova ordem no processo de formação e em suas relações com a estrutura socioeconômica. Engloba todo o contexto e a sociedade, envolvendo a essência do próprio processo de produção do conhecimento. O maior impacto ocorre nas relações políticas entre os sujeitos e resultam em alterações globais dos conteúdos, dos processos e das relações.

Feuerwerker (2002) discute que o primeiro plano corresponderia à concepção tradicional de educação e à concepção biologista em saúde. O segundo corresponderia à concepção humanista (libertária) de educação e ao conceito ampliado de saúde. E o terceiro plano corresponderia à concepção pedagógica crítico-reflexiva e ao pensamento estratégico em saúde.

Em 1985 foi constituída uma rede, que articulava projetos de integração docente-assistencial (Rede IDA) existentes no Brasil, promovendo o intercâmbio de experiências. Entretanto as relações com os serviços em muitos casos eram bastante verticais, ou seja, a universidade fazia o que achava importante desconsiderando os interesses e as necessidades dos serviços e da população. Os serviços eram vistos mais como cenários do que parceiros (FEUERWERKER, 2002).

Ao final da década de 80, a coordenação da Fundação W. K. Kellogg para América e Caribe, iniciam uma série de discussões, culminando com o surgimento, no início da década de 90, do programa UNI. Visando maior articulação entre o ensino das diversas profissões de saúde e a incorporação da comunidade em colaboração com as instituições educacionais, o programa UNI – “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade”, tinha como objetivos: contribuir para reorientação da formação profissional dos cursos de graduação; fortalecer a construção de Sistemas Locais de Saúde; promover o desenvolvimento comunitário em matéria de saúde. No início contou com a participação de líderes do movimento de educação dos profissionais da saúde e da reforma sanitária (ALMEIDA, 1999).

Em 1996, numa oficina de trabalho, foi definida uma nova identidade para a Rede, passando a se chamar UNIIDA, buscando fortalecer a parceria entre universidades, instituições de pesquisa, serviços e comunidade e formular políticas

de financiamento para formação e capacitação de recursos humanos para o SUS entre outras atividades. Em 1998 a Rede passou a se chamar Rede UNIDA concebida como:

Espaço de troca e divulgação de experiências de articulação entre universidades, instituições de ensino e pesquisa, serviços, comunidade, constituída por projetos, instituições e pessoas interessadas em promover mudanças no modelo de atenção, no modelo de ensino em saúde e nas formas de participação social, coerentes com os princípios do SUS (FEUERWERKER, 2002, p.238).

A Rede considerava que estudantes, docentes e comunidades podiam contribuir para a mudança do modelo de atenção. Procurou atuar no cenário político produzindo propostas para favorecer a mudança na formação (FEUERWERKER, 2002).

A partir de 1996 o currículo mínimo foi extinto pela Lei nº. 9.394 de 20 de dezembro, Lei de Diretrizes e Bases da Educação (BRASIL, 1996). Como principal característica, houve a flexibilização dos currículos dos cursos de graduação, ultrapassando o modelo anterior com ênfase nas disciplinas e cargas horárias (SCHMIDT, 2002).

Em 1997 foi lançado o Edital MEC/SESu nº 04/97, com convocação para que todos dos cursos de graduação elaborassem suas diretrizes curriculares (SCHMIDT, 2002). Foi iniciada uma série de discussões dentro da Rede UNIDA, contribuindo em todo o país para a construção e elaboração coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde, publicadas no D.O.U. entre 2001 e 2003. Em 2003 a Rede Unida publica uma coletânea com as diretrizes das doze profissões da área da saúde (ALMEIDA, 2003).

2.4 Paradigmas da Educação em Saúde

Na teoria kuhniana, em comunidades científicas, os paradigmas são caracterizados por seqüências de entendimentos tácitos compartilhados. O conceito de paradigma *stricto sensu* formulado por Khun não seria aplicável à educação das profissões da saúde, porém é usado em *lato sensu*, na América Latina para designar o modelo dominante de educação influenciado pelos estudos de Flexner, divulgados no relatório de mesmo nome (LAMPERT, 2002).

O Relatório Flexner foi publicado em 1910, sendo responsável por grandes modificações no ensino médico. Incentivou a valorização das disciplinas biológicas, como anatomia, fisiologia, bioquímica, patologia, farmacologia, histologia, embriologia e microbiologia, tendo grande peso nos currículos das escolas médicas. Os ensinamentos estavam inseridos num contexto reducionista e tinham de ser dissociados de preocupações sociais, consideradas descontextualizadas da medicina, enfatizando a pesquisa e o tratamento (PRZYSIEZNY, 1999).

Segundo Przysiezny (1999) os aspectos preventivos e promocionais da saúde não foram tratados com grande entusiasmo pelo Relatório Flexner. Já Lampert (2002) cita que as orientações do relatório foram cumpridas apenas em parte, uma vez que pouco foi feito em relação à parte social e humana, que também foi abordada no documento.

A partir de 1968 com a Reforma Universitária, o Brasil passou a adotar oficialmente o modelo americano nas escolas médicas, dividindo o ensino em ciclo básico e ciclo profissionalizante (LAMPERT, 2002). A partir da década de 50 já proliferavam conferências e seminários que fixavam em linhas gerais o

desenvolvimento da Medicina Preventiva, provinda dos Estados Unidos, como aborda Arouca (1975).

O novo paradigma necessário, da integralidade, teria como imagem-objetivo a ser alcançada uma formação mais contextualizada, considerando as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população. Implicaria em capacitação profissional para o enfrentamento dos problemas do processo saúde-doença de forma contextualizada, estimulando uma atuação interdisciplinar e multiprofissional e respeitando os princípios do SUS. Este paradigma levaria a uma construção pedagógica que equilibraria a excelência técnica com a relevância social (LAMPERT, 2002).

Ao referir-se à integralidade, seja como princípio orientador das práticas, seja como orientadora da organização do trabalho ou das políticas, Mattos (2001) reflete que se implicaria em uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos e, possivelmente, uma afirmação da abertura ao diálogo. Não se reduz o paciente a uma lesão que no momento provoque um sofrimento, tampouco a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, ou um conjunto de situações de risco.

Apesar da clara insatisfação com o paradigma flexneriano, para que haja sua substituição pelo da integralidade ainda é necessário uma nova prática que busque a integralização nos serviços e nos processos de formação de recursos humanos (LAMPERT, 2002).

2.5 Formação: Questão de Competência

O termo competência está na roda do debate educacional no Brasil. As Novas Diretrizes Nacionais para os Cursos da Saúde tratam de competências que os estudantes devem adquirir em seu processo de formação.

Competência assume um caráter polissêmico, Depresbiteris (2001) a conceitua como:

- Capacidade para aplicar habilidade, conhecimentos e atitudes em tarefas ou combinações de tarefas operativas;
- Habilidade de alguém utilizar seu conhecimento para alcançar um propósito;
- Capacidade de mobilizar saberes: saber-fazer, saber-ser e saber-agir;
- Mobilização de um conjunto de capacidade para resolução de um problema.
- Competência profissional é a capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridas para o exercício de uma situação profissional.

Segundo Mello (2003), sempre que se diz o que um aluno deve aprender e o que ele deve fazer com o que aprendeu, refere-se a competência. Competência seria a capacidade de mobilizar conhecimentos, valores e decisões para agir em determinada situação, só poderia ser constituída na prática.

A competência não é algo observável diretamente, podendo ser inferida pelos desempenhos (realização das tarefas essenciais, fundamentadas por atributos cognitivos, psicomotores e atitudinais qualificados). O desempenho pode ser observável. Os padrões de competência (critérios de satisfação) explicitariam o que o sujeito deve fazer para desempenhar sua prática com sucesso, com padrões de

profissionalismo. As capacidades seriam os aspectos cognitivos, as habilidades e as atitudes (DUARTE et al, 2005).

As habilidades possuem um duplo estatuto, sendo pressuposto e resultado manifestável da competência. No primeiro caso as habilidades teriam o mesmo sentido de capacidades, isto é, “um potencial cognitivo que, colocado em ação diante de uma situação concreta, por associação com os saberes, constituem competências” (p. 69), e são expressas por verbos de ação (compreender, comparar, etc). Como resultado, isto é, manifestação das competências, as habilidades consolidam-se na forma do saber-fazer, sendo tomadas como indicadores de desempenho nas avaliações (RAMOS M. N., 2002). Habilidades são compreendidas como os procedimentos gerais e específicos dominados pelo sujeito e essenciais para o enfrentamento das situações (RAMOS, 2001).

Capítulo 3

A Fisioterapia como profissão

“A Fisioterapia marcha a passos vertiginosos para a Fisioterapia Social, e é aqui onde o Fisioterapeuta se integra perfeitamente na responsabilidade da sua missão.”

Editorial da Associação Brasileira de
Fisioterapia - 1962

Para apreender como objeto de estudo a prática e a formação do fisioterapeuta faz-se interessante, 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.

3.1 Evolução Histórica e Construção do Objeto do Trabalho da Fisioterapia

A Fisioterapia como profissão, ou área de conhecimento, tem um passado recente, porém ao se estudar seu objeto de trabalho verifica-se que este, além de ser antigo, foi desenvolvido de maneira difusa e não exclusiva por uma categoria profissional. Rebelatto e Botomé (1999) buscaram a partir de uma análise em diferentes momentos históricos, explicitar qual seria o campo de atuação dessa profissão. Estes autores partiram do que era concebido ou exercido na área que se entende hoje por objeto da Fisioterapia.

Remonta à antiguidade a utilização de agentes físicos como a eletricidade (peixe elétrico) ou os movimentos do corpo para eliminação, do que na época denominavam-se diferenças incômodas (entendidas como doenças físicas, porém abrangendo também idéias, comportamentos, atividades sociais, políticas e outras). Neste período a preocupação centrava-se mais no que poderia ser classificado como atenção curativa e reabilitadora, não existindo a preocupação com a prevenção, apesar de em alguns locais, como na Grécia, existir a preocupação com o corpo: “*mens sana in corpore sano*” (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

Com o início da Era Cristã a ginástica como tratamento dessas diferenças esteve em poder dos sacerdotes (ANDRADE, BORGES e CAMPO, 2003). Durante a Idade Média os estudos na área da saúde foram interrompidos, pois houve a depreciação do corpo, que era visto como algo inferior, e a atividade física como curativa passou a ser proibida. Surge um novo uso para os exercícios físicos, não mais visto como valorização do corpo, mas como uma necessidade advinda da guerra, controle da população e dos bens. 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 (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

Com o Renascimento (séc. XV e XVI) e a retomada da beleza pelo movimento artístico e literário, 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. Surge uma preocupação que vai além da cura e da reabilitação. No período de transição entre o Renascimento e a Industrialização acentuaram-se movimentos de separação entre a ginástica para pessoas sãs e a com finalidade de cura. Essa divisão profissional em função do estado de saúde da população parece ter contribuído, na análise de Rebelatto e Botomé (1999), para a concepção do objeto de trabalho futuro da Fisioterapia.

As concepções de cuidado com o corpo que advinham do período Renascentista sofrem grandes alterações com o advento da Revolução Industrial nos séculos XVIII a XIX. Com a necessidade de combate às novas doenças e epidemias, a metodologia científica é agregada às escolas médicas e o saber científico passa a ser valorizado. A explicação “unicausal” das doenças contribui para a concepção de que bastava tratar os operários quando esses adoecessem.

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

Neste contexto começaram a surgir no século XIX as especializações na medicina, que se elaboraram e permaneceram pelo século XX. Os conhecimentos e formas de trabalho que viriam a caracterizar a Fisioterapia seguiriam na mesma direção da área médica, compartimentalizando as áreas de estudo e campos de atuação profissional. Desta forma no início do século XX o exercício físico e outras maneiras de atuar que caracterizam a Fisioterapia foram desenvolvidos com a preocupação de tratar as pessoas acometidas de disfunções.

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 conseqüências das guerras existiam um grande contingente de indivíduos com lesões, mutilações e incapacidades que necessitavam tratamento. Novaes Junior (2005) afirma que na França já existia faculdade de Fisioterapia em 1927.

O objeto de trabalho e de estudo da Fisioterapia, bem como de toda a “área da saúde”, passou no decorrer da história por diversas oscilações, e foi muito influenciado pelas relações de produção. Porém quase sempre o atendimento e os recursos nesta área foram voltados para o indivíduo doente, mesmo com a superação da teoria da “unicausalidade”, os conhecimentos foram pautados em aspectos, em geral, biológicos. A própria denominação das formas de atuação e da própria profissão (*Fisioterapia*) denuncia esta visão: *Cinesioterapia* (atuação terapêutica por meio de exercício), *Eletroterapia* (eletricidade), *Crioterapia* (frio), etc (REBELATTO e 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. Utiliza-se de instrumentos e condutas representativos de seu saber específico. E como produto final obtém-se a própria prestação de serviço que é oferecida no mesmo momento em que é consumida (MACHADO, 1997 apud 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).

3.2 A Fisioterapia no Brasil

A história da Fisioterapia brasileira iniciou-se antes mesmo da delimitação e criação da profissão em si, surgiu com a chegada da família real portuguesa ao Brasil e criação das primeiras escolas médicas. No século XIX os recursos fisioterapêuticos ainda faziam parte da terapêutica médica. Surgem por volta de 1879 e 1883 o serviço de eletricidade médica e o serviço de hidroterapia, chamado “Casa das Duchas”, no Rio de Janeiro. Em 1884 o médico Arthur Silva participou ativamente da criação do primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul, organizado no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro. O médico Raphael Pentead de Barros fundou o departamento de eletricidade médica, onde futuramente se constituiria a USP, em 1919, e o médico Waldo Rolim de Moraes, em 1929, instalou o Serviço de Fisioterapia do Instituto Radium Arnaldo Vieira de Carvalho (NOVAES JUNIOR, 2005).

Esse início foi marcado por uma forma de atuação sempre dependente dos “médicos da reabilitação”, como eram conhecidos os médicos da época, que atuavam com esses recursos. Direcionada para a Reabilitação, considerava-se a Fisioterapia como sinônimo de uma assistência apenas “reabilitadora”.

Em 1951 foi organizado o primeiro curso para a formação de técnicos em Fisioterapia, no Hospital das Clínicas em São Paulo (USP), com duração de um ano, para formar profissionais que atuassem em reabilitação, os egressos eram chamados 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 após dois anos ministra o curso de técnico em reabilitação. Esses novos profissionais foram absorvidos pelas entidades: Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD), Lar Escola São Francisco e as Casas da Esperança (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999; NOVAES JUNIOR, 2005).

Em 1959, com a Fundação do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), o curso da USP passou para dois anos e em 1964 quando o INAR transmuta-se para Instituto de Reabilitação (IR), são criados os primeiros cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (ANDRADE, BORGES e CAMPO, 2003).

Além desta conjuntura, outros fatores contribuíram para fortalecer a concepção da Fisioterapia, no país, como uma atuação reabilitadora. A incidência de poliomielite na década de 50 atingiu índices alarmantes, contribuindo para um grande contingente de pessoas com seqüelas motoras. Outro fator determinante foi a grande quantidade de trabalhadores lesados pelos acidentes de trabalho e que necessitavam de reabilitação para se reintegrarem ao mercado de trabalho (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

Regulamentada, a profissão de Fisioterapia tem um passado bem recente. Em relação à legislação, existem quatro documentos oficiais que podem ser considerados como “Certidão de Nascimento Oficial da Fisioterapia no Brasil” (PRZYSIEZNY, 1999).

O primeiro documento oficial foi o parecer nº 388/63 do Conselho Federal de Educação. Este documento descrevia a atividade do fisioterapeuta como sendo auxiliar do médico, ou seja, um técnico, não lhe cabendo executar diagnóstico, mas apenas executar tarefas terapêuticas sob orientação e responsabilidade do médico.

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 fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (BRASIL, 1969).

O terceiro documento foi a Lei nº 6.316 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, dispendo sobre o exercício profissional, anuidades, infrações e penalidades (BRASIL, 1975).

O quarto documento oficial foi a Resolução nº 10 de 03 de julho 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 explicita-se que “O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam

assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde” (COFFITO, 1978).

3.3 Fisioterapia e Saúde Coletiva

A ênfase em sua origem e a direção das ações do campo profissional do fisioterapeuta sempre foi para as atividades reabilitadoras. Fundamentalmente, o surgimento da profissão deu-se com o tratamento das pessoas lesadas fisicamente, decorrentes das guerras. Essas circunstâncias favoreceram uma prática voltada à doença, que era adequada para o momento. Desta forma o modelo flexneriano também influenciou o desenvolvimento da profissão no desenvolver de sua história (PRZYSIZNY, 1999).

Na reflexão de Deliberato (2002), o fisioterapeuta além de estar inserido no mesmo contexto dos demais profissionais da saúde com formação direcionada à doença, padece deste infortúnio de forma mais acentuada, já que é visto como “o profissional da reabilitação”, ou seja, atuando exclusivamente no momento em que a doença, lesão ou disfunção já foi estabelecida.

Em sua grande maioria, os fisioterapeutas trabalham em hospitais, clínicas, consultórios, ambulatórios, postos de saúde pública, alguns com plantões nos finais de semana. Todas as atuações citadas seguem um princípio oriundo da formação universitária, ou seja, **uma atuação exclusivamente curativa** (PRZYSIZNY, 1999).

Hoje o fisioterapeuta é um membro da equipe da saúde com sólida formação científica, que atua desenvolvendo ações de prevenção, avaliação,

tratamento e reabilitação, utilizando nessas ações, programas de orientações e promoção da saúde, além de agentes físicos como o movimento, a água, o calor, o frio e a eletricidade (DELIBERATO, 2002).

Barros (2002b) na apresentação do livro “O Fisioterapeuta na Saúde da População” comenta sobre a responsabilidade social do fisioterapeuta, e da necessidade de, nos tempos atuais, se criar condições necessárias para o desenvolvimento da saúde, mais que recuperar e curar pessoas. Os profissionais de saúde precisariam saber mais que curar para transformar a realidade da saúde da população brasileira. Também se refere da seguinte maneira ao PSF:

A participação intensa do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família e em programas e ações similares de cuidados primários em saúde é condição fundamental para a concretização das diretrizes de uma assistência à saúde realmente integral, ao contrário do tradicional modelo medicalizado, fragmentado, hospitalocêntrico e baseado na dependência e exclusão social. O fisioterapeuta é peça fundamental para a conquista e desenvolvimento de uma assistência à saúde da população que se baseia na inclusão social, centrada na comunidade e na participação efetiva desta, na conquista da saúde como instrumento através do qual cidadãos possam realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades, adquirindo a capacidade de mudar seu entorno ou enfrenta-lo. (BARROS, 2002b, p. 8)

São vários os exemplos em que o fisioterapeuta insere-se na agenda da saúde pública. Ora por necessidade da população, ora pela luta da classe em demonstrar sua utilidade, a Fisioterapia vem ao encontro da saúde pública, com seu potencial não só curativo-reabilitador, como também na prevenção, e por que não na promoção da saúde, em ações individualizadas ou coletivas, como pode ser observado pelos relatos no jornal de seu Conselho Federal. Seguem algumas experiências.

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia apurou que o fisioterapeuta deveria estar presente nos quadros da Secretaria, tanto no atendimento à família como na prevenção, além da fase curativa. A prevenção é

realizada em grupos, o fisioterapeuta realiza orientações quanto à postura, preparo para o parto em gestantes, participando também de programas de hanseníase, prevenção de incapacidade, grupos de lombalgia e hipertensão (COFFITO, 1999).

Em Santarém (AM) o fisioterapeuta está presente na Secretaria Municipal de Saúde de forma incipiente, atuando em nível hospitalar, e quando há necessidade de alguma equipe do PSF (Programa de Saúde da Família), o fisioterapeuta trabalha junto à equipe. Na zona rural alguns pacientes que antes necessitavam ser encaminhados à capital, passaram a ser atendidos em suas comunidades (COFFITO, 2000a).

Em Camaragibe (PE) o fisioterapeuta está inserido em duas equipes do PSF, nas regiões mais populosas, e no Núcleo de Reabilitação. A jornada do fisioterapeuta é dividida entre ambulatório e visitas domiciliares. Além do atendimento individual, atua-se em grupos coletivos de prevenção nas Unidades de Saúde da Família (COFFITO, 2001a, b).

A Universidade Federal da Paraíba e a Faculdade de Fisioterapia de Caratinga desenvolvem estágios rurais para seus acadêmicos, inserindo-os na Saúde Pública. Ambos os programas utilizam a metodologia do PSF (COFFITO, 2001c).

No Rio de Janeiro, fisioterapeutas do Instituto Fernandes Figueira (IFF), ligado à Fiocruz, participam do Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (PADI). O programa segue uma orientação multiprofissional, realizando visitas à comunidades dos subúrbios da cidade ou da baixada fluminense. O modelo de atendimento é voltado à criança, buscando-se o envolvimento do profissional com a família-paciente (COFFITO, 2001d).

Audiência Pública em Goiânia no dia 31 de outubro de 2000, ratificou a importância da atuação do fisioterapeuta como profissional essencial na saúde pública, habilitados no diagnóstico de distúrbios cinético-funcionais, na prescrição das condutas fisioterapêuticas, na sua ordenação e indução na clientela até a alta do serviço, devendo também estar presente em programas preventivos e nas pesquisas científicas voltadas para a promoção da saúde do indivíduo e da comunidade (COFFITO, 2001e).

Em Natal (RN), a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a Universidade Potiguar desenvolveram um programa preventivo com um grupo de pacientes diabéticos, mediante condutas voltadas a atividade aeróbica (COFFITO, 2001f).

Em Paracambi (RJ) o fisioterapeuta foi inserido no PSF devido à insistência de uma fisioterapeuta que conseguiu demonstrar às autoridades e à população a importância da inclusão deste profissional no PSF, uma vez que era grande a prevalência de pessoas com seqüelas neurológicas, na maior parte, restritos ao leito, sem acesso aos serviços de saúde (COFFITO, 2002a).

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) em Cascavel (PR) disponibilizou na Residência em Saúde da Família, vagas para fisioterapeutas (COFFITO, 2002b).

Sobral (CE) possuía fisioterapeutas em hospitais e clínicas conveniadas com o SUS, e uma profissional que realizava atendimentos domiciliares quando solicitada pelas equipes de PSF até 2000, quando este profissional foi incluído no PSF. O fisioterapeuta realiza a Escola de Posturas (prevenção e tratamento das algias da coluna), atua em grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos e de hanseníase, além de atendimentos a pacientes com necessidades especiais, como

portadores de seqüelas de AVE, TCE, TRM, amputados, dentre outros distúrbios neurológicos. A Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia por meio de sua especialização também agrega fisioterapeutas, numa formação voltada à atenção básica (COFFITO, 2003a).

Em dezembro de 2000 a presença do fisioterapeuta no PSF foi efetivada em Campos dos Goytacazes (RJ), realizando atendimentos principalmente a indivíduos portadores de distúrbios neurológicos, seguidos pelos traumatológicos funcionais. Contava-se em 2003 com oito fisioterapeutas, onde era realizado trabalho preventivo e em consultório (COFFITO, 2003b).

A inserção do fisioterapeuta no PSF, em Macaé (MG) teve início em 2001, onde desenvolve atividades de educação junto à comunidade e atendimentos nas áreas de Saúde da Criança, da Mulher, do Adulto e do Idoso, além de atendimento a pacientes acamados. Utiliza-se a própria unidade ou locais cedidos pela comunidade, e os atendimentos são realizados individualmente ou em grupos (COFFITO, 2003c).

Em entrevista ao COFFITO em junho de 2003, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, então presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) ao falar da interdisciplinaridade no PSF, defendeu a importância do fisioterapeuta no PSF. Refletiu que essa atuação deveria incluir a Fisioterapia comunitária, com uma abordagem mais integral, de promoção de saúde, trabalhando com a qualidade de vida das pessoas e no internamento domiciliar em situações especiais (ANDRADE, 2003).

No 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Brasília, 2003, ocorreu uma oficina temática com o tema: "Fisioterapeutas e Saúde Coletiva: enfrentando o desafio da integralidade da atenção", nos dias 29 e 30 de julho. A experiência

congregou profissionais fisioterapeutas comprometidos com uma oferta de atenção primária como estratégia para substituir o modelo tradicional de cuidado à saúde (PEREIRA, 2003). Em 2004, no 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em Recife, outra oficina temática deu continuidade às discussões do ano anterior, com o tema: “Fisioterapia e a Cidade: em busca do olhar epidemiológico”. (COFFITO, 2004a). A crescente participação da categoria em tais eventos da Saúde Coletiva demonstra o aumento de interesse por esta área.

Em Balneário Camboriú – SC, a rede pública oferece atendimento de Fisioterapia no Núcleo de Atenção ao Idoso e no Centro de Fisioterapia e Reabilitação. Além do atendimento ambulatorial, os profissionais realizam visitas a pacientes triados pelo PSF, atividades voltadas à prevenção num programa denominado “Agito no Bairro” e com orientações sobre atividades físicas e caminhadas durante o verão (COFFITO, 2004b).

Barros (2002a) traz uma coletânea de vinte experiências da Fisioterapia Comunitária, reunidas pela ocasião do prêmio Fisiobrasil Edição 2001. Os trabalhos apresentados nesta obra demonstram, em todo o Brasil, a necessidade e a capacidade da Fisioterapia preocupar-se também com as questões de saúde da população, inserindo-se em todos os níveis de atenção.

Tonin (2004) realizou uma revisão de literatura sobre a Fisioterapia na Estratégia de Saúde da Família. A autora concluiu que o profissional fisioterapeuta está habilitado a atuar na atenção básica, e que várias conquistas neste âmbito já foram alcançadas. Também discutiu a possibilidade de uma negação da Integralidade e Universalização na atenção básica com a ausência desta categoria profissional.

É perceptível uma tendência à mudança no sentido da integralidade, porém ainda subsiste uma supervalorização da doença, em detrimento da saúde em seu conceito ampliado, como observado no discurso de Yvane Elizabeth Figueira ao COFFITO (2002b). Percebe-se a necessidade de uma atuação mais abrangente por parte do fisioterapeuta, sem, contudo, ultrapassar seu núcleo específico de saber.

É muito difícil encontrar um fisioterapeuta que, em lugar da clínica, pense em ser um educador (...). O fisioterapeuta deve estar ciente que não estará infringindo nenhuma questão legal do exercício da profissão, mas atuando e ajudando a comunidade, sem negligenciar as questões básicas. Temos que nos sentir como integrante da equipe de saúde. O fisioterapeuta precisa entender que vai promover a atenção específica de sua área, mas ao redor estão inseridas outras questões, como doenças endêmicas, por exemplo, tem que conhecer o perfil epidemiológico se deseja agir como agente formador de idéias e ações, enfim como educador e planejador (COFFITO, 2000b).

Campos (2000) assim diferencia núcleo e campo de saberes e práticas: núcleo seria uma aglutinação de conhecimentos e conformação de um determinado padrão concreto, demarcaria a identidade profissional, já campo, seria um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

3.4 O Ensino da Fisioterapia

Até 1969, ano da regulamentação da profissão, existiam seis escolas de reabilitação para a formação de fisioterapeutas no país. Nos doze anos seguintes surgiram quatorze novos cursos e em 1984 o número de cursos subiu para vinte e dois. Anterior à LDB em 1996 já existiam aproximadamente sessenta cursos no Brasil. Em 1998 já se contava com 115 cursos de Fisioterapia no território nacional

chegando a 249 cursos de graduação em Fisioterapia no ano de 2002 de acordo com dados do INEP. Esses cursos eram assim distribuídos: 156 (63 %) na região sudeste, 44 (18 %) no sul, 26 (10 %) no nordeste, 15 (6 %) no centro-oeste e 8 (3 %) na região norte (PEREIRA e ALMEIDA, 2003). Em 2003, participaram do ENADE estudantes de 297 cursos de Fisioterapia, o que indica um número ainda maior de cursos.

Até o final de década de 1990 havia duas propostas curriculares para o ensino da Fisioterapia, estabelecendo o currículo mínimo. A primeira tornada pública pela Portaria Ministerial nº. 511, de 1964, foi elaborada com base no Parecer nº. 388, de 1963. Assinalava que os cursos de Fisioterapia seriam destinados a formar técnicos em Fisioterapia, com duração de três anos letivos, onde seriam ministradas as matérias: Fundamentos de Fisioterapia, Ética e História da Reabilitação, Administração Aplicada, Fisioterapia Geral e Aplicada (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

O segundo currículo foi determinado em 28 de fevereiro de 1983 pela Resolução nº. 4, do então Conselho Federal de Educação, estabelecendo o conteúdo mínimo. Este dividia o currículo de Fisioterapia em quatro ciclos. O primeiro era considerado o Ciclo das Matérias Biológicas (anatomia humana, fisiologia, histologia, bioquímica, biofísica, patologia geral e de órgãos e sistemas). O segundo ciclo era o Ciclo de Matérias de Formação Geral com o desenvolvimento de disciplinas como sociologia, psicologia, antropologia e metodologia da pesquisa científica. Em seguida seria o Ciclo de matérias pré-profissionalizantes, com espaço para disciplinas sobre fundamentos da profissão, estudo dos movimentos do corpo humano, bases e técnicas de avaliação em Fisioterapia e dos diversos recursos terapêuticos. O último ciclo seria o profissionalizante, estabelecendo disciplinas

referidas à aplicação dos recursos fisioterápicos nas diversas áreas de especialidade médica. Também era prevista uma disciplina que discutisse a utilização dos mesmos recursos nas condições sanitárias, criando assim a Fisioterapia Preventiva (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

Percebe-se na elaboração do currículo mínimo da Fisioterapia forte influencia da Educação Médica, e do paradigma flexneriano, com a divisão em ciclo básico e profissionalizante, como apontado por Lampert (2002).

Em 19 de fevereiro de 2002 foram instituídas as Diretrizes Curriculares para o curso de Fisioterapia, pela Resolução nº. CNE/CES 4. Este documento determinou que o egresso/profissional deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Em seu quarto artigo especifica quais são as competências e habilidades gerais que o egresso deve possuir. Traz os “conteúdos” essenciais ao curso, contemplando “ciências biológicas e da saúde”, “ciências sociais e humanas”, “conhecimentos biotecnológicos” e “conhecimentos fisioterapêuticos”. Também garante o desenvolvimento de estágios curriculares sob supervisão docente (BRASIL, 2002).

Quando o aluno se gradua em determinado curso, já apresenta um comportamento profissional e está autorizado a exercer a profissão com seus direitos e responsabilidade. Esta mudança e aquisição da profissão ocorrem devido ao processo de mudanças internas no estudante, dando-se no confronto com as situações, circunstâncias e experiências com que se defronta em todo o processo de formação (PRZYSIEZNY, 1999).

A disciplina de Fisioterapia Preventiva foi incluída no currículo em 1983, Przysiezny (1999) observou, em sua análise da Disciplina nas instituições da região

sul do Brasil, um aumento nas ações de promoção da saúde com amplo entendimento sobre a definição da Fisioterapia Preventiva. Porém Pereira e Almeida (2003) encontraram uma dificuldade na definição dos objetos de estudo da disciplina nas instituições do Paraná.

Pereira e Almeida (2003) ao estudar os cursos de Fisioterapia do Paraná em 2001, evidenciaram que ainda não tinha ocorrido uma verdadeira incorporação na formação acadêmica do conceito ampliado de saúde expresso pela Constituição de 1988. Quando este conceito está presente, isso ocorre de forma teórica, não sendo relacionado com a prática profissional. A maioria das atividades preventivas dos cursos estariam relacionadas a projetos de extensão e atividades extracurriculares.

Capítulo 4

Objetivos

*“Nada há de permanecer, exceto a
mudança.”*

Heráclito

4.1 Objetivo Geral

Analisar a inserção e a prática do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família do município de Londrina, e as adequações da formação universitária a essa atuação.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a inserção, a atuação e o perfil do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família em Londrina.
- Identificar possíveis conflitos e dificuldades enfrentadas pelos fisioterapeutas ao ingressar na Atenção Básica.
- Averiguar a adequação da formação universitária às necessidades exigidas à atuação no Programa Saúde da Família.

Capítulo 5

Metodologia

*“Judo na vida depende de uma
idéia inteligente e de uma decisão
firme”.*
Goethe

5.1 Processo de Investigação: a pesquisa qualitativa

Pesquisa é a atividade básica das Ciências na sua indagação e descoberta da realidade. Atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados. A pesquisa social reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados (MINAYO, 2004).

A pesquisa social apóia-se em dados sociais, ou seja, dados sobre o mundo social, que são o resultado e ao mesmo tempo, são também construídos nos processos de comunicação (BAUER e GASKELL, 2003). Para estes mesmos autores a pesquisa qualitativa evitaria os números, lidando com interpretações das realidades sociais.

A metodologia é aqui entendida como “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade” (MINAYO, 2004, p.22) e como o “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 1994, p.16). Nela se inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. A escolha da metodologia deve ser baseada na natureza do problema estudado.

Dias (1994) reflete que o abrir mão de um pretenso rigor científico em favor do registro, o mais criterioso possível, de uma forma de ver o processo, é justificado na tentativa de que este registro facilite a captação da intimidade e possibilite a identificação dos elementos para a construção de uma teoria ou identidade de um setor na saúde.

Ao tentar definir o que seria ciência, Demo (1995) reflete que é sempre mais fácil definir o que não seria ciência.

O critério de distinção do **senso comum** é o **conhecimento acrítico, imediatista, crédulo**. O homem simples da rua também “sabe” de inflação, mas seu conhecimento é diferente do daquele do economista, que é capaz de elaborar uma teoria da inflação, discutir causas e efeitos. Pode-se colocar no senso comum modos ultrapassados de conhecer fenômenos ou também credices sem base dita científica. [...] O senso comum é, assim, marcado pela falta de profundidade, de rigor lógico, de espírito crítico, mas não possui apenas o lado negativo, a começar por ser o saber comum que organiza o cotidiano da maioria (DEMO, 1995, p.18).

Assim faz-se necessário discutir o que é considerado como realidade para este estudo, uma vez que o autor citado anteriormente refere-se à realidade social como o maior problema da ciência, e não o método, já que aquela não seria evidente e nem coincidente completamente com a idéia que se tem dela. É necessário *a priori* explicitar o que se considera real, pois a realidade social é aqui compreendida como algo a se fazer, um processo.

Segundo Minayo (2004): “a realidade se apresenta como uma totalidade que envolve as mais diferentes áreas de conhecimento e, também, ultrapassa os limites da ciência.” Como então apreender a realidade do trabalho do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família no município de Londrina? Como analisar se a formação do fisioterapeuta está contemplando o que é necessário para este profissional atuar junto à Atenção Básica?

Desta forma delimitou-se o objeto em estudo: “a prática da Fisioterapia em Londrina, no Programa Saúde da Família, e como o perfil necessário para essa atuação esta sendo trabalhado na formação universitária”. Após a definição do objeto, optou-se pelo desenvolvimento de uma metodologia de pesquisa qualitativa, por ser adequada à apreensão e conhecimento das percepções dos atores sociais em questão.

Muitos sociólogos consideram importantes os estudos qualitativos apenas para fins exploratórios, recomendando sempre o uso de questionários estruturados para o que definem como “pesquisa científica”, onde há possibilidade de testes de hipóteses, possibilidades de repetição pela padronização das perguntas, teste de validade e, portanto, certeza de fidedignidade (visão positivista). É como se o refinamento de um instrumento para análise de variáveis solucionasse a questão fundamental do conhecimento da realidade (MINAYO, 2004).

A opção de um método científico tradicional, garantiria uma maior probabilidade de se atingir a neutralidade, objetividade, validade, confiabilidade, poder de generalização dos resultados, comprovação e refutação, indispensáveis para um trabalho rigoroso (DIAS, 1994). No entanto, provavelmente não seria suficiente para a captação da realidade a qual este tipo de estudo se propõe.

Em relação à escolha do método:

É assim meridianamente claro que a utilização de métodos e técnicas não-quantitativas em uma pesquisa não é questão de escolha de alternativa ou de preferência pessoal, são procedimentos simplesmente necessários. (...) a necessidade de usar métodos e técnicas não-quantitativas é consequência da necessidade de captar algo dos aspectos subjetivos da realidade social, e de reconhecer a “dualidade do qualitativo” (PARGA NINA, 1983 apud MINAYO, 2004, p.133).

A pesquisa qualitativa tem assim a importância de compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como no dos movimentos sociais; avaliar as políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina.

Ressalta-se que a pesquisa qualitativa procura uma compreensão possível da realidade e não a explicação única e “verdadeira” dessa realidade, como

se pretende no modelo positivista, de abordagem quantitativa. Acredita-se que existam inúmeras compreensões, provavelmente a mesma quantidade que de pesquisadores interessados na análise de determinada realidade.

5.2 Determinação dos Informantes

A questão da amostra de pesquisa é ponto que mais suscita confrontos entre metodologias quantitativas e qualitativas. A denominação de amostra, já muito consagrada na pesquisa quantitativa, significa uma porção, um pedaço, um fragmento, que é selecionada para demonstrar propriedades da natureza ou qualidade do todo (TURATO, 2003). Deslandes e Assis (2002) discutem com propriedade as diferenças entre as duas metodologias, trazendo suas importâncias, particularidades e complementaridades.

O sujeito de estudo da pesquisa social deve ser considerado: gente, em determinada condição social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica considerar também que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação (MINAYO, 2004). O termo sujeito é tido como o “eu” pensante e atuante, que pode estar na posição (contraditória gramaticalmente) de objeto enquanto participante de quaisquer estudos sobre seres humanos (TURATO, 2003).

A pesquisa qualitativa preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.

Pode-se considerar que uma “amostra” ideal é aquela capaz de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões.

Turato (2003) vai mais além quando menciona que: “não se trata de nos preocuparmos menos ou mais com o problema da generalização, mas simplesmente esta questão não tem sentido de se impor” (p.361). Continua dizendo que a diferença da pesquisa quantitativa é que esta procura ver como o fenômeno se comporta matematicamente numa população; já a pesquisa qualitativa busca interpretar o que as pessoas dizem sobre tal fenômeno, o que fazem ou como lidam com ele.

A investigação qualitativa é tipicamente focada na profundidade, em amostras relativamente pequenas. A lógica e o poder da amostragem proposital situam-se em selecionar casos ricos em informação para estudo em profundidade. Casos ricos em informação são aqueles dos quais pode-se aprender muito sobre assuntos de importância central para os propósitos da investigação. Estes casos produzem discernimento e compreensão em profundidade, em vez de generalizações empíricas (PATTON, 2002 apud CAMARGO, 2004).

Muitos atores sociais podem ser descobertos no decorrer da pesquisa, no efeito de inclusão progressiva no estudo. Porém, certamente, o número de pessoas é menos importante do que a teimosia de enxergar a questão sob várias perspectivas, pontos de vista e de observações (MINAYO, 2004).

Turato (2003) traz três principais metodologias de “amostragem” na pesquisa qualitativa: amostragem por saturação, amostragem por bola-de-neve e amostragem por variedade de tipos. Neste estudo optou-se pela terceira técnica, onde:

[...] um processo de seleção de amostra de sujeitos escolhidos segundo o arbítrio e interesse do pesquisador, cuja resolução no

entanto, embora definida como livre eleição [...], deve vir acompanhada de suas justificativas junto ao projeto. (TURATO, 2003, p. 365).

Apesar da diversidade existente, todos os sujeitos devem encontrar-se reunidos por um critério de homogeneidade fundamental, ou seja, pelo menos uma determinada característica ou variável deve haver em comum a todos os sujeitos, que normalmente é o próprio tema do trabalho. A arbitrariedade tanto na determinação dos sujeitos, quanto no encerramento das entrevistas é sobrepujada “já que o que está em jogo não é a ingênua ambição de abarcar o todo, mas o suficiente para atender à demanda de curiosidade científica” (TURATO, 2003, p. 364).

Foram entrevistados todos os fisioterapeutas que atuam no PSF em Londrina, num total de oito profissionais, buscando reconstruir sua inserção neste serviço de Atenção Básica, e todo seu processo. Destes, sete foram formados pela Universidade Estadual de Londrina – UEL, e um pela Universidade Norte do Paraná – UNOPAR. Três profissionais são concursados pela prefeitura municipal, e os demais contratados por intermédio de uma administradora local de serviços.

Também foram entrevistados os coordenadores e professores dos cursos de Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior (IES) de Londrina: UEL, UNOPAR e UNIFIL. Os coordenadores de curso foram selecionados por acreditar-se que estes tenham mais conhecimento quanto às competências que estão sendo trabalhadas em seus respectivos cursos e o perfil profissional do egresso. Optou-se, também, pelos professores das Disciplinas de Fisioterapia em Saúde Pública e/ou Fisioterapia Preventiva, por serem estas as disciplinas que deveriam manter maiores vínculos com os princípios do SUS e com as práticas dos serviços públicos de saúde, contribuindo para a formação do fisioterapeuta apto a atuar no PSF.

Os docentes foram estudados por seu papel na formação profissional:

“... por representarem não apenas o referencial técnico para os futuros profissionais, mas o modelo de profissional em sentido amplo, transmitindo também valores e representações sociais que influenciam de forma acentuada e duradoura os profissionais, e que se reproduzem entre estes mesmos atores sociais” (CAMARGO, 2004, p 71).

Lampert (2002) ao estudar a formação médica, salienta que a compreensão da maneira como alguém se forma médico (e aqui se pode estender à formação dos profissionais da saúde) vai além de simplesmente conhecer a proposta curricular e os conhecimentos propriamente técnicos, cognitivos e de habilidades. Seria na abordagem da pessoa doente que se identificam um jeito e uma postura que caracterizam o profissional. O aprendizado indireto, que engloba atitudes, valores e padrões de comportamento, é adquirido pelos estudantes como subproduto do contato com instrutores e pares.

5.3 Caminho percorrido: a construção do *corpus* de pesquisa

Inicialmente foi realizada uma ampla pesquisa e revisão bibliográfica, visando à construção de um referencial teórico e marco conceitual. Segundo Minayo (2004), sem a problemática teórica, a pesquisa social degeneraria em pesquisa de opinião e entronização do senso comum. E a ausência de uma investigação da realidade concreta levaria a um simples discurso filosófico ou político.

A palavra “*corpus*” significa simplesmente “corpo”. Bauer e Gaskell (2003) discutem sua representação, nas ciências históricas, como uma coleção de texto, e é aqui entendida como “uma coleção finita de materiais, determinada de antemão pelo analista, com (inevitável) arbitrariedade, e com a qual ele irá trabalhar” (p.44). Essa arbitrariedade é inevitável e não uma questão de conveniência simplesmente.

Os autores descrevem também a necessidade de uma homogeneização dos materiais, desta maneira não se deve misturar texto e imagens em um mesmo *corpus*.

A entrevista semi-estruturada foi o instrumento de apreensão da realidade neste estudo, buscando assim alcançar os objetivos propostos, e construir o *corpus* de análise, composto pelas transcrições dos relatos verbais obtidos das entrevistas.

A entrevista semi-estruturada não deve ser confundida com a entrevista não estruturada (não obstante seu valor), pois a primeira, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as possibilidades para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias ao enriquecimento da investigação (TRIVIÑOS, 1987).

A ordem dos assuntos abordada na entrevista não obedece a uma seqüência rígida, e sim é determinada freqüentemente pelas próprias preocupações e ênfases que os entrevistados fornecem aos assuntos em pauta. A quantidade de material produzido tende a ser maior e com grau de profundidade incomparável em relação ao questionário, pois a aproximação qualitativa permite atingir regiões inacessíveis a simples pergunta e resposta (MINAYO, 2004).

Entende-se aqui a entrevista semi-estruturada como aquela que possui certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses interessantes à pesquisa, e que permite amplo campo de interrogativas decorrentes de novas hipóteses, que surgem à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1987).

Minayo (2004, p.108) assim se reporta à entrevista: “Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um

objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

Palú (2004) cita Pinheiro (1999) ao definir a entrevista como uma prática discursiva entendida como ação, interação situada e contextualizada, “por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade” (p.28).

O roteiro de entrevista visa a apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa. É um instrumento para orientar uma “conversa com finalidade”, que deve ser facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação e conter poucas questões. A formulação das questões obedeceu às seguintes orientações propostas por Schraiber (1995):

- a) cada questão que se levanta, deve fazer parte do delineamento do objeto de modo que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo.
- b) permitir ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la.
- c) contribuir para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatores e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

A entrevista produz uma interpretação que é em geral uma ordenação original de coisas velhas, de experiências, imagens e opiniões guardadas na memória, e essa interpretação é mais ampla do que se pode ter no cotidiano (SCHRAIBER, 1995).

Fez-se um contato prévio por telefone com os informantes, para agendamento do horário e local da entrevista. Esse procedimento de “explicação das regras do jogo” é importante, segundo Schraiber (1995), uma vez que é freqüente o indivíduo esperar por uma pesquisa de curta duração com questionários de rápida aplicação e padronizados, a entrevista semi-estruturada, por sua vez, requer explicações mais detalhadas.

A interação do pesquisador com o entrevistado é tanto inevitável como esperada, e não é só uma forma de entender e captar o outro, mas de se fazer entender também; assim a história de vida e a posição social e científica distintas introduzem linguagens divergentes (SCHRAIBER, 1995). E este envolvimento confere uma qualidade viva ao processo, num caráter de construção permanente do objeto.

As entrevistas foram registradas com dois gravadores, um magnético e um digital. A gravação das entrevistas é recomendada por diversos autores (TRIVIÑOS, 1987; SCHRAIBER, 1995). Este recurso permite contar com todo o material fornecido pelo informante, o que seria impossível por outro meio. Existem algumas críticas à gravação, por ser inibidora para pessoas não acostumadas com o gravador, mas isso é verdadeiro apenas para o início do trabalho, sendo que rapidamente qualquer sujeito faz caso omissivo do aparelho.

O desenvolvimento das entrevistas seguiu uma proposta feita por Palú (2004), onde houve um primeiro momento de conversa informal com os informantes da pesquisa, com fins de descontração e familiarização. Num segundo momento foram explicitados os objetivos da pesquisa, bem como fornecidos esclarecimentos em relação aos aspectos éticos e legais, com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1) e explicação da dinâmica da entrevista (SCHRAIBER, 1995). No terceiro momento realizou-se a entrevista propriamente dita, de acordo com o roteiro de entrevista (APÊNDICES 2 e 3), e em seguida prosseguiu-se o quarto e último momento, onde foi aberto um espaço para considerações e reflexões do informante, finalizando-se com os agradecimentos.

As transcrições foram realizadas por duas pessoas contratadas para tal, com posterior conferência pelo pesquisador, uma vez que o profissional da

transcrição raramente domina o linguajar próprio do segmento técnico investigado, como explicita Schraiber (1995). Esta revisão foi aproveitada para a edição dos textos, com a garantia do anonimato e exclusão de termos e expressões fonéticas como “né”, “ta”, “é”, etc. Optou-se por reproduzir a fala dos entrevistados sem alterações nem correções gramaticais. Para assegurar o anonimato as entrevistas foram designadas por uma codificação, representada por uma letra e seguida de dois numerais, a letra “F” representa os profissionais fisioterapeutas do PSF e a letra “D” os docentes ou coordenadores dos cursos de Fisioterapia.

Foi também utilizado o caderno de campo (TRIVIÑOS, 1987; PALÚ, 2004), onde foram anotadas percepções, observações e análises do pesquisador durante o processo de investigação. Este instrumento auxiliou na interpretação das falas e das percepções dos sujeitos de pesquisa, uma vez que a comunicação não verbal muitas vezes expressava significados mais importantes que o discurso. Nele foram registradas, também, as dificuldades encontradas, contribuições sugeridas, entre outras percepções, comportando-se como um diário de pesquisa.

Foram realizadas quatorze entrevistas, com duração média de quarenta minutos cada entrevista, variando entre vinte e dois minutos e uma hora e quinze minutos, totalizando aproximadamente nove horas e trinta minutos de registros. Após serem transcritas, as entrevistas constituíram um *corpus* com 204 laudas de 35 linhas cada, aproximadamente. Esta coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2005, em local de trabalho dos entrevistados, por escolha dos mesmos. A estratégia utilizada foi a de entrevistar primeiro os profissionais do PSF e em seguida os docentes e coordenadores.

5.4 Roteiro de Entrevista

As questões do roteiro (APÊNDICES 2 e 3) foram previamente elaboradas, visando alcançar os objetivos propostos pela pesquisa, com base em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa. Foram formulados tópicos guias que oferecessem amplo campo de interrogativas e liberdade para o informante se expressar, e o pesquisador interferir com novos questionamentos e inferências que por ventura surgissem no processo (TRIVIÑOS, 1987).

Os roteiros, tanto dos fisioterapeutas atuantes no PSF como dos docentes e coordenadores de curso, iniciavam com questões pessoais visando reconstruir a trajetória profissional dos sujeitos de pesquisa, seus anseios, perspectivas e realizações como profissionais, para assim contextualizar suas atuações atuais. Para os fisioterapeutas do PSF buscou-se também neste momento reconstruir suas trajetórias dentro do serviço público e, conseqüentemente, a organização e desenvolvimento da Fisioterapia no PSF em Londrina.

Após este bloco inicial, outro bloco de questões baseou-se na proposta de Camargo (2004):

- Como você vê a assistência fisioterapêutica hoje?
- Como você vê a assistência fisioterapêutica no futuro?

Com estas questões buscou-se captar as representações do profissional sobre a realidade na qual está inserido, buscando sua avaliação da própria prática profissional e de sua categoria em geral. Também procurou-se perceber as expectativas futuras em relação à profissão, entendendo que o olhar prospectivo denunciaria a “visão de mundo” elaborada pelo sujeito, conscientemente, enquanto imagem-objetivo traçada, a ser perseguida. A assistência foi vista em relação às

quatro dimensões: a profissional, o paciente, as práticas assistenciais e o contexto (social, econômico, político e cultural).

Imagem-objetivo aqui entendida como Mattos (2001) a define:

“usada [...] para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido.” (p.41).

Em seguida, para os professores e coordenadores de curso buscou-se captar como está sendo realizada a formação universitária, em relação às competências trabalhadas na graduação, e as contribuições para a atuação do fisioterapeuta também na Saúde da Família. Procuraram-se representações relacionadas aos aspectos da Integralidade à saúde: promoção, prevenção, curativa e reabilitadora. Já para os profissionais do serviço (PSF) buscou-se por meio de sua experiência pessoal reconhecer competências e perfil necessários ao fisioterapeuta para atuar no serviço.

O último bloco de questões guias tratou especificamente do SUS, avaliando o significado do termo “SUS” para os entrevistados, com todas as suas implicações culturais, políticas e ideológicas. Camargo (2004) reflete que o profissional ao emitir seu ponto de vista sobre o SUS estabelece uma relação com esse conceito, assumindo um posicionamento frente a ele. Objetivou-se reconhecer também como são construídas as relações entre a profissão e a Saúde Coletiva.

5.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, em 07 de dezembro de 2004: Parecer CEP 271/04 (ANEXO 1). Também foram solicitadas autorizações para a pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde de Londrina (APÊNDICE 4) e às respectivas coordenações de cursos das IES (APÊNDICE 5).

As entrevistas foram concedidas voluntariamente, precedidas de esclarecimento quanto aos aspectos éticos e legais, garantindo-se o anonimato, em conformidade com a Resolução CNS 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (CONSELHO, 1996). E somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), pelo pesquisador e entrevistado, em duas vias de igual teor, ficando uma em posse do entrevistado e outra com o pesquisador, a coleta de informações foi realizada.

5.6 Análise dos Dados: análise de conteúdo

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visa inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (RICHARDSON, 1999). Segundo Triviños (1987) ela se presta ao estudo das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências e para o desvendar das ideologias que podem existir e não se apresentar com a devida clareza.

Bardin (1977) divide e organiza a análise de conteúdo em três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na primeira fase, foi realizado o que Bardin (1977) denomina de leitura flutuante e escolha dos documentos, ou seja, a reunião e conferência das informações coletadas. É a fase da organização propriamente dita, determinando assim o *corpus* e permitindo uma reformulação dos objetivos e hipóteses do estudo.

Em seguida caracterizou-se a leitura longitudinal das entrevistas, com a codificação, a classificação e a categorização das mensagens (TRIVIÑOS, 1987). Foi a fase mais exaustiva e até fastidiosa, onde se pode realizar uma nova e mais apurada edição das transcrições, com maior aprofundamento no conteúdo manifesto pelos sujeitos de pesquisa. A codificação correspondeu a uma transformação dos dados brutos do texto, obviamente seguindo regras precisas, transformação essa por meio de recortes, agregação e enumeração, permitindo assim uma representação do conteúdo (BARDIN, 1977). Já a categorização que “se refere a um conjunto que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si” (MINAYO, 1994, p. 70), foi utilizada para estabelecer classificações.

A terceira fase compreendeu o tratamento dos resultados e sua interpretação constituiu-se numa leitura transversal do material já categorizado. Os dados foram assim tratados de uma maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos (BARDIN, 1977). As relações foram estabelecidas com base nas reflexões, na intuição e com embasamento nos materiais empíricos. Triviños (1987) ressalta a importância do pesquisador não deter sua atenção exclusivamente no conteúdo

manifesto dos documentos, e sim aprofundar sua análise tentando desvendar o conteúdo latente que possuem.

Foram analisadas três categorias:

- A Fisioterapia no Programa Saúde da Família em Londrina.
- A Fisioterapia e o Sistema Único de Saúde.
- A Formação do Fisioterapeuta

Capítulo 6

Resultados e Discussão

“Com tempo suficiente, oportunidade suficiente e desejo suficiente, é provável que qualquer habilidade possa ser desenvolvida por qualquer indivíduo”.

Dr. Robert L. Ebel

6.1 Caracterização dos entrevistados

O tempo médio de formação e atuação profissional dos fisioterapeutas que atuam no PSF foi de dez anos e meio, com tempo de formado mínimo de quatro anos e máximo de dezoito anos. Um dos profissionais é do sexo masculino, e as demais do sexo feminino. Apenas um profissional não tem especialização e outro estava realizando especialização em Saúde Coletiva, os outros possuem titulação de especialista, porém em outras áreas diversas da Fisioterapia (Figura 5).

	Sexo	Término graduação	Universidade	Especialização	Área temática
1*	F	1992	UEL	Sim	Hidroterapia Neuropediatria
2*	F	2001	UNOPAR	Sim	Neurofuncional
3*	F	1993	UEL	Sim	Exercício
4*	F	1998	UEL	Não	-
5*	F	1987	UEL	Sim	Deficiência metal
6*	M	1996	UEL	Não	-
7*	F	1994	UEL	Sim	Pneumofuncional
8*	F	1995	UEL	Sim	Pneumofuncional

* Numeração aleatória, não condiz com a codificação presente nas falas dos entrevistados.

Figura 5 -Caracterização da formação dos fisioterapeutas que atuam no Programa Saúde da Família em Londrina, 2005.

No grupo de professores o tempo médio de atuação profissional foi de dezoito anos, variando entre vinte e nove anos e oito anos de formado. Somente um professor era do sexo masculino e os outros cinco do sexo feminino. Cinco docentes foram graduados em instituições públicas (federal e estadual), sendo que os dois docentes com maior tempo de atuação profissional (29 e 26 anos) não foram formados pela UEL. Todos os professores possuíam ao menos especialização, dois tinham a titulação de mestre, uma doutora, e uma (mestre) realizando doutorado. Dos professores responsáveis pela disciplina de Fisioterapia em Saúde Pública, uma única tinha titulação (especialização e mestrado) em Saúde Coletiva, outra estava

realizando especialização em Saúde Coletiva e a terceira tinha especialização em outra área da Fisioterapia (Figura 6).

	Sexo	Término Graduação	Universidade	E	M	D	Área temática	IES atual
1*	F	1995	UEL	x	-	-	Neurofuncional	UniFil
2*	F	1997	UEL	x	-	x	Fisiopatologia em Clínica médica	UniFil
3*	F	1989	UEL	x	x	-	Saúde Coletiva	UEL
4*	F	1976	PUC-CAMP	x	x	-	Educação	UEL
5*	F	1986	UEL	x	-	-	Pediatria Pneumofuncional	UNOPAR
6*	M	1979	UFPe	x	x	-	Bioengenharia	UNOPAR

* Numeração aleatória, não condiz com a codificação presente nas falas dos entrevistados.

E – especialização; M – mestrado; D – doutorado.

Figura 6 - Caracterização da formação e atuação dos docentes entrevistados em Londrina, 2005.

6.2 A Fisioterapia no Programa Saúde da Família em Londrina

6.2.1 Estruturação do Serviço

A inserção da Fisioterapia no Programa Saúde da Família em Londrina ocorreu no início de 2002, aproximadamente um ano após a implantação do programa no município, que contava com sua equipe básica de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Anterior a este período o serviço de Fisioterapia municipal estava centralizado no Serviço de Internação Domiciliar (SID) e no Pronto Atendimento Infantil (PAI), considerando-se apenas os profissionais diretamente vinculados à Secretária Municipal de Saúde (SMS), concursados e celetistas.

No PAI, a atuação fisioterapêutica era voltada às afecções respiratórias oferecida de três formas, ambulatorial, observação e urgência e emergência, sendo realizada por cinco profissionais concursados. Já no SID os cinco fisioterapeutas, celetistas, se dividiam em equipes multiprofissionais compostas também por um médico, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem. A proposta do serviço era de humanizar o atendimento por meio da prestação de cuidados no próprio domicílio, em contato com a família. A atuação da Fisioterapia centrava-se na educação e capacitação da família quanto aos cuidados para com o paciente (COFFITO, 2001g).

Segundo Faro (2004) em abril de 2002 iniciou-se a atividade de Fisioterapia no PSF em Londrina. Quatro profissionais que atuavam no PAI foram realocados, essa necessidade teria surgido devido a uma alta demanda de indivíduos acamados, levantada pelas visitas domiciliares das ESF. Os motivos e justificativas para essa transferência não são consensuais entre os fisioterapeutas entrevistados. Para alguns profissionais essa mudança teria sido “forçada” pela SMS para solucionar o problema dos acamados, já que as ESF não conseguiam absorver essa demanda. Para outros existiam problemas de relacionamento com a equipe no PAI ou, ainda, os próprios fisioterapeutas teriam sentido a necessidade de um melhor aproveitamento junto às equipes do PSF:

[...] começaram a surgir muitas dúvidas com essa equipe que já estava lá, e começaram a surgir casos, muitos pacientes acamados porque quando a proposta do PSF era de prevenção, mas também de acompanhar, os agentes comunitários também começaram a achar esses pacientes acamados, então o que quê aconteceu? Quando eles começaram a achar esse povo se criou uma nova demanda que o pessoal da gerência tinha que resolver, e agora o que nós vamos fazer com o pessoal acamado? Aí foi onde veio e se sugeriu para que saísse dos cinco, quatro fisioterapeutas do PAI, ficasse uma só e os outros iam começar a atuar nas Unidades Básicas de Saúde, e nós, a princípio triamos as unidades, os pacientes acamados, cada unidade tem uma demanda diferenciada

e esses pacientes que a gente foi triando, a gente começou a analisar as unidades que a gente ia dar preferência [...] (F.3.0)

No caso do PSF, o PSF já tinha alguns fisioterapeutas que tinham saído do PAI pela dificuldade de entrosamento com a equipe médica e tinham sido deslocados para o PSF, quatro fisioterapeutas, em fevereiro, em janeiro ou fevereiro mais ou menos, desse mesmo ano que eu entrei, eu entrei em agosto. (F.1.1)

[...] mas com o início do Programa Saúde da Família a demanda abaixou muito no PAI, e daí nós, na época [...] propusemos ao prefeito então, [...] que nós viéssemos pra atuar junto do PSF, isso foi logo no começo do mandato [...] em 2001, só que aí nós só fomos realmente remanejados pro PSF dois anos depois, foi uma luta. (F.4.0)

[...] aí logo em seguida veio essa proposta de entrar pro PSF. Então as pessoas que optaram, saíram do PAI pra fazer PSF. (F.6.0)

Já em Curitiba a incorporação de vinte fisioterapeutas na Atenção Básica, por meio de concurso público em dezembro de 2001, teve como prioridade inicial a avaliação de todos os usuários de tratamento fisioterapêutico em clínicas credenciadas ao SUS, bem como os que estavam em espera de vagas (TESSEROLLI, 2003).

Criado o serviço observou-se a necessidade de aumentar o número de profissionais atuando junto às equipes. Desta forma em agosto de 2002 foi aberto processo seletivo com conseqüente contratação de duas profissionais para atuar no PSF. Nenhuma das novas fisioterapeutas tinha experiência em atenção básica, sendo que apenas uma já atuava no serviço público, no ambulatório do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR), serviço esse, de nível secundário. Com a valorização da estratégia foram incorporados ao PSF mais duas fisioterapeutas em setembro de 2003, estas advindas do SID (Sistema de Internação Domiciliar). Em 2005 ingressou no serviço uma fisioterapeuta, que inicialmente, cobriria a licença de uma profissional concursada em afastamento, mas que acabou sendo contratada.

[...] ía ter essa seleção para o Programa Saúde da Família, no início ela nem falou o que era, ela falou que era uma seleção para um trabalho na saúde pública, não falou o que era, se era internação domiciliar, Programa da Saúde da Família, o Programa Saúde da Família estava começando com fisioterapeutas, aí a gente fez a entrevista e no caso daí foi colocado o que era o Programa Saúde da Família, eu nem conhecia, eu não sabia falar nada sobre o Programa Saúde da Família, aí foi quando eu passei na entrevista e já comecei, isso já foi em outubro de 2002, aí que eu fui assim, começar mesmo a me interar mesmo na saúde pública, que até então eu não tinha muita noção do que era um posto de saúde, eu comecei a entrar na realidade. (F.2.1)

Até que em setembro de 2003, teve toda uma remodelação, vamos dizer assim, um remodelamento na saúde pública e até várias coisas que aconteceram que a gente saiu [...], nós saímos da internação domiciliar e entramos no PSF. Que no PSF só tinha fisioterapeutas que eram mesmo funcionários públicos, [...] nós saímos da internação domiciliar para ir para o PSF. (F.5.1)

O início das atividades foi dificultado por uma falta de organização estratégica do serviço e pela falta de experiência em atenção básica. Inexperiência essa, não apenas dos fisioterapeutas envolvidos no processo, como também da própria categoria profissional. Existia uma escassez de experiências e diretrizes na literatura sobre a atuação da Fisioterapia no PSF. A escassez de informações sobre a atuação da Fisioterapia no PSF também foi relatada por Tesserolli (2003) em Curitiba. A demanda existia, o serviço foi criado, mas não se sistematizou qual seria o papel do fisioterapeuta, qual sua forma de atuação, cabendo ao profissional adaptar-se à realidade de cada unidade. Assim os seis fisioterapeutas inicialmente, e em seguida os oito, dividiram-se entre as UBS das regiões norte, leste, oeste, centro e zona rural, sendo que a região sul era campo de estágios dos alunos de graduação em Fisioterapia de uma instituição particular da cidade.

Então, como eu estava te falando, quando o profissional ele foi inserido no PSF aqui em Londrina, um fisioterapeuta, ele não tinha serviço pra fazer, ele não tinha sala pra se alocar, ele não tinha o referencial, ele foi criando algum tipo de trabalho, como ele foi encontrando, de acordo como ele foi encontrando facilidades na unidade onde ele estava. Então se tinha uma unidade onde ele conseguia bem um carro, bem, ele conseguia desenvolver um trabalho com visitas. Se não tinha um carro ele teve que desenvolver um outro trabalho. E isso se diluiu no sistema. (F.8.1)

Não, não teve nada. A gente teve que se adequar, teve que conhecer o espaço, teve que ver no que a gente poderia trabalhar, a gente teve que encontrar o nosso caminho, mais ou menos isso. Ninguém nos mostrou o nosso caminho, a gente teve que encontrar nosso caminho. Até hoje. (F.5.1)

Bom, eu acho que como a maior parte, agora não tanto, mas como quase tudo na fisioterapia, você não tem nem muita bibliografia, a gente não conseguia nem muita coisa, nós conseguimos pouquíssimo material, nós buscamos em livros, nós buscamos na Internet, alguns programas tentamos buscar, o Nordeste já estava na nossa frente, o Nordeste já tinha alguma coisa, [...] eu acho que assim como um processo de capacitação é de crescimento mesmo, a gente buscou material, a gente leu, a gente viu e foi uma coisa bem interligada porque você tinha uma população, você tinha uma demanda, aí você começava a analisar o que o Ministério preconiza como saúde pública, como eu posso encaixar a fisioterapia na saúde pública pelo o que o Ministério preconiza? Porque a princípio quando nós fomos chamados, nós fomos chamados apenas pra resolver a problemática do acamado [...] (F.3.0)

Um reflexo da não sistematização no momento de criação deste serviço pode ser observado na seguinte fala:

[...] quando nós chegamos na rede a reação do pessoal do posto de saúde [funcionários], a primeira coisa “nossa que bom, veio fisioterapeuta pra cuidar de nós”, foi as primeiras palavras que eles usaram. (F.1.1)

Na fala anterior se observa uma necessidade por cuidados sentida pelos próprios funcionários das unidades, demonstrando uma fragilidade nas condições de trabalho. Em parte também se observa um não entendimento da inserção da Fisioterapia no PSF por parte dos funcionários das próprias UBS, que pode ser explicado, em parte, pela pouca definição do objeto de trabalho desse profissional. Apesar de a atuação ter sido centrada na problemática do acamado, aos poucos, as possibilidades aumentaram. Cada fisioterapeuta ficou responsável em média por cinco UBS, acompanhando cada unidade em um dia da semana, seis horas diárias. O fisioterapeuta realizaria atividade em uma equipe por dia, como em cada UBS poderia haver até três ESF, em unidades maiores o fisioterapeuta retornaria à mesma ESF somente após três semanas da última visita. No estudo de Tesserolli

(2003), os fisioterapeutas de Curitiba também eram responsáveis por um grande número de Unidades de Saúde, permanecendo em média oito horas semanais em cada uma, um dia na semana.

A dificuldade de tempo para o acompanhamento dos pacientes aliada às características de cada realidade determinou a configuração das áreas de atuação junto às ESF:

[...] o grande problema era o seguinte: a enfermagem ia pra casa do paciente e não sabia se um paciente com seqüela de AVC você mandava apertar bolinhas, se você não mandava apertar bolinhas, se você botava o joelho dobrado, se não botava esticado, então sem saber se virava de lado, pro lado ruim ou pro lado bom. Então isso era um grande desespero pra enfermagem então quando eles vieram pra nós falaram assim: 'o que quê a gente faz com esse paciente? Qual a melhor orientação pra dar pra esse paciente?' E para aquele paciente acamado de longa data sem prognóstico de reabilitação, esse prognóstico é aquele que você sabe que investindo em fisioterapia você ia conseguir recuperar alguma função, que é, a grosso modo, a grande maioria dos acamados que foram levantados, você indo, tendo um bom cuidador no domicílio, você orientando aqueles cuidados básicos, você consegue atingir um objetivo até satisfatório. (F.8.1)

A atuação centrou-se no acompanhamento dos pacientes acamados, com orientação ao cuidador, para que este fosse responsável pelo acompanhamento do paciente. Aliada a essa dificuldade de definição do objeto de trabalho e pouca estrutura disponibilizada ao fisioterapeuta, encontra-se a visão trazida da formação e da prática profissional centrada na doença e na abordagem curativa e a falta de capacitação para atuar no novo modelo, abordadas por autores como Aguiar (2005), Gava (2004), Rebelatto e Botomé (1999), Przysiezny (1999), Moser (1997) entre outros.

Mas a maior dificuldade foi assim, essa avaliação em todos os pacientes, nós iniciamos com os acamados, porque passaram uma lista enorme de acamados pra gente, pra gente passar avaliando cada um pra ver quais os que teriam a prioridade no atendimento. E é complicado porque você vê que muitos precisam e você tem que escolher alguns pra estar iniciando. Mas a dificuldade também foi de que você não estava tratando, você não estava cuidando, você como profissional com o paciente; você tinha que orientar a família, você

tinha que fazer uma terapia, mostrar o básico do básico, mostrar pra alguém da família pra que essa pessoa assumisse, entendesse alguns exercícios e pudesse passar pro paciente. (F.6.0)

[...] porque nós não éramos respeitados pelos nossos amigos e nem temos espaço dentro da UBS pra trabalhar, nem sala não tem. (F.1.1)

Quanto à capacitação dos primeiros fisioterapeutas transferidos do PAI, estes acompanharam os profissionais do SID, em visitas domiciliares, para verificar a abordagem no domicílio. Os profissionais que ingressaram depois acompanharam os atendimentos já desenvolvidos pela equipe de fisioterapeutas do PSF durante curto período.

[...] quando nós estávamos no PAI pra passar pro PSF nós acompanhamos alguns terapeutas, que estavam no sistema de internação domiciliar, então eles levavam a gente até a casa, mostravam como que era a abordagem, [...] então essa foi a nossa passagem do PAI pro PSF. (F.6.0)

[...] tinha já três fisioterapeutas trabalhando no Programa Saúde da Família que são fisioterapeutas da rede e então ela que acabou passando mais pra mim, [...] passando como é o serviço da fisioterapia em uma semana, e o que eu fiquei com ela nos postos que ela trabalhava, ela foi me passando alguma coisa, mas nada muito profundo. (F.2.1)

Também houve alguns treinamentos, não específicos à Fisioterapia, palestras sobre doenças diversas, entre outras, disponibilizadas pela SMS a todos os profissionais, porém essas atividades diminuíram. Segundo Tesserolli (2003), os fisioterapeutas de Curitiba também não receberam treinamento direcionado ao PSF. Também ocorreram treinamentos voltados a programas específicos, como é o caso do programa de asma.

O que tem, o que a gente não pode reclamar da rede, por exemplo no ano que eu entrei, pelo menos uma vez por semana tinha palestras sobre patologias cardíacas, ginecológicas, pediátricas, endemias, então tinha assim, eu tive mais de, vamos falar, uns 30 treinamentos no primeiro ano, hoje ainda tem, mas tá um pouco mais parado [...]. (F.1.1)

[...] assistindo as palestras sobre o programa da asma, os treinamentos sobre asma, bebê chiador [...]. (F.7.1)

Com a resolução da demanda inicial dos acamados, onde todos os pacientes listados pelas unidades receberam visita e orientação fisioterapêutica ocorreu uma reestruturação do serviço de Fisioterapia. Novas demandas foram surgindo e novas frentes de atuação foram instituídas.

[...] esses acamados que tinha sido essa demanda, ela já tinha sido vista, ela já tinha sido coberta no seguinte tipo: todo acamado que tinha sido listado, [...] todos esses acamados eles já receberam pelo menos uma visita do fisioterapeuta. E qual o objetivo dessa visita do fisioterapeuta? Você não vai lá pra realizar uma terapia, porque você está lá uma vez por semana. (F.8.1)

A demanda pediátrica passou a ser abordada, os fisioterapeutas passaram a atuar no programa de asma do município – “Respira Londrina” – juntamente com o bebê chiador. Criou-se o programa “Cuidando do Cidadão”, com a proposta de realizar ginástica laboral com os funcionários das UBS, preocupando-se com a saúde do trabalhador e iniciou-se a atuação em grupos de terceira idade, diabéticos e hipertensos, numa busca pela prevenção de agravos e promoção da saúde.

6.2.2 Atuação do Fisioterapeuta

Atualmente com 39 Unidades Básicas de Saúde na zona urbana e 13 na zona rural os oito fisioterapeutas se dividem para atuar em todas as UBS urbanas e em duas maiores na rural: Lerroville e Guaravera. A atuação dos profissionais ainda ocorre apenas um dia na semana por UBS, num período de seis horas. As atividades são desenvolvidas nos domicílios e nas unidades, nas quais normalmente não há um espaço destinado à Fisioterapia nem recursos materiais para sua atuação. Também em Curitiba uma das dificuldades percebidas pelos fisioterapeutas

foi a falta de recursos materiais e espaço físico adequado (TESSEROLLI, 2003). Pereira et al (2004), ao analisar a inserção do fisioterapeuta no PSF em Sobral – CE discutiram que a cinesioterapia e as terapias manuais foram, às vezes, os únicos recursos disponibilizados a este profissional.

Cada unidade tem dinâmica e demandas próprias, assim as atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas variam com cada realidade. Em linhas gerais o trabalho se divide entre o atendimento ao bebê chiador dentro da UBS, visitas domiciliares, grupos de alongamentos para terceira idade, hipertensos e diabéticos e atendimento individual.

[...] então a gente vai um dia da semana em cada Unidade Básica de Saúde [...] e hoje eu tenho assim, porque cada unidade é uma realidade [...]. (F.3.0)

O fisioterapeuta entra dentro da unidade uma vez por semana, então ele já tem uma agenda quilométrica, [...]. (F.1.1)

O atendimento foi direcionado à parte respiratória até pelo comprometimento de vida que pode acarretar. Voltou-se preferencialmente ao bebê chiador (asmático) pela necessidade surgida com a criação do programa municipal de asma e pela satisfação com os resultados encontrados, apesar de um atendimento semanal, já que o atendimento à criança asmática deveria ter uma frequência média semanal de três vezes (PAYNO, 1999 apud AGUIAR, 2005). As atividades desenvolvidas não requeriam grandes recursos, além do atendimento fisioterapêutico que vise a desobstrução brônquica, seriam realizadas atividades educativas e de orientação quanto à hidratação oral, higiene e controle ambiental. Pereira et al (2004) discutem que entre as atribuições do fisioterapeuta no PSF estaria a atuação junto a grupos de asma, com caráter educativo/informativo e higiene brônquica. Em algumas unidades o profissional realiza apenas este tipo de atendimento, que tem uma duração média de vinte minutos.

[...] sendo que a gente ensina alguma coisa, hidratação oral, limpeza brônquica, assim nasal, aspiração, só pro paciente poder dar uma aliviada, aspiração nasal, aquele aspiradorzinho Dalila [marca comercial de aspirador nasal], aquela coisinha simplesinha que tem na farmácia, nada de aspirador de sonda, nada disso, e ensinar a limpar, a higienizar a criança porque as mães não sabem nem isso, a população é muito carente. (F.1.1)

Então aí a gente acabou chegando à conclusão de que esta prioridade é a parte respiratória, porque as outras diretamente não acabam comprometendo a vida da pessoa. Mas a parte respiratória compromete, por isso que a gente acabou optando por essa prioridade. Então a gente acabou, está atendendo mais a parte respiratória, então, asma, o bebê chiador. (F.5.1)

[...] hoje nós já estamos com um programa específico de bebê chiador e isso a gente não demanda de tanto recurso porque nas unidades básicas nós não temos recurso, então a gente usa o que a gente tem lá na unidade básica, que é soro, seringa, aspirador e o profissional. (F.3.0)

A gente já estava na unidade trabalhando com bebê chiador. [...] é um trabalho que a gente está conseguindo escrever, que a gente está conseguindo se frustrar menos com ele, e está conseguindo ajudar a população. A gente atende quinze, dezessete, vinte crianças numa manhã, em seis horas, dentro da unidade, dentro desse programa. Então foi uma coisa que puxa, apareceu. E começou a ter reconhecimento, que as mães começaram a elogiar, as crianças começaram a deixar de internar, a demanda do PAI baixou assustadoramente, [...]. (F.8.1)

O programa de asma abrange além do bebê chiador (0 a 2 anos) o trabalho com grupo infantil (2 a 12 anos) e adulto (maior de 12 anos). Em Curitiba o atendimento a indivíduos com infecções respiratórias e alergias restringe-se aos 14 anos (TESSEROLLI, 2003). Naqueles grupos realizam-se orientações quanto à fisiopatologia da asma, controle ambiental, controle de crise, exercícios respiratórios e acompanhamento com medidas de peak-flow (pico de fluxo expiratório).

[...] a gente que faz a reunião e fala um pouquinho sobre a asma e daí a gente vai passando os exercícios fisioterápicos, eu começo com reeducação diafragmática, e aos pouquinhos em cada reunião a gente vai acrescentando alguma coisa para eles, até pra estar acompanhando a evolução mesmo, [...] a gente faz o peak-flow, na primeira e na última reunião pra avaliar a melhora e assim vai. (F.2.1)

As visitas domiciliares são realizadas após uma triagem prévia dos ACS.

Com a superação da demanda inicial dos acamados e devido à impossibilidade de

acompanhamento mais próximo de todos os casos a prioridade foi dada aos indivíduos com patologias mais recentes e agudas. Para Freitas (2002) os pacientes prioritários para o atendimento domiciliar deveriam ser os indivíduos com acometimentos recentes que possuam melhor prognóstico e os indivíduos que representem a força ativa de trabalho de suas famílias. Àqueles pacientes com seqüelas mais crônicas, cujo prognóstico de reabilitação não é muito favorável, são dadas orientações aos cuidadores quanto ao melhor posicionamento, exercícios respiratórios e motores visando o bem-estar do indivíduo.

Campos (2003) alerta para a necessidade de uma clínica ampliada, uma clínica do sujeito que deve ir de encontro a clínica oficial cujo comportamento é alienado, atendendo os casos de forma padronizada, quase independente da gravidade e das necessidades de cada paciente. O autor discute que uma clínica de qualidade somente será possível quando se conseguir avaliar riscos e, em decorrência, concentrar-se a atenção em famílias e pessoas com maior vulnerabilidade. A saída para a contraposição entre a demanda infinita e a finitude de recursos seria envolver os pacientes, famílias e comunidade na produção de saúde. Dever-se ia estimular o autocuidado, por meio da educação em saúde, aumentando assim a capacidade de as pessoas serem terapeutas de si mesmas.

Os pacientes com melhor prognóstico têm um acompanhamento mais próximo.

A gente vai visitar nas casas pacientes em fase aguda, aqueles pacientes acamados antigos a gente visita ocasionalmente numa necessidade, mas hoje a gente visita pacientes mais em fase aguda, chegou do hospital agora, acabou de ter um AVC [acidente vascular cerebral], aí a gente vai acompanhando até conseguir que ele esteja em uma situação melhor e consiga mandar para o ambulatório [...].
(F.3.0)

As visitas domiciliares da Fisioterapia devem ter uma abordagem familiar, e não centrada no indivíduo doente, envolvendo assim todos os membros da família (VERÁS et al, 2004).

Os casos mais atendidos são seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE), traumatismo crânio encefálico (TCE), fraturas decorrentes de acidentes motociclísticos ou quedas em idosos, doenças respiratórias e problemas pediátricos como atraso no desenvolvimento, torcicolo e pé torto congênitos. Desta maneira, apesar de, a grande maioria do atendimento, ser voltado à parte respiratória o fisioterapeuta no PSF desenvolve atendimentos também na área motora e neurológica, bem como em alguns casos, menos freqüentes, como em queimaduras, paralisias faciais periféricas e síndromes mais raras.

É osteosíntese de quadril, idoso que cai e quebra o quadrilzinho, é então isso já é arroz com feijão, acidente de moto, tibia e a fíbula fraturada, é TCE por causa do acidente de moto, é AVE, que mais? E as patologias respiratórias, um enfisema grave que tá deitado, a bronquite, aquele 'PCzinho' complicado [...]. (F.1.1)

[...] o PSF é basicamente assim, AVC, então a parte motora, que trabalha com alongamento, [...] e respiratório também, pneumonia, que são casos mais agudos ali, que faz uma terapia mais intensa ali na hora e melhora, principalmente o respiratório. [...] Um caso ou outro que às vezes aparece, que são casos mais diferentes, a gente está sempre entrando em contato, eu converso com as outras fisio, quando é um caso que saí um pouco do meu, do meu alcance, eu estou sempre conversando com elas, mas é bem raro. (F.2.1)

Já em unidades menores a atuação do fisioterapeuta torna-se mais generalista:

[...] em uma unidade pequena eu acabo vendo coluna, fratura, é até prolapso de bexiga, na unidade pequena você acaba vendo de tudo, [...] atraso de desenvolvimento motor, torcicolo congênito [...]. (F.3.0)

A Fisioterapia no PSF em Londrina também atua em grupos de terceira idade, diabéticos e hipertensos. Por meio de atividades como alongamentos e caminhadas procura-se melhorar a qualidade de vida da população e prevenir agravos à saúde. A atividade física busca também auxiliar no controle glicêmico e da

pressão arterial. Apesar da importância dessas atividades, não são realizadas em todas as UBS. Fernandes (2002) relata uma experiência vivenciada em Natal – RN, onde a Fisioterapia atua junto à população diabética, controlando níveis glicêmicos por meio de exercícios aeróbicos e aquáticos. A mesma autora ressalta a importância da atuação na prevenção de neuropatias periféricas e na promoção do bem estar por intermédio de atividades de lazer e recreação. Em Belo Horizonte, acadêmicos de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) participam de atividades educativas com grupos de diabéticos e hipertensos, neste último, realiza também atividades aeróbicas, como caminhadas monitoradas (SAMPAIO, 2002).

Outra atividade preventiva desenvolvida foi a elaboração de um programa de Ginástica Laboral para os funcionários das unidades de saúde. Foi feita uma filmagem com quatro séries de exercícios físicos para cada dia da semana. O intuito seria realizar uma pausa nas atividades diárias da unidade para a realização de atividades físicas, contando-se com a colaboração de funcionários da própria UBS, muitos destes, com formação em educação física, mas que desempenham outra função. De acordo com Pereira et al (2004, p.99), também faz parte das atribuições do fisioterapeuta na ESF atenção à saúde do trabalhador: “*Orientar sobre as doenças osteoarticulares, doenças relacionados ao trabalho e doenças sistêmicas (...)*”. No início do trabalho dos fisioterapeutas no PSF em Curitiba também eram realizadas pausas durante as atividades das unidades para realização de exercícios de alongamento (TESSEROLLI, 2003).

Ainda na área da promoção da saúde do trabalhador foi realizado um levantamento junto às equipes de saúde bucal. Por meio de palestras e orientações posturais procurou-se intervir nas posturas laborativas daqueles profissionais. Por

outro lado, na percepção de alguns fisioterapeutas, não se realiza um trabalho de prevenção no PSF por não existir condições para isso.

As maiores dificuldades relatadas pelos fisioterapeutas se referem à falta de estrutura para sua atuação. Essa falta de estrutura é expressa pelo número insuficiente de profissionais para a demanda, a inexistência de recursos terapêuticos como aparelhagem e mesmo ambiente físico adequado, dificuldades essas também encontradas nos estudos de Tesserolli (2003) em Curitiba e Almeida (2004) em Cascavel. A atenção ao acamado, pautada na orientação, esbarra num problema ético quando se reconhece a necessidade de uma atuação mais específica e sua impossibilidade de realização, sendo impossível transferir a responsabilidade terapêutica a uma pessoa leiga:

Mas já sabemos que existe o problema ético do fisioterapeuta. Tem coisa que você não pode orientar, você não vai formar um fisioterapeuta no domicílio. Você pode orientar alguém a posicionar o paciente, a alongar uma perna, você não tem como ensinar uma técnica de quebra de padrão, você não tem como... um alongamento ativo, ou uma outra técnica, é sua, é do seu conhecimento profissional. E se você fizesse isso, você estaria dizendo: 'não sou necessário, você pode fazer por mim, você que é leigo pode fazer por mim'. E aí eu acho que a fisioterapia descambou. Porque entendeu-se então que fisioterapia era só ensinar a esticar e dobrar o joelho do Seu João e pronto, e qualquer um pode fazer isso. E o próprio profissional deu a entender isso. (F.8.1)

De acordo com legislação própria a atividade fisioterapêutica é exclusiva deste profissional (BRASIL, 1969). Essa característica do atendimento dependente do cuidador, transferindo muito de responsabilidade para o mesmo, traz outras dificuldades, por exemplo, quando não se encontra uma pessoa disponível para essa função.

E isso assim, primeiro que é uma pessoa leiga, ela tem medo de fazer, e muitas vezes não tem vontade pra fazer. A dificuldade maior hoje que a gente encontra é de conseguir o cuidador, porque geralmente a pessoa que, é a que mais assume compromisso na casa, que cuida já do paciente, que limpa a casa, que faz a comida e tem mais uma coisa pra gente estar cobrando dela. Então,

geralmente a dificuldade é esse cuidador. A boa vontade de um cuidador. (F.6.0)

A ausência de um local fixo de trabalho é mais uma característica desta prática fisioterapêutica, ao mesmo tempo em que exige do fisioterapeuta uma capacidade de adaptação grande, também dificulta a criação de vínculo. Para Pereira et al (2004) o fisioterapeuta inserido nas ESF deveria criar vínculos com a comunidade. Tesserolli (2003) também encontrou a mesma dificuldade explicada também pela dinâmica de trabalho, onde o profissional passa apenas oito horas semanais em cada unidade. O profissional precisa estar atento às características de cada equipe profissional, cada estrutura organizacional e processo de trabalho.

E outra coisa, que cada dia é uma realidade diferente. Quando você tem um local de trabalho você vai se adequando àquele local, e vai se encaixando, as pessoas vão te conhecendo, vão sabendo como é seu método de trabalho, e você vai se encaixando. No PSF não. (F.5.1)

Quanto ao trabalho em equipe, apesar de ser considerado de grande importância pelos fisioterapeutas, existem grandes dificuldades em se concretizar. Ora por falta de tempo, ora por falta de interesse pelo diálogo, esta dimensão do trabalho no PSF, que deveria ser pautado na multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, fica comprometida. Quando presente o diálogo é pontual não representando uma característica presente no processo. Até mesmo a interação entre os fisioterapeutas é difícil, embora se procure realizar reuniões mensais, existe um agravante nesta relação, a diferença salarial, pois os profissionais concursados ganham em média duas vezes o valor que os demais.

[...] hoje o nosso relacionamento com a equipe multiprofissional é pequeno não por causa da inflexibilidade dos profissionais, é pequeno porque nós não temos tempo pra conversar. (F.1.1)

Em Sobral – CE, o trabalho multiprofissional e por vezes interdisciplinar é um dos pontos relevantes da inserção do fisioterapeuta no PSF (PEREIRA et al,

2004). A dificuldade de intercâmbio entre os profissionais da saúde na ESF também foi observada por Tesserolli (2004) em Curitiba, onde o processo de trabalho e a carga horária semanal do fisioterapeuta são semelhantes aos de Londrina, mas a autora conclui que o relacionamento dos demais profissionais com o fisioterapeuta está melhorando.

A Fisioterapia não possui uma diretoria ou chefia própria, está subordinada diretamente à Diretoria de Ações em Saúde (DAS). A falta de organização e de protocolos pode ser responsabilizada, em parte, pela não uniformização nas ações fisioterapêuticas. Foram criados alguns protocolos, como da atenção ao hipertenso e diabético em grupos, visita domiciliar ao acamado, grupo asma infantil e adulto, bebê chiador e atendimento individual às demandas neurológicas e ortopédicas pediátricas, mas cada profissional tem a liberdade de priorizar suas ações de acordo com a necessidade da UBS em que atue.

No entanto é importante ressaltar a necessidade de a atenção ser individualizada, uma vez que a adoção de protocolos pode aumentar o grau de alienação dos agentes de saúde em relação aos sujeitos concretos que dependem do cuidado. Alienação, afastamento, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da seqüência automática de procedimentos não podem superar o conceito de sujeito, de construção social da saúde (CAMPOS, 2003).

A atuação realmente necessita estar voltada às particularidades locais, porém não se exclui a necessidade de padronizações de algumas condutas.

Então é assim, você acaba ficando completamente perdido dentro do sistema. Você acaba atendendo algumas coisas que você considera mais importante, dentro do teu ponto de vista, do teu ponto de vista pessoal, você não cria um protocolo, não cria um sistema, não padroniza o serviço e não consegue colher resultados dele. (F.8.1)

Não obstante às dificuldades encontradas e à frustração dos profissionais, diante das dificuldades de percurso, persiste um otimismo em relação a esta atuação. Resultados existem, em especial em atividades em que o fisioterapeuta consegue dar continuidade e maior atenção.

[...] os resultados têm sido muito bons, muito bons, muito positivos. (F.4.0)

E eu acho hoje, que se você perguntar pra mim, então o que você acha uma vez por semana esse atendimento? 'É ridículo' Já falei isso pra chefia. Eu falei: 'Oh, do ponto de vista fisioterapêutico, eu como profissional, dizer pra você que estou lá uma vez por semana na unidade, estou fazendo fisioterapia, eu estou mentindo. É besteira! Eu estou lá apagando fogo.' [...] hoje eu posso dizer que eu sou apaixonada pelo serviço e extremamente frustrada, extremamente infeliz com a realidade, como ela é hoje; insatisfeita com essa realidade. (F.8.1)

Aproveitando os programas do Ministério da Saúde o fisioterapeuta poderia ter sua atuação estendida, como percebem muitos dos profissionais de Londrina, em alguns exemplos citados. Na atenção à saúde da mulher, poderia atuar com gestantes no preparo para o parto, prevenindo lombalgias e promovendo fortalecimento perineal. Na saúde da criança, trabalhar com orientação e acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor na puericultura. Na atenção ao diabético, realizar prevenção de deformidades e lesões juntamente com a atividade física, coadjuvante na manutenção de níveis glicêmicos. Atenção ao hipertenso, buscar prevenir complicações como AVE. Além de programas preconizados como hanseníase e tuberculose cuja atuação fisioterapêutica também é conhecida.

De acordo com a literatura, atividades individuais e coletivas são realizadas pelo fisioterapeuta nos diferentes ciclos de vida da população. Educação postural e escolas de posturas, educação no trânsito, grupos temáticos (hanseníase, gestantes, asma, hipertensos, diabéticos, obesidade, tuberculose, entre outros). Na

saúde da criança, a partir do nascimento, acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor, e saúde do escolar. Na saúde do adulto, orientando e tratando às diversas doenças que acometem a cinética corporal, bem como na saúde do trabalhador. Na saúde do idoso, promovendo melhor qualidade de vida, bem estar e auto-estima. Na saúde da mulher, desde o período gestacional até o climatério (PEREIRA et al, 2004; TESSEROLLI, 2003; ALMEIDA, 2004).

6.2.3 Perfil Profissional

O fisioterapeuta para atuar no Programa Saúde da Família deve possuir algumas características pessoais e profissionais que o diferenciem. O perfil tratado neste bloco foi construído em cima das percepções dos fisioterapeutas que atuam no PSF em Londrina, representa desta forma, as necessidades sentidas e vivenciadas por indivíduos específicos, numa realidade determinada. Porém, em linhas gerais, são características, habilidades e conhecimentos necessários que podem ser generalizados a outras situações.

Documentos do Ministério da Saúde atentam para a necessidade de um perfil diferenciado do profissional para atuar na Saúde da Família, quando dispõe que na contratação deve-se atentar à identificação de indivíduos com postura profissional de respeito e compromisso com a ESF e com as pessoas da comunidade (BRASIL, 2000). Duarte et al (2005) consideram como maior desafio à consolidação da Saúde da Família o encontro de profissionais capazes desse comprometimento.

Formação generalista

O profissional deve ter uma base sólida em todas as áreas de conhecimento da Fisioterapia, sem a necessidade de especializar-se em um campo específico. A grande diversidade de situações em que se afronta lhe exige um conhecimento amplo, deve estar preparado para enfrentar circunstâncias que nem sempre são de sua competência profissional exclusiva. A necessidade de uma formação generalista é percebida como a capacidade de atuar em casos agudos e crônicos e em comprometimentos cinesiofuncionais de ordens diversas. Não implica em negar a importância das especialidades, mas em admitir que nestas, os procedimentos sejam mais padronizados enquanto no PSF a variância de situações é mais acentuada.

[...] conhecimento técnico eu acho que é fundamental pra qualquer um, pro PSF a pessoa tem que saber um pouco de tudo, ela tem que ser generalista, o fisioterapeuta ele não pode ser, não precisa ser nenhum especialista em área nenhuma do conhecimento da fisioterapia [...]. (F.8.1)

[...] você tem que estar pronto pra tudo, porque se você trabalha em UTI você já sabe mais ou menos o que vai ter lá, se você trabalha com a neuro você também sabe, mas no PSF você não sabe em que circunstância vai chegar. (F.1.1)

O fisioterapeuta deve ter também a capacidade de conseguir integrar todos os seus conhecimentos. A formação normalmente é desintegrada, com compartimentalização de conhecimentos e disciplinas. Ao atuar no PSF o profissional precisa integrar seus conhecimentos para solucionar os agravos apresentados pela população.

Flexibilidade e criatividade

A questão da flexibilidade na atuação profissional estende-se à adaptabilidade do fisioterapeuta às circunstâncias e limitações diversas e às relações interpessoais. Com a falta de local destinado ao atendimento fisioterapêutico, este profissional realiza suas atividades em ambientes diversos, locais improvisados, domicílios e com limitados recursos. Com a organização do trabalho, um dia na semana em cada UBS, o fisioterapeuta precisa ter capacidade de adaptar-se aos ambientes e equipes de trabalho diversos. A criatividade foi uma característica valorizada pelos entrevistados, sendo importante para o desenvolvimento de seu trabalho e solução dos problemas da população.

[...] então com isso nós aprendemos a ser, isso que eu sou apaixonada pelo PSF, a se adaptar em todas as circunstâncias, seja dentro da UBS a gente sempre tem que ser aquele camarada flexível [...]. (F.1.1)

[...] todo e qualquer profissional da área de fisioterapia pra ele atuar no PSF ele tem que ser criativo, ele tem que usar a sua criatividade, a sensibilidade, enfim ele vai ter que usar aquilo que ele aprendeu na Universidade [...]. (F.4.0)

Nós temos que acabar se adequando cada dia com uma realidade diferente. (F.5.1)

Você tem que ser habilidoso, e saber improvisar, saber lhe dar com o que você tem. Se hoje aqui eu tenho soro fisiológico e uma seringa, é ele que eu vou usar e a minha mão pro trabalho ser bom. (F.7.1)

De acordo com Costa (2004), o profissional para atuar no PSF deve ser capaz de adaptar-se a situações novas. Pereira et al (2004) especifica que o fisioterapeuta deve ter a habilidade de adaptar ações e instrumentos terapêuticos de acordo com recursos disponíveis na comunidade. Segundo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o profissional para atuar no PSF deve possuir um perfil criativo e com capacidade de tomar iniciativas.

Formação humanista

A formação humana levantada pelos fisioterapeutas abrange aspectos de empatia com o ser humano, necessidade de apoio psicológico ao paciente e conhecimento das diferenças sociais para uma atuação mais contextualizada. A transferência de campo de atuação da clínica para o domicílio do indivíduo e seu contexto familiar torna importante o reconhecimento de diferenças individuais, de se criar uma empatia e acima de tudo uma responsabilização social na prática profissional.

Na realidade brasileira é a classe socioeconômica mais baixa a maior beneficiária do SUS, com aumento significativo de adesão por parte da classe média. A prática fisioterapêutica deve ter presente a importância de um atendimento digno, pois a saúde é tida como um direito básico do cidadão. Reconhecer essa dimensão e estabelecer uma relação de empatia e respeito humano é uma necessidade na atuação no PSF.

[...] vai ter que sempre ter, além do conhecimento científico, a sensibilidade, a humanidade, a criatividade [...]. (F.4.0)

É ter um pouco de vivência com população, é saber lidar com o ser humano, ter habilidades de lidar com o ser humano, em todos os níveis sociais, porque hoje quem procura a unidade básica, quem é paciente do PSF é desde daquela pessoa mais humilde lá da favela, até a pessoa de classe média de um bairro um pouco melhor. (F.8.1)

Então acho que aquela coisa do respeito humano, da tolerância, da compreensão, que acho que isso falta e muito nos profissionais da saúde. (F.5.1)

As diretrizes curriculares para o curso de Fisioterapia explicitam a necessidade de uma formação humanista (BRASIL, 2002). Costa (2004) embora não trate especificamente do fisioterapeuta, identifica a necessidade de empatia por parte dos profissionais que atuam no PSF e facilidade no trato com as pessoas. A

abordagem humana na estratégia perpassa o conhecer a realidade das famílias pelas quais se é responsável, uma valorização dessa relação com família e paciente fundamental para a criação de vínculo (SOUSA, 2002).

Comunicação

Uma das habilidades necessárias à atuação no PSF é a comunicação. Comunicar-se com os demais companheiros de trabalho, com o paciente, cuidador, família, enfim, entender e fazer-se entender em diversos círculos de interação interpessoal. A Fisioterapia atua diretamente com o indivíduo ou coletividade, a orientação é uma função vista com grande importância dentro da Saúde Pública e pelos profissionais do serviço. Para o bom êxito na orientação, o que foi dito deve ser assimilado pelo ouvinte, o que acarreta a necessidade de uma linguagem familiar ao sujeito.

Ter habilidade de comunicação, porque mesmo que não seja, eu acho que não seja a função principal do fisioterapeuta, mas tem que ser uma função muito hábil pra ele [...]. (F.8.1)

De acordo com as diretrizes curriculares, o fisioterapeuta, como os demais profissionais da saúde, deve possuir habilidades de comunicação, envolvendo a comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura (BRASIL, 2002). Silva (1996) diferencia a comunicação verbal, associada às palavras, por meio da linguagem escrita ou falada, da comunicação não verbal, esta ocorreria na interação pessoa-pessoa, excetuando-se as palavras. A mesma autora ainda resgata a necessidade de o profissional de saúde resgatar esta comunicação não verbal, uma vez que por meio dela poderia perceber com maior precisão os sentimentos, dúvidas e dificuldades do paciente, muitas vezes fragilizado.

O profissional fisioterapeuta na ESF realiza também atividades educativas, como palestras, onde necessita de habilidade em comunicação (TESSEROLLI, 2003; PEREIRA et al, 2004) além da necessidade de prover orientações diversas (RAGASSON et al, 2005).

Autonomia e tomada de decisão

O profissional para atuar no PSF deve ser uma pessoa ativa, com capacidade de buscar o conhecimento e tomar decisões. O fisioterapeuta não pode ser acomodado, uma vez que está numa área em construção, deve buscar ativamente o conhecimento, ter curiosidade, ser habilidoso e desinibido para atender o paciente em seu ambiente domiciliar, muitas vezes na presença da família ou cuidador. Pela falta de tempo o fisioterapeuta não pode demorar-se na realização de suas atividades, tendo resolutividade e eficiência.

[...] ter espírito de autonomia, competência [...]. (F.3.0)

Advinda da necessidade de ser generalista o profissional depara-se com muitas situações em que não está acostumado, tendo a necessidade de buscar o conhecimento. Neste contexto surge a necessidade da educação continuada ou permanente.

[...] profissional que está inserido na Saúde Pública ele tem que ter capacitação, ele tem que ter curso de atualização, ele tem que ser um profissional antenado, não pode ser aquele cara que se formou e nunca mais pegou em nada [...]. (F.8.1)

A iniciativa é uma das características do perfil profissional necessário à atuação no PSF (BRASIL, 2000), e a capacidade de aprender continuamente deve ser trabalhada desde a graduação segundo as diretrizes curriculares (BRASIL, 2002). A necessidade, demonstrada pelos profissionais, de atualização vai ao

encontro da política de educação permanente, que busca mediante a problematização do processo de trabalho uma “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004a, p.12). Como a educação permanente é de caráter multiprofissional (ALMEIDA, 1997) torna-se um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e vinculação com a população (BRASIL, 2000).

Trabalho em equipe

A atuação no PSF deve ocorrer num trabalho em equipe multiprofissional e se possível interdisciplinar. A importância do trabalho em equipe é percebida pelos fisioterapeutas, visto por alguns como troca de informações sobre os pacientes, ou uma relação em hierarquias.

[...] trabalho em equipe é você estar pronto pra saber que cada cabeça é uma sentença e que você tem que estar pronto pra ter um nível de relacionamento ali, de reconhecer como cada pessoa é, como cada pessoa age e como você vai conseguir mostrar o seu serviço não desrespeitando o outro pra que ele ache que você é importante na equipe dele sem você influenciar, sem você atrapalhar o trabalho dele. (F.3.0)

Você tem dúvidas, você conversa com o profissional, o médico que está lá sobre aquele paciente, e ele te esclarece muitas coisas, ele vem perguntar pra gente sobre o paciente, então, eu acho que isso enriquece muito, a gente consegue ter uma visão melhor de cada paciente, de cada patologia. (F.6.0)

[...] tem que saber trabalhar em equipe, saber respeitar hierarquias, e como lidar com elas, saber trabalhar em equipe mesmo, tanto de pessoas de níveis acima de você quanto com pessoas abaixo de você, porque você tem a enfermagem que é a coordenação da unidade, você tem os médicos e você tem os agentes comunitários, então, você tem todos os níveis de hierarquia [...]. (F.8.1)

Na proposta do PSF um dos pressupostos mais importantes é o trabalho em equipe, que requer respeito profissional entre todos os membros e uma concepção de igualdade, na qual não deve ocorrer a valorização da profissão

médica, em detrimento das demais (BRASIL, 2000). Dever-se-ia reservar horários, diários ou semanais, para a discussão e encaminhamento conjuntos de cada caso.

Na prática, no PSF, observa-se uma deficiência do trabalho multiprofissional, distanciamento ainda maior em relação à interdisciplinaridade. Esta pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, com a substituição da concepção fragmentária do ser humano, pela integral (FÉLIX, 2005).

Integralidade

Os fisioterapeutas sentem a necessidade de se ter uma visão holística do indivíduo, considerando-o não apenas em seu aspecto físico. O profissional não deve ter uma visão fragmentada do corpo humano, preocupando-se com o ser humano no todo. Atividades de promoção à saúde, prevenção de agravos, curativas e reabilitadores são desenvolvidas no PSF, suscitando uma visão integral por parte dos profissionais que atuem na estratégia.

O processo de trabalho no PSF deve ser embasado em uma visão integral do ser humano e da assistência, buscando resolutividade, por intermédio de ações de promoção e proteção à saúde, bem como tratamento e recuperação, garantindo-se o atendimento a todas as necessidades por meio de um sistema de referência e contra-referência (BRASIL, 1994, 2000). A formação pautada em profissionais superespecialistas afasta-se de uma visão do indivíduo como “um todo” inserido em seu contexto familiar, profissional e social (FÉLIX, 2005), embora seja necessária a formação de fisioterapeutas aptos a desenvolver ações em todos os níveis (BRASIL,

2002). Os fisioterapeutas do PSF em Londrina demonstram uma preocupação com a integralidade, apesar de terem tido uma formação tradicional.

Especialização

Um ponto de vista encontrado entre os fisioterapeutas foi necessidade de se fazer uma especialização em Saúde da Família. Nesta percepção observou-se que não seria papel da universidade, na graduação, formar um profissional apto a atuar no PSF, e que o mesmo necessitaria de experiência na área, que seria oportunizada em residências. Outro profissional coloca a necessidade de especialização do conhecimento em nível de especialização ou mestrado.

[...] mas eu não acho que seja papel da Universidade formar o profissional pra atuar no PSF. [...] mas ele precisa ser especialista em PSF, em Saúde Pública, saber como se comportar [...]. (F.8.1)

O mestrado melhor ainda, pra você ter uma bagagem e estar direcionado para alguma área: “sou especialista em tal coisa”. (F.7.1)

Para atuar no PSF os profissionais necessitam de conhecimentos em saúde comunitária (BRASIL, 1994) e atenção básica, que muitas vezes são deficitários na formação do fisioterapeuta, como observado por Pereira e Almeida (2003). A necessidade sentida pelos profissionais estudados, de uma especialização na área de saúde pública, pode estar relacionada à deficiência dessa formação na graduação.

Conhecimento e vivência no SUS

Os fisioterapeutas consideraram o conhecimento sobre o SUS como de grande importância ao profissional que ingressa ao PSF. A noção do que é o

sistema de saúde, do seu funcionamento, dos programas estratégicos do Ministério da Saúde, de políticas de saúde, das áreas de atuação na Saúde Pública, da UBS, suas diretrizes e áreas de abrangência seriam pré-requisitos à atuação no sistema público de saúde. Para os fisioterapeutas do PSF esses conhecimentos poderiam e deveriam ser abordados na graduação em Fisioterapia. Juntamente com essa abordagem a formação deveria garantir uma vivência no PSF, propiciando ao aluno um contato com o serviço e a realidade na comunidade.

Estágios de observação ou acompanhamento dos profissionais em serviço seriam oportunidades de se formar fisioterapeutas mais engajados em Saúde Pública e aptos a uma atuação mais integral. Além de auxiliar na mudança de mentalidade que privilegia a atuação em clínicas particulares e o pré-conceito em relação ao serviço público.

[...] eu acho que hoje dentro da universidade isso tem que ficar bem claro, os estudantes tem que ter noção do que é o SUS, eles têm que ter noção dos programas que o Ministério da Saúde preconiza, e o que eles podem fazer dentro de cada um desses programas. (F.3.0)

A quem que você se reporta? Como é que funciona a unidade? Quais são as diretrizes da unidade? O que quê, com que a unidade está preocupada? Quais são os principais objetivos? O que quê a gente tem que somar? Com quem que a gente tem que somar? Tudo isso era muito vago [...]. (F.8.1)

Indo ao encontro da necessidade em se conhecer e vivenciar mais o Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde no primeiro semestre de 2004, lançou o AprenderSUS. A iniciativa visa a mudança no perfil profissional mediante a adoção da integralidade como eixo estrutural na formação, articulação entre Ministérios da Educação e Saúde, incentivo aos Pólos de Educação Permanente em Saúde e sistematização de experiências existentes (BRASIL, 2004b). Uma IES de Londrina já possui uma iniciativa no sentido de o estudante vivenciar o SUS, introduzindo-o na saúde da família. Outra instituição estaria envolvida num projeto

moldado de acordo com o AprenderSUS (FÉLIX, 2005). Experiências de inserção do estudante na atenção básica também foram relatadas na Paraíba (COFFITO, 2001c), Belo Horizonte (SAMPAIO, 2002), Juiz de Fora (FREITAS, 2002) e Natal (FERNADES, 2002).

6.3 A Fisioterapia e o Sistema Único de Saúde

Nesta categoria de análise observam-se percepções dos fisioterapeutas em relação ao SUS, necessidades percebidas para a sua atuação e visões em relação ao sistema e prática profissional.

6.3.1 Atuação da Fisioterapia no SUS

A Figura 7 apresenta as principais percepções de fisioterapeutas e docentes em relação à atuação da Fisioterapia no SUS e suas caracterizações.

	Percepção	Características
1	Integralidade na atuação	Identifica a necessidade de uma ação integral na Saúde Pública e PSF, analisa a atuação do fisioterapeuta em relação à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
2	Falta de estrutura	Refere-se aos recursos disponíveis à atuação do fisioterapeuta, estrutura física e quantidade de profissionais em serviço, assim como a direção e organização do trabalho.
3	Exclusão da Fisioterapia no PSF	Analisa a real inserção da Fisioterapia no PSF e o conhecimento de fisioterapeutas e demais profissionais em relação a esta atuação.
4	Crescimento da Fisioterapia na Saúde Pública	Percebe uma aproximação entre a Fisioterapia e a Saúde Pública e sua atuação nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde.

5	Fisioterapia elitizada	Identifica o atendimento privado como de qualidade superior, analisando-se a concepção geral de que o tratamento fisioterapêutico não é acessível a todos.
6	Visão negativa da Atenção Básica	Relaciona a Atenção Básica com atendimento simplificado, sem complexidade e com pouca exigência profissional.
7	Trabalho em equipe no SUS	Caracteriza o modo como é visto o trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar dentro do SUS
8	Satisfação com atuação no PSF	Identifica o reconhecimento da importância da inserção do fisioterapeuta no SUS, e valorização do campo de atuação.

Figura 7 - Caracterização das percepções de fisioterapeutas e docentes quanto à atuação da fisioterapia no SUS – Londrina, 2005.

Integralidade na assistência

A prática profissional no Sistema Único de Saúde, e em especial no Programa Saúde da Família exige uma integralidade na assistência para contemplar todas as necessidades do usuário. Apesar da necessidade e consciência de integralidade, a percepção dos fisioterapeutas é de que a atuação do fisioterapeuta não é integral. Limitações diversas e mesmo a valorização da doença pela categoria profissional são empecilhos a uma atuação em todos os níveis, da promoção à reabilitação. Inclusive a demanda exigida pelo serviço é predominantemente curativa. A fala a seguir caracteriza muito bem a visão da categoria em relação a seu objeto de trabalho.

Mas aí o fisioterapeuta ele sempre procura uma coisa que ele possa reabilitar, isso, eu acho que isso é, faz parte de qualquer profissional que tem o título de fisioterapeuta. (F.8.1)

Em algumas áreas dentro da Atenção Básica são percebidas falhas, como na saúde da mulher, da gestante, escola de postura, saúde da criança, com escolares e na puericultura, saúde do trabalhador, mesmo na saúde do idoso, embora sejam realizados atendimentos em grupos, entre outras. O fisioterapeuta

reconhece a possibilidade de atuação em diferentes programas e atividades, porém limitações lhe são impostas.

Agora na parte de tratamento você vê que fica falho mesmo porque você não tem condições de estar retornando em todos os pacientes que você gostaria, uma vez por semana acaba sendo pouco. (F.2.1)

Ainda o fisioterapeuta está fazendo assistência, está fazendo atendimento, não está fazendo muita promoção e prevenção [...]. (D.2.1)

Não é prevenção. A gente está fazendo um serviço curativo, é nessa área que a gente faz, a gente não consegue abranger prevenção nem de longe. (F.5.1)

A não realização de atividades preventivas, ou mesmo a impossibilidade de acompanhamento em um programa terapêutico são sentidas como limitantes da atuação fisioterapêutica. Os serviços que deveriam servir de apoio ao PSF, que seriam as clínicas conveniadas ao SUS, em um nível de atenção secundária, são vistos como ineficazes e com baixa resolutividade. A reestruturação desses serviços corroboraria a integralidade à assistência.

A discussão de integralidade abordada por Mattos (2001) aponta para uma negação a reducionismos e para um caráter complexo e polissêmico deste princípio, quer seja tomado como re-orientador da prática, ou reorganizador dos serviços. As percepções encontradas, em relação à assistência integral, relacionam-se a estes sentidos, quando o profissional percebe a necessidade de uma visão mais global do indivíduo ou à necessidade de melhorias no sistema de saúde, buscando contemplar todas as necessidades dos usuários. Em relação à falha sentida na participação do fisioterapeuta em programas diversos no processo de trabalho em Londrina, alguns autores abordam essa temática e a possibilidade da atuação fisioterapêutica (TESSEROLLI, 2003; PEREIRA et al, 2004; ALMEIDA, 2004; RAGASSON et al, 2005; SILVA, TRELHA e ALMEIDA, 2005).

Falta de estrutura

A falta de estrutura para o atendimento fisioterapêutico no SUS engloba recursos humanos e materiais. Com o pequeno número de profissionais no PSF em Londrina ocorre uma sobrecarga aos profissionais do programa, que sentem a necessidade de aumento no quadro de contratação. A estrutura física, com ausência de local para atendimento e de recursos terapêuticos auxiliares, minimizam a resolutividade da atuação. Nesta perspectiva a ausência de uma diretoria de Fisioterapia é vista como coadjuvante desta precariedade.

Porque a impressão que você tem é que o fisioterapeuta ele está ali, porque colocaram ele ali, mas não criaram estrutura nenhuma para a gente trabalhar. (F.5.1)

A falta de estrutura e de profissionais para atuar em UBS e no PSF também foi percebida em outros serviços, como no estudo de Tesserolli (2003), e pode estar relacionada à ainda insipiente atuação da Fisioterapia na saúde coletiva e ao fato deste profissional não fazer parte da equipe mínima do PSF, tendo sua inclusão de acordo com necessidades locais e interesses em conflito. Documentos do Ministério da Saúde explicitam que este profissional pode fazer parte da equipe ou formar equipes de apoio, o que pode acarretar numa sobrecarga de unidades e equipes sob responsabilidade de um único profissional (BRASIL, 2000, 2005).

Exclusão da Fisioterapia do PSF

A Fisioterapia ainda é vista como excluída da Saúde Pública. A inclusão de alguns profissionais no PSF ainda não foi suficiente para a construção de uma identidade com o serviço público. Os profissionais sentem um desconhecimento em

relação a sua atuação em Atenção Básica, desconhecimento este por parte das demais profissões e da própria categoria.

[...] os outros profissionais vêem a necessidade de fisioterapeuta, sempre lembrando da reabilitação, ainda acho que precisamos conquistar o espaço da promoção e prevenção. (D.2.1)

Algumas profissões como enfermagem e medicina, historicamente criaram uma identidade com o Sistema Único de Saúde, resultado inclusive de um engajamento maior pela reforma sanitária brasileira. Outras categorias, mais recentemente, buscam esta identificação com o serviço público. Camargo (2004) analisando representações de cirurgiões dentistas sobre o SUS encontrou, mesmo entre profissionais que atuavam na rede pública, percepções relativas à exclusão do profissional do SUS. Schmidt (2002) ao estudar os cursos de Fisioterapia no Paraná, também observou, por parte de professores, um sentimento de exclusão da Fisioterapia do SUS.

Apesar da percepção de desconhecimento quanto a atuação do fisioterapeuta por parte das demais categorias, Aguiar (2005), ao estudar o conhecimento dos profissionais da ESF em relação à atuação do fisioterapeuta, encontrou um grau de conhecimento geral considerado, pelo autor, como suficiente, o que correspondia a 64,8% do teste aplicado.

Crescimento da Fisioterapia na saúde pública

Apesar de ser incipiente, a inserção da Fisioterapia na Saúde Pública está em ascensão. Percebe-se uma valorização desta atuação e um sentimento de que sua importância aos poucos é reconhecida como pode ser observado nos discursos:

Tem os grupos com orientação da enfermagem, a fisioterapia não participa [...]. (F.7.1)

[...] hoje a gente já vê embora ainda não está, o fisioterapeuta ainda não está incluído como, na formação da equipe básica, mínima básica do PSF, mas já tem muitas cidades, muitos locais que já tem fisioterapeuta [...] mas ele está se inserindo, isso ocorre até porque outras pessoas não conhecem muito a nossa profissão e nós também temos muita dificuldade de lidar com isso [...]. (D.2.1)

O crescimento do interesse em saúde pública, pela categoria, pode ser observado por diversos relatos apresentados no capítulo três, sessão 3.3, deste texto. Essa necessidade em se discutir mais a inserção do fisioterapeuta nos espaços da saúde coletiva evidenciou-se também no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado em Brasília no ano de 2003. Na ocasião realizou-se uma oficina de trabalho, cujo relatório aponta para a crescente importância deste campo de atuação (ABRASCO, 2003). Uma rápida pesquisa nos anais do mesmo congresso, utilizando como descritores Fisioterapia e fisioterapeuta, apresentou um total de cento e onze trabalhos apresentados, corroborando a participação da categoria (CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2003)

Fisioterapia elitizada

A Fisioterapia ainda é vista como um tratamento caro e elitizado. Schmidt (2002) encontrou, na fala de docentes, a percepção de que o fisioterapeuta é um profissional de elite, não sendo comportado pelo SUS. Algumas falas encontradas apontam para essa mentalidade, que estaria presente na sociedade e não nos profissionais inseridos no PSF, embora o profissional caracterize o atendimento particular como de melhor qualidade.

A fisioterapia hoje ela é assim, ela é pra quem tem recursos financeiros, para as classes menos abastadas a fisioterapia é algo considerado luxo, é mais ou menos como colocar a fisioterapia como se fosse um tratamento de... Pra pobreza, é como se a fisioterapia fosse algo requintado, quando na realidade deveria estar inserido em

todas as unidades básicas de saúde, o fisioterapeuta teria que estar dentro de todas as unidades básicas de saúde [...]. (F.4.0)

Em Londrina, infelizmente, o que a gente percebe é que a gente tem abismos, o que eu vejo é que nós vivemos abismos, nós estamos assim, pra quem tem condições de pagar pelo atendimento ela tem um atendimento de qualidade, nós temos clínicas excelentes, com pessoal muito capacitado, mas há um custo um pouco fora da realidade da população. (F.8.1)

Barros (2002b) aborda a necessidade de uma responsabilidade social na Fisioterapia. A necessidade de uma “des-elitização” da Fisioterapia é um importante passo na democratização do atendimento e conseqüente integralidade da assistência (SILVA, TRELHA e ALMEIDA, 2005). Outro aspecto que pode contribuir para esta percepção é o fato de a Fisioterapia estar enquadrada na atenção especializada, e por acreditar-se que haja a necessidade de aparatos tecnológicos para o seu desenvolvimento (AGUIAR, 2005). Outro aspecto, levantado por Ploszaj (2002), é a ausência da categoria nas instâncias políticas, como conselhos e conferências de saúde, a preferência dada pelos profissionais ao atendimento em clínicas particulares e convênios fortalece a visão de uma atenção cara, longe da realidade das populações.

A visão de uma Fisioterapia elitizada vai ao encontro da prática liberal da profissão em clínicas particulares, onde a assistência torna-se distante da realidade da grande maioria da população que, devido a condições sócio-econômicas, não têm acesso ao serviço (SCHWINGEL, 2002).

Visão negativa da atenção básica

Persiste, ainda, alguma desvalorização e reducionismo em relação à Atenção Básica. O cuidado primário em saúde, por parecer tratar-se de serviço simples, com poucos equipamentos tem sido visto como assistência simplificada, no

entanto, apresenta complexidade na articulação de diversos saberes e múltiplos profissionais (LAMPERT, 2002). Considera-se ainda essa atenção como realização de procedimentos simplificados e de baixa complexidade, o que pode ser observado na fala:

[...] aí a gente entra com a terapia física, [...] coisas assim simples que a gente consegue numa unidade básica de saúde [...]. (F.3.0)

A especialização do conhecimento fortaleceu a ideologia de uma prática profissional privada, afastando o fisioterapeuta da Saúde Pública:

Mas enfim, na verdade, então essa filosofia que se formou, de que um profissional saindo da Universidade, tem que buscar um conhecimento específico, se especializar numa área e assim por diante, acabou, essa nossa ideologia criada, acabou afastando um pouco o profissional das áreas de assistência primária. (D.1.3)

A priorização da medicalização do processo saúde-doença, associada às pressões das indústrias de medicamento e equipamentos, trouxe a hipervalorização de uma atenção tecnológica, centrada no ambiente hospitalar e de alto custo, em detrimento da atenção básica e promoção da saúde. Costa (2004) aponta a necessidade de se desmistificar pré-conceitos como a questão de a Atenção Básica ser uma saúde pobre, para pobres, de baixa resolutividade e local de profissionais com baixa qualificação.

Trabalho em equipe no SUS

O trabalho em equipe é valorizado e considerado necessário, mas se percebem dificuldades em sua concretização. Persistem idéias equivocadas sobre a interdisciplinaridade, vista como a agregação de habilidades profissionais diferentes, porém sem articulação, permanecendo cada profissional em sua área específica. A ausência de interação multiprofissional também é notada por alguns fisioterapeutas

nos processos de trabalho do SUS, não existiria tempo para trocar informações, para sentar-se junto e discutir o trabalho numa UBS.

Interdisciplinaridade e trabalho multiprofissional não são sinônimos e nem menos este é sinônimo de trabalho em equipe. Segundo Feuerwerker e Sena (1999) no trabalho multiprofissional existe uma interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos com a produção de uma intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente, já o trabalho em equipe implica em compartilhamento no planejar e no agir, com cooperação e colaboração.

O conceito de interdisciplinaridade surgiu como uma necessidade de se transcender e ultrapassar o conhecimento fragmentado agregado à idéia da unidade do saber (FÉLIX, 2005). É importante ressaltar, que apesar das dificuldades, a interação multiprofissional e interdisciplinar é essencial ao desenvolvimento do trabalho no PSF (BRASIL, 2000).

Satisfação com atuação no PSF

Como aspecto favorável, observa-se, também, satisfação por parte dos fisioterapeutas, com a atuação no PSF, e na academia, a valorização da inserção deste profissional. A percepção de bons resultados na atuação fisioterapêutica demonstra o reconhecimento de um trabalho bem feito. Junto a esse reconhecimento inicia-se a construção de uma nova prática profissional que paulatinamente abre espaços de atuação e reconhecimento por outras categorias profissionais. A satisfação profissional apresentou-se muito relacionada com o êxito no tratamento, assim, quando é possível dar continuidade ao tratamento, alcançam-se resultados com conseqüente realização profissional.

[...] a gente tem tentado fazer alguma coisa dentro disso, e aí que nós estamos descobrindo, o que nós já sabemos, ou fazendo com que as pessoas descubram o quanto a gente tem pra fazer dentro da rede, dentro do PSF, daria pra fazer muito mais coisa certo, mas por enquanto nós temos que nos contentar com o que nós temos, que é a nossa realidade [...]. (F.1.1)

Eu acho assim, que você não precisa ficar esperando aparecer aquelas dores, você ficar, querer ir fazer uma consulta pra você começar a tratar. Você tem que entender que o seu corpo precisa de cuidados, e você procurar isso. (F.6.0)

[...] eu acredito, tenho uma visão assim, super otimista de que isso está mudando. (D.2.1)

Tendências de mudanças na prática do fisioterapeuta no SUS apontam para uma necessidade percebida de ações integrais, com ampliação de atividades preventivas e de promoção. Desta forma esses profissionais se aproximam mais do conceito ampliado de saúde, tornando o atendimento mais humano e sensível às necessidades da população (ALMEIDA, 2004).

6.3.2 Visões de Fisioterapeutas em relação ao SUS

A Figura 8 apresenta as visões/percepções dos fisioterapeutas e docentes em relação ao Sistema Único de Saúde e suas características gerais.

	Percepções	Características
1	Visão negativa do SUS	Percebe o SUS como atendimento de baixa qualidade, simplificado ou para pobres, desorganizado, voltado para a doença e hospitalocêntrico.
2	Falência da Fisioterapia conveniada ao SUS	Analisa o atendimento das clínicas de Fisioterapia conveniadas pelo SUS como um serviço sem resolutividade, com grande demanda reprimida, desvalorizado e com baixa remuneração.
3	SUS como Atenção Básica	Identifica percepções que confundem o SUS com a Atenção Básica ou com cuidados mínimos para a saúde da população, apenas.
4	Visão positiva do SUS	Visão otimista do SUS, reconhece as dificuldades do sistema, mas valoriza seus avanços e ideais. Percebe Londrina como uma exceção, com qualidade exemplar.

5	Integralidade no SUS	Observa a necessidade de um atendimento integral no SUS com valorização de atuações preventivas e promocionais, ou sua necessidade.
6	Fisioterapia incipiente no SUS	Reconhece a ausência da Fisioterapia na Saúde Pública, ora por desinteresse da categoria, ora pela falta de oportunidades. Analisa a falta de conhecimento da atuação da Fisioterapia no SUS.
7	Sentimento em relação ao trabalho no SUS	Caracteriza a percepção dos profissionais que atuam no sistema em relação a sua atuação, satisfações e frustrações.

Figura 8 - Caracterização das visões de fisioterapeutas e docentes em relação ao SUS – Londrina, 2005.

Visão negativa do SUS

Ainda existe uma imagem negativa do SUS, mesmo entre os profissionais que atuam no sistema. Faz parte da percepção dos fisioterapeutas a idéia de que o atendimento no SUS é de baixa qualidade, baixa resolutividade, um atendimento inferior para pessoas carentes e que não têm condições de pagar por um atendimento mais digno, verdadeiramente, uma saúde para país subdesenvolvido. Os profissionais percebem a existência de uma demanda que o sistema não comporta, com aumento do tempo de espera, número insuficiente de vagas para exames e especialidades médicas acarretando em filas e mau atendimento.

[...] infelizmente a gente vê que a grande maioria que depende do SUS, que depende do Sistema Único de Saúde, ela fica mesmo à margem do atendimento, ou de um sub-atendimento. (F.8.1)

Eu acho que o SUS, hoje, eu acho que a saúde no Brasil, ainda é de um país subdesenvolvido [...]. (D.1.1)

Porque você vai lidar com a classe mais humilde, porque um paciente que tem convênio ele não precisa estar no PSF ele tem convênio, [...]. (F.1.1)

Ahhh... Precário. Precário, e a gente sabe que o SUS foi um sistema implementado, é, pra atingir a maioria, carente, e que isso não acontece, por “n” motivos: desvio de verba, mau treinamento dos profissionais, não estão preparados pra atendimento público, o próprio sistema sócio-econômico que não comporta o SUS hoje, [...]

mas que hoje em dia não acontece dentro dos moldes de que foi proposto. Precário! (D.2.3)

O caos existente no SUS é atribuído também à má administração, à vinculação do sistema à vontade política e à falta de investimentos com saúde. Alguns fisioterapeutas reconhecem o SUS como um sistema bom no papel, mas que, contudo, não foi colocado em prática e que não atingiu o que se propõe. A falta de comprometimento dos funcionários estaria diretamente relacionada à não responsabilização do servidor para com o usuário. A população não compreenderia o sistema e este estaria voltado à doença com valorização da atenção especializada e centrada em hospitais. A impossibilidade de o usuário escolher o profissional que o atende também é realçada ao se comparar o SUS com o sistema de saúde complementar ou particular.

Eu vejo o SUS assim, como, ele é um grande sistema, devia funcionar muito bem, tem condições de funcionar melhor do que funciona, mas o que estraga o SUS é a política; o fato de ser algo ligado à vontade política, ligado à vontade, a interesses políticos ele fica a mercê também das mudanças políticas e das brigas políticas, então, é complicado você dizer que hoje o SUS ele responde àquilo que ele se propõe, não, está muito fora do que ele se propõe a fazer, de atender a população. (F.8.1)

E também a questão que no particular você pode escolher o seu médico, e no SUS se é um atendimento ruim, tanto do médico ou do fisioterapeuta, você não tem opção. É aquilo lá que você caiu. (F.6.0)

Em estudo realizado por Schmidt (2002) observou-se também uma imagem negativa do SUS por parte de professores de graduação em Fisioterapia. Camargo (2004), estudando cirurgiões-dentistas, também encontrou representações negativas do SUS, em relação à pouca resolutividade, assistência de má qualidade, dificuldades financeiras, política como empecilho à saúde e uma imagem negativa do sistema, pela sociedade. Schwingel (2002) aborda o tema, explicitando que a imagem do SUS, comumente encontrada em fóruns de debate, gira em torno da

idéia de filas, leitos em corredores de hospitais, falta de medicamentos, precarização do serviço, entre outras percepções negativas do sistema de saúde.

Falência da Fisioterapia conveniada ao SUS

O serviço de Fisioterapia realizado em clínicas conveniadas pelo SUS é percebido como desorganizado, de baixa resolutividade e qualidade, e com uma demanda reprimida elevada. A remuneração ao fisioterapeuta neste serviço é muito baixa, desqualificando e inviabilizando a assistência. Quando existe necessidade de se encaminhar um paciente, a um serviço de reabilitação, os profissionais do PSF não conseguem vagas, ao mesmo tempo, em que alguns pacientes permanecem nas clínicas conveniadas por períodos muito superiores ao esperado para a reabilitação.

Percebe-se uma contrariedade por parte dos fisioterapeutas com esta situação de precariedade, ao mesmo tempo em que se compreende a insuficiência de condições para o trabalho. Algumas falas referem-se à municipalização do serviço como uma possível solução do problema, com a criação de clínicas descentralizadas e sob responsabilidade pública facilitar-se-ia o controle e qualidade do atendimento.

Em Curitiba, anteriormente à inserção de fisioterapeutas nas unidades municipais de saúde, percebia-se também uma precarização do atendimento em clínicas conveniadas. Ocorria de as cotas de Fisioterapia serem ocupadas por longo tempo por um paciente sem prognóstico, ou má utilização das mesmas, levando a um aumento da demanda reprimida. A situação foi melhorada, pois os fisioterapeutas das unidades são responsáveis pela triagem dos pacientes

encaminhados, e estes quando em tratamento devem retornar à unidade, a cada dez sessões, para acompanhamento pelo profissional que encaminhou (TESSEROLLI, 2003).

SUS como Atenção Básica

Algumas percepções relacionam e confundem a Sistema Único de Saúde com a Atenção Básica, ou ainda, com atendimento apenas das necessidades básicas de saúde da população. A relação também é encontrada quando, em uma fala, o profissional frisa o aumento da Atenção Básica com a instituição do SUS.

Ah o SUS ele é o, vamos dizer assim, ele é o plano de saúde que mais atende gente nesse país, em atenção básica, nenhum plano particular supera o número de clientes que são atendidos pelo SUS [...], eu vejo o SUS como uma ferramenta importantíssima, importantíssima pra que a gente consiga manter as pessoas, os cidadãos com condições mínimas de saúde [...]. (F.4.0)

O SUS é um sistema voltado para atender a população em suas necessidades primárias, necessidades básicas. (F.7.1)

Olha o SUS quer garantir à população atendimento mínimo, básico, à saúde. (F.8.1)

[...] é um sistema que podia ser muito interessante pra população, pra assistência básica da população [...]. (D.2.3)

É importante ressaltar que, segundo legislação, compete ao SUS prestar assistência às pessoas no âmbito da promoção, proteção e recuperação da saúde (CARVALHO, MARTIN e CORDONI JUNIOR, 2001), com uma organização de serviços hierarquizada e organizada em níveis de complexidade crescente. Sendo a atenção primária em saúde, apenas, o primeiro nível de atenção, a porta de entrada para o sistema, cuja resolutividade deve ser de aproximadamente 90% (PUSTAI, 1996; BRASIL, 2000). Desta forma o SUS não pode ser confundido com a Atenção Básica, esta faz parte do sistema e é valorizada e prioritária.

Visão positiva do SUS

Algumas percepções, em especial relacionadas à Londrina, remetem a uma visão positiva do SUS. Este fato pode estar relacionado ao fato de Londrina ter organizado seus serviços públicos de saúde incorporando, durante sua história, as diretrizes da reforma sanitária brasileira, sendo um dos municípios pioneiros no processo de municipalização da saúde (GIL, MARTIN e GUTIERREZ, 2001; ALMEIDA, 1979; SILVA, 2001)

Considera-se o atendimento prestado de boa qualidade, com ampla cobertura de especialidades e competência da equipe profissional. A preferência por ações preventivas e de promoção é vista como avanço na saúde brasileira, juntamente ao deslocamento da atenção ao ambiente familiar. São percebidas falhas e reclamações dos usuários, porém são vistas como inerentes a qualquer sistema e faz parte do papel do usuário reivindicar, buscando a melhoria do serviço. O SUS é visto também como opção não apenas para pobres, mas também àqueles que podendo pagar por outro sistema opta por sua utilização, o que é garantido pela diretriz da universalidade do acesso ao sistema (PUSTAI, 1996).

Eu acho que o processo é muito interessante. Desde o momento que você trabalha bastante com prevenção [...]. (D.1.2)

[...] o atendimento está sendo prestado com bastante respeito à comunidade, pra quem usa mesmo o SUS, claro que sempre tem, todo serviço tem algumas falhas, mas eu acho que o SUS assim esta bem, aqui em Londrina eu acho que é um..., que está dando bons resultados, eu acho que tem um retorno que a população espera. (F.2.1)

[...] o SUS hoje é a saída real pra quem não tem condições de ter um plano de saúde, mas é a saída concreta também pra pessoas que teriam condições de ter um plano de saúde [...]. (F.4.0)

O SUS também é visto como um processo, um avanço importante para a população e que estaria em construção. A consciência de um SUS como um dos

melhores sistemas de saúde do mundo é observada no discurso que segue, refletindo sua natureza processual, sem negar os avanços já concretizados. Diferente de outras visões que colocam o SUS ideal apenas no papel, negando seus benefícios, esta percepção, apesar de ressaltar a diferença entre teoria e prática, admite uma melhora na saúde brasileira.

Hoje eu percebo que realmente o SUS é um dos melhores modelos que existem, e que o problema é que nós não sabemos como corrigir essa política de saúde, aonde está os erros? Porque que a coisa não funciona? Porque ele é melhor modelo para a população, junto com esse sistema democrático nós conseguimos o melhor modelo de assistência de saúde, mas penso que ele não funciona como deveria. [...] nós não podemos separar a saúde das questões econômicas e políticas de um país. (D.2.2)

Camargo (2004) também encontrou uma visão positiva do SUS entre os cirurgiões-dentistas estudados, além da percepção de uma concepção teórica excelente do sistema. O caráter processual do SUS encontrado nesta percepção também é analisado por Mendes (1996).

Integralidade no SUS

A integralidade é vista como uma necessidade da atuação no SUS, porém persistiria uma atuação centrada na doença e no hospital como locus de assistência privilegiada. O Sistema Único de Saúde buscaria transferir este cenário privilegiado de atuação para o domicílio, confundindo-se aqui com a própria estratégia de Saúde da Família. O PSF busca exatamente o desenvolvimento de uma assistência integral, com ênfase na proteção e promoção à saúde (BRASIL, 2000), em conformidade com as diretrizes do SUS (PUSTAI, 1996). A ênfase na prevenção e promoção é vista também como importante instrumento de controle de gastos.

O SUS é um sistema de saúde, que visa promover a saúde, ah, desde a prevenção, curativo, até a reabilitação, [...]. (D.2.3)

A ausência da Fisioterapia no SUS comprometeria a integralidade da assistência à medida que não seria possível atender a todas as necessidades da população.

É essencial a presença desse profissional [fisioterapeuta] até porque vai de encontro com os princípios do SUS pra que todos tenham acesso, e que tenham acesso de acordo com as suas necessidades [...]. (D.2.1)

Alguns autores questionam como a assistência na estratégia Saúde da Família pode ser integral com uma equipe multiprofissional composta por poucos profissionais, a exclusão do fisioterapeuta, por exemplo, comprometeria essa integralidade (SILVA, TRELHA e ALMEIDA, 2005; TONIN, 2004; ALMEIDA, 2004).

Fisioterapia incipiente no SUS

A atuação do fisioterapeuta no SUS ainda é percebida como incipiente e desconhecida. Os profissionais sentem que há a necessidade de se mostrar a atuação da Fisioterapia no SUS, pois tanto a própria categoria quanto as demais categorias da área da saúde não reconhecem a sua atuação no sistema. Apesar desta percepção, Aguiar (2005) encontrou entre médicos e enfermeiros do PSF um conhecimento satisfatório em relação à atuação da Fisioterapia, e uma atitude positiva em relação à mesma. Algumas percepções demonstram que os fisioterapeutas que atuam no PSF não conheciam o SUS, nem qual seria sua atuação, anteriormente à sua inclusão no serviço. Isto é devido, em parte, pela formação que valoriza aspectos relacionados ao aparato e terminologia técnicos e ao modelo hospitalocêntrico utilizado na quase totalidade de escolas no país (ABRASCO, 2003).

O que poderia explicar a negação do SUS pela categoria profissional seria a desvalorização do trabalho público, observado pela baixa remuneração nas clínicas conveniadas. Schwingel (2002) cita a remuneração inferior no SUS, quando comparada à da prática liberal, em especial se proprietário, como um aspecto relevante desta negação e que a resistência ao trabalho em saúde pública pode residir na perda de reconhecimento social acarretada. O desconhecimento da atuação do fisioterapeuta no SUS pelos outros profissionais e a ausência de concursos e contratações afasta ainda mais a categoria do sistema. Percebe-se uma desvalorização até salarial do fisioterapeuta em relação a outras categorias no SUS. Existe uma indignação por parte de fisioterapeutas quanto a esta “exclusão” da saúde pública, e gradativamente se percebe um aumento no interesse e na importância atribuída a esta atuação.

Bom eu vejo assim que a fisioterapia precisaria, precisa crescer muito ainda no SUS, posso falar que a gente está engatinhando no serviço público [...]. (F.2.1)

Acho que o principal mesmo é mostrar que a fisioterapia tem espaço, faz um trabalho bom e um trabalho importante dentro da Saúde Pública. (F.7.1)

E no PSF ela [fisioterapia] está despontando. (F.8.1)

Infelizmente a gente ainda não conseguiu ser incluído no sistema SUS como um todo, eu vejo que a gente ainda está de fora. Mesmo aquelas cidades que já incorporaram o fisioterapeuta no PSF, o fisioterapeuta é discriminado, ele recebe um salário menor [...]. (D.1.2)

[...] a própria secretaria de saúde, Ministério de Saúde, não tem noção, e os próprios fisioterapeutas alguns, não tem noção de que a fisioterapia pode atuar nessas áreas, então eu vejo com importância o fisioterapeuta ingresso dentro do PSF, dentro de uma Unidade Básica, junto ao Sistema Único de Saúde. [...]. (D.2.2)

Sentimento em relação ao trabalho no SUS

Em relação ao sentimento vivenciado pelos fisioterapeutas com a atuação no SUS observa-se uma mistura de satisfação e frustração. Os profissionais reconhecem na Saúde Pública uma atuação prazerosa, e gostam do serviço que fazem, mas admitem como frustrante algumas dificuldades enfrentadas no desenvolvimento de seu trabalho.

[...] eu me considero uma pessoa que é apaixonada pelo serviço, eu acredito na fisioterapia em Saúde Pública [...] eu acho que ainda existe muita esperança em relação a isso. (F.8.1)

A maior frustração em relação ao acompanhamento é de cuidador e de estar com paciente difícil de acompanhar. (F.6.0)

A mudança de paradigmas e de referenciais, necessária à atuação do fisioterapeuta no PSF, vai ao encontro de uma prática mais humana, integral, e socialmente responsável. Os conflitos são inerentes, uma vez que surgem dessa necessidade de mudança e adaptação. Nas experiências relatadas, por exemplo, no livro organizado por Barros (2002a), o profissional sempre demonstra satisfação com o processo de trabalho. As limitações e dificuldades fazem parte desta construção, ainda recente, da inserção do fisioterapeuta no SUS.

6.4 A Formação do Fisioterapeuta

6.4.1 O Ensino em Fisioterapia

A Figura 9 apresenta percepções quanto ao ensino na graduação em Fisioterapia e as características encontradas.

	Percepções	Características
1	A Integralidade na formação	Reconhece a necessidade de uma abordagem integral do indivíduo na graduação e a centralidade da formação na doença. Aborda a setorialização dentro da academia.
2	A Saúde Coletiva na formação	Reconhece a escassez da abordagem do SUS nos currículos e sua centralização em uma única disciplina, e a necessidade de ampliação de espaços de discussão.
3	Formação generalista versus especialização	Analisa a crise entre a necessidade de uma formação generalista e a valorização da especialização do conhecimento e a especialização docente frente a essas necessidades.
4	Campos de estágio	Analisa os campos de estágios e as atividades extra-muros, na comunidade.
5	Mudanças e perspectivas na formação	Reconhece os processos e necessidades de mudanças na formação, os avanços alcançados e as perspectivas próximas.

Figura 9 - Caracterização das percepções de fisioterapeutas e docentes sobre a formação em Fisioterapia - Londrina, 2005.

A integralidade na formação

Assim como os fisioterapeutas percebem que tiveram uma formação centrada na doença e na reabilitação, ainda hoje, a graduação é falha em aspectos de promoção de saúde e prevenção de doenças. Existe a consciência da importância em se trabalhar a integralidade na formação, porém a realidade ainda é diferente. Algumas experiências, isoladas, são colocadas em prática, mas a formação ainda possui currículos fixos, compartimentalização do conhecimento, valorização da clínica, utilização de recursos tecnológicos e é centrada nos espaços internos das Universidades (hospitais e ambulatórios).

Nós tivemos, agora nem me lembro direito, mas nós tivemos a parte preventiva, mas a atuação é mais na área curativa, é mais curativa. (F.6.0)

[...] quando você vê na Universidade as atuações do fisioterapeuta, eles colocam de uma maneira onde você tenha toda a estrutura de trabalho possível. (F.5.1)

Que nós ainda, temos nas Universidades, e nas Faculdades, temos uma formação cartesiana, no modelo flexneriano [...]. (D.2.2)

A integralidade é vista de forma precária e centrada nos estágios, quando se tem a presença do paciente, sendo que nos primeiros anos o aluno receberia informações mais passivamente. Embora alguns docentes tenham a visão de integração das disciplinas e trabalho interdisciplinar, muitos outros valorizam suas matérias e a setorialização.

Ainda acontece de maneira precária, está se modificando aos poucos, isso [integralidade] a gente consegue fazer mais quando a gente tem o paciente [...]. Porque o que parece ainda, que durante os primeiros anos o aluno acaba sendo muito mais passivo e no quarto ano daí ele tem que tomar uma atitude mais ativa [...]. (D.2.1)

[...] uma grade curricular parecida, com as disciplinas do ciclo básico, as disciplinas do ciclo profissionalizante e os estágios no final. (D.1.3)

Para a reorientação do processo de trabalho é necessária a adoção da integralidade como eixo central na formação dos recursos humanos. Atualmente, vem ocorrendo amplas discussões sobre a necessidade da visão integral na formação do fisioterapeuta. As diretrizes curriculares nacionais para o curso de Fisioterapia explicitam a necessidade de um profissional competente a atuar em todos os níveis de atenção, com uma prática integrada e integral (BRASIL, 2002).

Buscando as mudanças necessárias na formação dos RHS, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, vem implantando uma política educacional para o SUS, desde o início de 2003, englobando não apenas a formação universitária. Estratégias como o AprenderSUS, os Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde e os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, procuram reorganizar a prática dos profissionais da saúde, orientada e alicerçada na integralidade (FÉLIX, 2005; BRASIL, 2004a, 2004b, 2005).

A saúde coletiva na formação

A formação do fisioterapeuta em relação ao SUS é limitada às disciplinas de Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Fisioterapia Preventiva, e estas disciplinas são pontuais e ofertadas nos primeiros anos de graduação. Pereira e Almeida (2003) encontraram que a carga horária dessas disciplinas são equivalentes às disciplinas clínicas, porém seriam as únicas disciplinas que abordam uma visão ampliada do conceito de saúde, mantendo-se desta forma uma abordagem pontual. Esta situação leva a não sedimentação do conhecimento e sua desvalorização. Para Campos (2000) a saúde coletiva deveria influenciar a transformação de saberes e práticas. Em linhas gerais o egresso desconhece as diretrizes e princípios do SUS e do processo de trabalho em uma UBS ou ESF.

[...] então a gente não tinha muita escolha, a gente não tinha muita noção de Saúde Pública, a visão que a gente tinha era de sair e trabalhar numa clínica. (F.3.0)

Mas, a gente não tinha noção, eu não tinha noção nenhuma do que fosse atenção pública, nem a nível primário, não sabia como funcionava um posto de saúde [...]. (F.8.1)

Tinha uma disciplina chamada Saúde Pública e que até hoje eu tento lembrar o que foi dito de Saúde Pública nessa disciplina! (F.8.1)

Hoje a gente tem uma disciplina única no currículo que está vigente, é uma disciplina de Preventiva e Saúde Pública no segundo ano. (D.2.1)

As diretrizes curriculares explicitam a necessidade de o estudante receber uma formação que atenda às necessidades do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2002). Desde o currículo de 1983 já havia sido criada e inserida na graduação disciplinas que discutiam uma abordagem às condições sanitárias, com a criação da disciplina de Fisioterapia Preventiva (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999; PRZYSIEZNY, 1999). Porém observa-se que a simples inclusão, mesmo que legal,

de disciplinas voltadas à saúde coletiva não garantiram mudanças na formação e práticas dos profissionais.

Przysiezny (1999) observou, em seu estudo sobre a disciplina de Fisioterapia Preventiva nas IES da região sul do Brasil, que esta disciplina tem como função primordial desenvolver uma atitude preventiva nos estudantes, criando uma consciência ampla de saúde, transcendendo a simples prescrição de tratamento. O mesmo autor, ainda, encontrou um aumento nas ações de promoção à saúde desenvolvidas na formação, enquanto Pereira e Almeida (2003), estudando os cursos de Fisioterapia do Paraná, encontraram uma dificuldade na definição dos objetos de estudo desta disciplina.

Algumas iniciativas buscam corrigir esta distorção como a introdução de um estágio em PSF no último ano em uma instituição e a tentativa de tornar as disciplinas mais interessantes por meio de aulas práticas e contato com ambientes fora das salas de aula.

[...] o paciente é agendado, duas visitas ou três pra determinado dia, é contactado com o ACS, eles vão pra visita com esse ACS, retornam, evoluem, elaboram tudo certinho como foram feitos [...]. (D.2.2)

[...] eles [alunos] escolhem um local, uma área de atuação e eles desenvolvem um programa, eles implantam um programa mais voltado pra promoção e prevenção, aí os alunos vão pra comunidade [...] desenvolver essas atividades da fisioterapia relacionada à promoção e prevenção da saúde. (D.2.1)

Experiências de inclusão dos estudantes no SUS já foram citadas anteriormente (COFFITO, 2001c; SAMPAIO, 2002; FREITAS, 2002; FERNANDES, 2002).

Formação generalista versus especialização

A formação generalista é percebida como objetivo das três instituições de ensino. Schmidt (2002), ao analisar os currículos do curso de Fisioterapia do Paraná e seus campos de estágios, observou que as áreas contempladas nos estágios favoreciam uma visão ampla e abrangente da atuação do fisioterapeuta. Algumas percepções em relação à graduação apontam para a necessidade de a formação vislumbrar ao aluno diferentes áreas de atuação, ampliando assim as possibilidades para o formando, o que vai ao encontro do preconizado pelas diretrizes curriculares (BRASIL, 2002) e das necessidades de RHS.

[...] a gente tem buscado dar a formação generalista que tanto se fala. [...] A gente tem tentado dar ao aluno toda essa visão, a visão global. (D.1.2)

[...] o currículo de hoje, o aluno sai mais com uma visão de um profissional generalista, mas não tem realmente uma visão da realidade de um atendimento ao sistema de saúde. (D.1.1)

[...] eu acho que a Universidade ela tem o caráter de abrir nossos olhos, de tirar a venda e o resto a gente tem que correr atrás [...]. (F.1.1)

Essa formação generalista esbarra na especialização do conhecimento que acaba sendo hegemônica. A tendência de valorização da pesquisa na Fisioterapia está muito presente na formação universitária. Algumas percepções mostram a necessidade de se ter professores especialistas para formar um fisioterapeuta generalista.

Eu sempre digo pro meu aluno: -“ Não se especialize na graduação”. (D.1.2)

[...] estar formando um profissional com uma visão um pouco mais generalista, com isso a gente consegue fazer um trabalho com bons especialistas, trabalhando com o aluno para ele se formar como um bom generalista [...]. (D.1.3)

Eu não consigo dar uma visão geral pro meu paciente ou pro meu aluno se eu não tiver vários especialistas falando de cada área. (D.1.2)

[...] sai um profissional que eu acredito hoje, assim, com uma visão mais ampla, da pesquisa, porque eu acho que a pesquisa dentro da fisioterapia, ela teve uma abertura de uns sete anos para cá, [...]. (D.1.1)

Félix (2005) cita que profissionais superespecialistas, quando professores, tendem a formar profissionais com a mesma visão especializada, mecanicista e biológica. Lampert (2002) ao estudar a formação médica observou um desequilíbrio entre especialistas e clínicos gerais e que essa distorção é maior nos centros mais dinâmicos da economia, o mesmo ocorre com a Fisioterapia. A autora ainda explica que o estudante incorpora como próprias, as formas de comportamento e os valores dominantes no grupo profissional. Desta forma, questiona-se se um sistema que privilegia tanto a especialização é capaz de formar profissionais generalistas, e até que ponto estará atento às necessidades básicas de saúde da população.

Campos de estágio

Percebe-se que os campos de estágios continuam centrados em hospitais e ambulatórios no interior das instituições, quando muito em instituições conveniadas. As necessidades de formação, percebidas e procuradas pelos professores, não se traduzem em realidade, na prática, dentro das instituições de ensino.

O ensino é centrado na Universidade, e o aluno não tem a vivência do SUS e do atendimento na comunidade. Quando ocorre a introdução do aluno na comunidade a atuação continua sendo assistencialista. Apenas um curso possui

experiência de estágio junto ao PSF. Outras atividades de estágio são realizadas em hospitais, ambulatorios, asilos e instituições da cidade.

Os campos de estágio curricular são espaços onde todas as possibilidades de práticas profissionais são realizadas, Pereira e Almeida (2003) encontraram um forte predomínio de ações nos níveis secundário e terciário nas IES do Paraná, onde não se proporcionava campos de estágio em atenção primária.

Mudanças e perspectivas na formação

Além do estágio no Programa Saúde da Família existente em uma escola, outro curso realizará uma reforma curricular em 2006 onde pretende instituir o estágio em PSF. A terceira instituição também pretende fazer uma reforma e relatou a intenção em se levar o aluno à comunidade, mas nada específico ou estruturado em relação ao PSF foi abordado.

Uma proposta concreta, na primeira reforma curricular relatada, é a expansão da disciplina de Saúde Coletiva para três anos. Desta forma se procuraria levar o aluno a aproximações sucessivas com o SUS. Nesta proposta se culminaria com o estágio em PSF no quarto ano. Outra proposta deste novo currículo seria a inserção de disciplinas, também nos três primeiros anos, de Habilidades e de Pesquisa. Experiência semelhante já acontece na segunda instituição, que pretende fazer uma reforma, com inclusão destas duas últimas disciplinas.

Mudanças na formação de RHS tem sido assunto de debates e grandes preocupações, uma vez que se faz extremamente urgente para a adequação dos profissionais ao sistema de saúde e à concepção ampliada de saúde (PAIM, 1994; ALMEIDA, 1999; FEUERWERKER, 2002; LAMPERT, 2002; ALMEIDA, 2003). Na

Fisioterapia, apesar de poucos estudos, também é percebida a necessidade de mudanças na formação (BRASIL, 2002; ABENFISIO, 2003; MARINHO, 1999; PEREIRA e ALMEIDA, 2003; ALMEIDA, 2004; TONIN, 2004).

A educação baseada na comunidade possibilitaria o desenvolvimento e treinamento de competências como: liderança, trabalho multiprofissional, interação com a comunidade, resolução de problemas, comunicação e planejamento (TRELHA e SANTOS, 2003). A Abenfisio (2003) deliberou, como necessidade, o desenvolvimento da disciplina Fisioterapia Preventiva de forma longitudinal, durante todo o processo de formação, fato que se pretende instituir numa reforma curricular citada. Pereira e Almeida (2003) discutem a necessidade de um maior aproveitamento de disciplinas como Preventiva e Saúde Pública. Este deveria ocorrer durante toda a graduação, como o proposto pela instituição pesquisada e pela Abenfisio.

6.4.2 O Perfil do Fisioterapeuta para atuar no PSF

Nesta sub-categoria são analisadas as percepções de docentes em relação à adequação da formação universitária ao perfil de profissional necessário ao Programa Saúde da Família. A Figura 10 apresenta as principais percepções e suas características.

	Percepções	Características
1	Formação humanista	Reconhece a necessidade de uma formação humanística, as limitações e os avanços neste campo.
2	Criatividade e adaptabilidade	Apresenta as contribuições para a formação do fisioterapeuta criativo, analisa a forma como o aluno pode desenvolver sua capacidade de adaptação.
3	Liderança e tomada de decisão	Analisa como a formação poderia interferir na formação de lideranças e autonomia dos alunos e as diferenças entre instituições pública e privada.
4	Comunicação	Apresenta as atividades desenvolvidas para trabalhar a comunicação do aluno.
5	Trabalho em equipe	Analisa a inserção do aluno em equipes multiprofissionais e interdisciplinares e suas limitações.
6	Conhecimento e vivência do SUS	Apresenta as formas como os alunos têm acesso ao SUS, as disciplinas que o abordam e as experiências de vivência do aluno no sistema.

Figura 10 - Percepções de docentes a cerca da adequação da formação universitário ao perfil profissional requerido para atuar no PSF - Londrina, 2005.

Formação humanista

A necessidade de uma formação mais humana, com valorização do indivíduo e de suas necessidades é percebida pelos docentes, porém esta abordagem ainda é precária e não específica. Algumas percepções se referem à inerência da humanização na prática fisioterapêutica e que esta característica seria pessoal e individual sendo difícil ser desenvolvida na graduação.

É hoje, [...] eu acho que falar de Fisioterapia sem falar da parte humanística é muito, é muito difícil. [...] Hoje o peso da parte humanística ela não é tão grande no nosso currículo [...]. (D.1.1)

Eu acho que é pessoal! Eu acho que é pessoal. Na minha opinião particular é pessoal. (D.1.2)

A parte humana, na formação do fisioterapeuta, é relacionada com a presença de disciplinas sociais como filosofia, sociologia, antropologia e psicologia. Este aspecto também é trabalhado quando o aluno é colocado em contato com o paciente, desde o início da graduação, e se tem a preocupação com as

necessidades da população assistida. Com a introdução de discussões de bioética na formação, e de disciplinas de habilidades, algumas tentativas nessa direção foram implementadas.

[...] então essa questão da humanização eu acho muito, eu estou dando um grande enfoque, trabalhando desde as questões de bioética, [...]. (D.2.2)

A formação humana é amplamente abordada nas discussões sobre a formação do RHS, indo ao encontro das necessidades do Sistema Único de Saúde e da própria população, que procura um atendimento digno e que respeite sua individualidade (LAMPERT, 2002; ABENFISIO, 2003; TEIXEIRA, 2003).

As diretrizes curriculares para o curso de Fisioterapia apontam para uma “formação generalista, **humanista**, crítica e reflexiva” (BRASIL, 2002). Para atuação numa ESF o profissional necessita de uma formação humana bem sólida (BRASIL, 2000). Przysiezny (1999) chama a atenção para o descontentamento generalizado em relação aos serviços de saúde e profissionais, que teria como principal causa a fundamentação da atuação, desumana e voltada não para o indivíduo, mas para a doença.

Criatividade e adaptabilidade

A criatividade e capacidade de adaptação não são desenvolvidas em nenhuma disciplina específica, mas é solicitada aos estudantes, em especial no que diz respeito à terapia realizada.

Os professores entrevistados percebem que esta habilidade é mais desenvolvida em estudantes de instituição pública. Eles associam a falta de recursos com a melhor desenvoltura dos acadêmicos. Já em escolas particulares o aluno, por ter todos os recursos terapêuticos disponíveis, não sente a necessidade de adaptar-

se e ser criativo. Outra explicação possível, diz respeito à seleção realizada pelo vestibular, alunos em instituições públicas teriam sido “selecionados” devido à concorrência do vestibular.

As experiências “extra-muros” colaboram sobremaneira para o desenvolvimento dessas habilidades nos estudantes. No estágio em Programa Saúde da Família, desenvolvido por uma escola, é solicitada aos alunos a adaptação à realidade da UBS, e do domicílio do paciente. O estímulo pessoal do professor para a criatividade na terapia e nos recursos utilizados ainda é a forma predominante de trabalho desta habilidade.

Alencar e Fleith (2004) ressaltam que a criatividade é um fenômeno complexo e plurideterminado, onde inúmeras características do indivíduo e ambientais contribuem para sua expressão. Características como o interesse do aluno, seu potencial criativo, *background* de conhecimento, disponibilidade de tempo para dedicar-se, são alguns fatores que influenciam na criatividade. No entanto, observa-se que a prática docente de se exigir do aluno a reprodução de conhecimento e memorização cerceiam a capacidade criativa dos alunos. Então, se o professor pode tolher a criatividade do aluno, poderia também facilitá-la.

A necessidade de um profissional criativo e com condições de adaptação são competências exigidas pela profissão e devem ser desenvolvidas durante a formação (BRASIL, 2002; ABENFISIO, 2003). A limitação percebida por docentes em cultivar a criatividade em sala de aula pode ser explicada pela ausência de conteúdos na área de criatividade na própria formação docente (ALENCAR e FLEITH, 2004). As mesmas autoras citam alguns fatores que contribuiriam para um exercício docente que estimule a criatividade, seriam: incentivo a novas idéias, clima

para expressão de idéias, avaliação e metodologias de ensino, interesse pela aprendizagem do aluno.

Liderança e Tomada de Decisões

Outras características percebidas diferentemente em instituições públicas e privadas são a liderança e tomada de decisões. Alguns professores as consideram pessoais e inerentes ao indivíduo, não sendo trabalháveis na graduação.

Numa faculdade particular essa questão é sempre um pouco mais complicada, porque normalmente, assim, as lideranças, elas não são lideranças assim muito enfáticas. . Porque numa faculdade particular você praticamente tem tudo que você precisa, então você tem bons recursos, bons locais de estudo. Mas de qualquer maneira, liderança eu, não sei, eu acho que cada um nasce para ser líder, não sei se é uma coisa que seja muito treinável [...]. (D.1.3)

Por meio de trabalhos em grupos, divisões de tarefas e mesmo na prática em estágio a liderança é observada e trabalhada na graduação. A liderança surgiria com a liberdade, ao permitir que o estudante seja livre, a liderança se desenvolveria, até mesmo pela necessidade de se posicionar e tomar decisões, em particular frente ao paciente, nos estágios.

Simões e Fávero (2000) reconhecem a importância da competência em liderança, pois esta cria oportunidades para a inovação, levando à implantação de mudanças. A formação em Fisioterapia tem como responsabilidade formar um profissional competente em liderança (BRASIL, 2002) e segundo Almeida (2004), Ragasson et al (2005) e Pereira et al (2004) faz parte das atribuições do fisioterapeuta na ESF a capacidade de liderança e tomada de decisões.

Os estudos sobre liderança são consensuais em relação ao fato de a liderança não se desenvolver isoladamente, ela é um fenômeno grupal, dependente de interação entre duas ou mais pessoas. Para o aprendizado da liderança são

necessárias algumas mudanças na formação: focagem na interação, mudança da imagem de líder, maior distribuição de poderes, estrutura que facilita a colaboração entre pares, valorização das diferenças e uma perspectiva de renovação (NEUFELD et al, 1995).

Para ser líder é necessário ser adaptável, flexível, e habilidoso em comunicação, bem como ser um facilitador e coordenador, mais que administrador. A promoção dessas habilidades na formação torna-se um desafio, um entrave no desenvolvimento da liderança seria a falta de estímulos pela não criação de oportunidades que favoreçam a expansão das potencialidades com autonomia (SIMÕES e FÁVERO, 2000).

Desta forma algumas habilidades poderiam ser desenvolvidas na formação, tais como: buscar o auto-conhecimento, bom relacionamento interpessoal, comunicação simples e clara, delegação de poderes, buscando o melhor de cada um, incentivo à equipe, ser facilitador e inspirador, mais que controlador e ter clareza quanto à filosofia, crenças e valores da profissão (SIMÕES e FÁVERO, 2000). O desenvolvimento dessas habilidades pode ser perfeitamente estimulado e apreendido durante a formação, cabe questionar as disciplinas de Administração em Fisioterapia, uma vez que seriam responsáveis pelos conteúdos de gerenciamento e liderança. Quais estão sendo as características de chefia e processo de tomada de decisão, abordados por elas?

Comunicação

Quanto a uma disciplina específica para o desenvolvimento da habilidade de comunicação, apenas uma instituição possui a disciplina de Habilidades, que

trabalha especificamente essa questão. Outra proposta de inclusão, também, de uma disciplina de habilidades, apareceu na instituição que passará por uma reforma curricular em 2006. A terceira IES não relatou nenhuma disciplina ou proposta concreta.

A questão da comunicação com pacientes ou familiares, com outros profissionais, e mesmo a comunicação científica é valorizada e requisitada pelos docentes. No mundo do trabalho, o profissional necessita não apenas de competência técnica, mas também interagir com outros indivíduos, o que ocorre por intermédio da competência comunicativa (MARKERT, 2002). Nas instituições pesquisadas, busca-se trabalhar essas questões por meio de apresentações de trabalhos, seminários e casos clínicos.

Atividades comunicativas e educativas junto à comunidade são trabalhadas no estágio em PSF e em uma disciplina de Saúde Pública, quando os estudantes vão à comunidade desenvolver atividades de prevenção e promoção. Outros meios são utilizados como de desenvolver a comunicação, alguns exemplos citados pelos professores foram elaboração de “folders”, teatros e cartazes.

A necessidade de se trabalhar na formação a competência comunicativa já foi abordada anteriormente, e em especial para a atuação no PSF (RAGASSON et al, 2005; TESSEROLLI, 2003; PEREIRA et al, 2004). Apesar de se procurar trabalhar a questão da comunicação verbal, percebe-se uma dificuldade maior quanto à comunicação não-verbal. Para Silva (1996), quanto mais esta for do domínio do profissional da saúde, tanto melhor será sua condição de emitir sinais não verbais coerentes com seu discurso, na relação com o paciente.

Trabalho em Equipe

O trabalho em equipe aparece de forma extracurricular na graduação, por meio de projetos de extensão e atividades pontuais. Vale ressaltar que a formação do fisioterapeuta deve objetivar dotar o profissional de capacidade para o trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2002). Quando essas capacidades não são trabalhadas curricularmente, mas apenas por meio de atividades extracurriculares, não se pode garantir o seu desenvolvimento por todos os acadêmicos. É importante rever como essa competência, essencial ao trabalho no PSF (BRASIL, 1994, 2000), vem sendo desenvolvida na formação dos fisioterapeutas. Félix (2005) também encontrou, em Santa Catarina, que as práticas de trabalho em equipe ocorrem somente em projetos de extensão, sendo falhas nas disciplinas, durante a graduação.

Isso acontece mais em alguns projetos, os projetos de extensão e os projetos de ensino. (D.2.1)

Esse tipo de coisa a gente consegue englobar aqui na instituição, pelos vários projetos que nós da área da saúde temos em conjunto. (D.1.3)

Mesmo quando presentes as atividades se restringem a relações multiprofissionais, e não interdisciplinares. Novamente os docentes percebem uma maior dificuldade em trabalhar essas questões em instituições particulares. Aparecem dificuldades em se trabalhar interdisciplinarmente na academia, cabendo ao estágio na comunidade ou em instituições conveniadas, a possibilidade de uma interação multiprofissional.

Levando-se em consideração as diferenças entre o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, abordadas por Feuerwerker e Sena (1999), e discutidos anteriormente, percebe-se que ainda é distante a concretização da

interdisciplinaridade na formação em Fisioterapia. A dificuldade encontrada, em especial pelas instituições privadas, relaciona-se a ausência de diversidade em cursos na área da saúde oferecidos, e a uma dificuldade de entrosamento e articulação entre os cursos existentes. Ressalta-se que em todos os cursos de graduação na área da saúde explicita-se a necessidade de trabalho multiprofissional em suas diretrizes (ALMEIDA, 2003).

Conhecimento e vivência do SUS

O estudo dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde está centrado, geralmente, em uma única disciplina nos primeiros anos da graduação. Percebe-se que esta situação não mudou muito desde o estudo de Schmidt (2002), e que pode ser explicada pela influência do currículo mínimo na estruturação da maioria dos cursos. É comum nas falas dos docentes destas disciplinas perceberem a necessidade de ampliação da atuação do fisioterapeuta no SUS. Observam-se também uma dificuldade de aceitação por parte dos alunos, sendo exigido do professor estratégias para tornar a disciplina mais interessante. Essa rejeição pode estar associada ao que Schwingel (2002) aborda, qual seria uma possibilidade de perda de reconhecimento social no trabalho em saúde pública.

[...] entrando em Saúde Pública acho que são aproximações sucessivas. É um conteúdo pesado, o aluno na maioria das vezes não tem muito interesse por essa área, são poucos alunos que se interessam, então a gente tenta fazer uma coisa mais prática, mais dinâmica; tem aulas teóricas, tem aulas com discussão de vídeo, com discussão de reportagens, tem aulas no laboratório de informática pra gente fazer um levantamento de dados sócio-demográficos, indicadores de saúde, aí a gente trabalha as questões relacionadas a epidemiologia. (D.2.1)

[...] tentar ampliar o horizonte do aluno, pra focar que a fisioterapia não é só curativa e reabilitadora, mas sim preventiva também, então mostrar para o aluno a inserção do fisioterapeuta nos Programas de

Saúde da Família, junto aos agentes comunitários, é, trazendo este aluno mais pra prática também, não só na teoria [...]. (D.2.3)

Dentro da disciplina de Saúde Pública, a minha visão, da formação do profissional, que ele seja mais atuante, e ele tenha uma participação maior nas questões sociais [...]. (D.2.2)

O objetivo principal do estágio PSF é mostrar a importância e a abordagem da atuação do fisioterapeuta na estratégia, levando o aluno a vivenciar o SUS.

[...] é levar o aluno pra atender, pra trabalhar, pra estagiar dentro do SUS, pra ele perceber quais as áreas e como nós podemos atender dentro do SUS, [...] e junto com isso nós estamos iniciando um trabalho de criação científica, nós estamos começando a produção de artigos, mostrando a importância do profissional fisioterapeuta dentro da Saúde Pública. (D.2.2)

No entanto, estratégias de mudanças, com a inserção e vivência do estudante no sistema de saúde já vêm sendo implantadas. O AprenderSUS busca contribuir para essa realidade. Como já abordado, uma instituição já disponibiliza estágio no PSF e outra pretende incluí-lo no novo currículo, além de já ter tido uma experiência de trabalho multiprofissional e interdisciplinar nas UBS, como relatado por Trelha e Santos (2003). Apenas interesse em incorporar às práticas de estágio, a vivência no sistema de saúde, não garantem sua consolidação, uma vez que Schmidt (2002) já havia observado este interesse em 2001, e após quatro anos pouco foi modificado.

O ensino continua centrado no hospital e clínica com recursos tecnológicos avançados. Segundo Rosa (1994) professores e alunos são resistentes à idéia de sair dos hospitais terciários para treinamento em unidades de menor complexidade, a autora lembra que não se pode esquecer que a graduação busca formar pessoal para atuar nas diversas situações reais do exercício profissional. No caso da Fisioterapia a situação é complicada, pois não se vê no SUS um grande

empregador, uma vez que esta ainda não faz parte do quadro profissional obrigatório da rede de serviços.

Capítulo 7

Conclusões

“A verdadeira dificuldade não está em aceitar idéias novas, mas em escapar às idéias antigas”.

John Maynard Keynes

A inserção do fisioterapeuta em equipes do Programa Saúde da Família acontece conforme a necessidade e realidade locais. Em Londrina este profissional teve seu ingresso no PSF devido uma demanda específica, o grande contingente de indivíduos acamados encontrado pelas ESF. Esta forma de inclusão influenciou a configuração do atendimento prestado, porém o número de profissionais não conseguiu abranger toda a demanda apresentada, levando os profissionais a se adaptarem. Esta inserção, também, não foi seguida de uma organização e padronização no atendimento, fato observado pela ausência de uma diretoria específica para a Fisioterapia e pela deficiência estrutural. Conseqüentemente cada profissional, inicialmente, desenvolveu atividades de acordo com suas características pessoais e facilidades encontradas.

A atuação do fisioterapeuta no PSF de Londrina orientou-se predominantemente às demandas curativas, como acompanhamentos e orientação de indivíduos acamados, tratamento de crianças asmáticas e resolução de demandas curativas diversas. Em algumas UBS o fisioterapeuta conseguiu desenvolver atividades coletivas preventivas e promocionais, mas essa atuação foi determinada mais pelas características da comunidade e do profissional em particular, que por uma reorientação do serviço.

O perfil profissional do fisioterapeuta do PSF encontrado foi o de um profissional crítico-reflexivo, engajado e comprometido socialmente. Algumas características gerais demonstraram que este profissional deve ter: empatia e facilidade de comunicação, capacidade de trabalho em grupo, criatividade e iniciativa, liderança e flexibilidade, visão integral do ser humano, conhecimento sobre o SUS e formação generalista.

Os principais conflitos vivenciados pelos fisioterapeutas no ingresso no PSF relacionaram-se à parte estrutural e falta de profissionais no serviço. Observou-se que a mudança de ambiente de trabalho, representada pelo abandono da clínica ou consultório em favor do ambiente domiciliar, foi um fator a mais de adaptação dos profissionais. No geral, os profissionais não tiveram grandes dificuldades nesta transição, o que pode ser justificado, em grande parte, pelas características gerais necessárias poderem ser desenvolvidas individualmente ou na prática profissional pessoal.

Apesar de a formação preocupar-se com a integralidade e formação direcionada ao SUS, observou-se que ocorrem deficiências nesta formação. A graduação busca a formação de um fisioterapeuta generalista e crítico-reflexivo, mas as metodologias de ensino e os campos de estágio contribuem para uma formação que valoriza a especialização do conhecimento, centrada na doença e com metodologias baseadas na transmissão de conhecimentos. Algumas iniciativas buscaram inserir o acadêmico na rede de serviços municipais e no PSF, porém são iniciativas pontuais. As mudanças ocorridas situaram-se no plano das inovações, carecendo de transformações que possam realmente corroborar a mudança no objeto de trabalho do fisioterapeuta, deslocando-o da doença para a saúde.

Considerações finais

*"Caminhar
vem vamos embora que esperar não
é saber
Quem sabe faz a hora não espera
acontecer"*

G. Vandr 

Este estudo analisou as percepções encontradas nas entrevistas de fisioterapeutas e docentes. Percepções de determinados atores podem não ter sido identificadas, por limitações metodológicas da entrevista semi-estruturada, por possíveis deficiências de sensibilidade do instrumento, na sua aplicação ou na exploração do tema pelo pesquisador, tanto no decorrer das entrevistas como no momento de análise.

À medida que a pesquisa se desenvolvia ocorreu uma maior aproximação entre pesquisador e a temática, possibilitando maior aprofundamento. A categorização empírica, inerente à metodologia escolhida, buscou a compreensão do objeto de pesquisa e das questões norteadoras. Vale lembrar que, devido à natureza da análise de conteúdo temática, as definições dos temas e categorias são resultados de elaboração e análise deste autor, destituído de qualquer pretensão à neutralidade, embora, imbuído do sentimento de contribuir legitimamente para maior aproximação cognitiva do objeto estudado.

O Programa Saúde da Família vem provocando uma “revolução” na atuação profissional e estruturação do trabalho em saúde. Conseqüentemente ocorre a necessidade de adequação dos recursos humanos, indivíduos cuja formação, na maioria das vezes, se deu no modelo tecnicista e biologicista, e que entram em confronto com uma prática desafiadora, a da integralidade. Fruto deste processo observa-se, ainda, muitos profissionais que não transformaram suas condutas, reproduzindo o modelo em que foram formados.

A Fisioterapia vem encontrando um espaço de atuação amplo dentro da Saúde Coletiva, em especial nas ESF, porém muitas barreiras ainda são impostas a essa nova prática. O profissional precisa focar sua atenção no indivíduo e na saúde como qualidade de vida, não se quer dizer com isso, que se deva ignorar todo o

conhecimento acumulado em relação à terapia e reabilitação, pois apesar da necessidade em considerar a saúde de maneira ampliada, como qualidade de vida, a doença, a deficiência e as limitações também fazem parte da existência humana. O que não pode ocorrer é a permanência de uma atenção voltada exclusivamente a estes aspectos, sem considerar o indivíduo, seu contexto, e sua condição de sujeito.

Em sua inserção no PSF, o fisioterapeuta deve também mudar sua concepção de saúde e de assistência. Para que isso ocorra de forma mais natural, as instituições formadoras são peças fundamentais no processo. Os professores possuem papel privilegiado na formação, uma vez que são vistos como exemplos, imagem-objeto e identidade profissional idealizada pelos estudantes. As IES e o SUS precisam estabelecer pactuações para que o aparelho formador esteja condizente com a realidade do sistema de saúde nacional. As diretrizes curriculares vieram somar, e as mudanças, apesar de tímidas, vão ao encontro de uma atenção mais integral. Ainda são necessárias mudanças profundas na sociedade, nos alunos e docentes, pois se valoriza acentuadamente uma atenção especializada, hospitalocêntrica e medicalizada.

Para atuar no PSF o fisioterapeuta deve desenvolver competências de trabalho em equipe, criatividade, liderança, comunicação, autonomia, dentre outras, bem como ter uma formação humana, generalista e com visão integral. A graduação, em seu papel formador, deve prover condições para que o estudante possa desenvolver suas capacidades e alcançar as competências necessárias. Para tanto é importante a adoção de metodologias de ensino-aprendizagem mais ativas, centradas no aluno, além de uma maior articulação com o serviço e a comunidade. É de importância fundamental a qualificação docente, uma vez que a maioria dos professores foi formada no modelo que se busca superar.

A formação profissional não se restringe à graduação, cada vez mais se percebe a busca por cursos de pós-graduação ou aperfeiçoamento na Fisioterapia. Em relação a atuação no PSF, ainda é deficiente a disponibilidade de vagas para fisioterapeutas em residências multiprofissionais em saúde da família. Também a educação permanente e continuada são estratégias que necessitam de consolidação para que a atuação dos profissionais esteja mais adequada às necessidades da população e do Sistema Único de Saúde.

Será difícil alcançar uma formação generalista enquanto a especialização e compartimentalização do saber forem supervalorizadas. Também não se pode confundir aquela formação com uma atuação simplista e desqualificada, nem negar a importância dos avanços no conhecimento decorrentes da especialização e da pesquisa. O profissional generalista não deve ser apenas aquele que sabe um pouco de tudo, mas aquele que considera em sua atuação o indivíduo em seu contexto, analisando e abordando as diversas dimensões que influem na produção da saúde. Não se pretende, nem seria ideal, extinguir as especialidades, mas inverter a lógica e a relação generalista/especialista.

Enfim, o processo começou e as mudanças em direção a uma concepção mais ampla de saúde e uma atuação mais integral já estão em debate, mas a caminhada é longa, e as forças contrárias são fortes. A ausência da categoria na arena política se reflete na escassez de campos de trabalho e a abertura exponencial de cursos de graduação já se reflete no aumento da competitividade e precarização do trabalho.

A Fisioterapia ainda precisa se consolidar no PSF, e os profissionais devem assumir uma atuação mais integral. A formação não pode continuar omissa a

este novo campo de atuação e de estágio, preparando realmente seus egressos para uma atuação em todos os níveis de atenção.

Como a atuação do fisioterapeuta no PSF ainda é incipiente, outros estudos ainda são necessários. Como dito inicialmente a presente pesquisa nunca pretendeu esgotar o assunto, o importante é estimular discussões acerca da prática e formação universitária do fisioterapeuta. Muitas questões ainda precisam ser respondidas. Quais as melhorias nos níveis de saúde da população com a atuação do fisioterapeuta no PSF? E o papel do acadêmico nesta transformação de paradigmas? Como assumir a integralidade eixo estruturante na formação e prática do fisioterapeuta? Como andam as mudanças na formação em Fisioterapia?

Algumas questões surgem ao término deste estudo, outras deverão surgir nas rodas de discussão e na reflexão da própria prática...

Referências

*“Posso não concordar com uma
única palavra do que dizeis, mas
defendereis até a morte o direito de
dizê-la”.*

Voltaire

ABENFISIO. Carta de Vitória, 26 abr. 2003. **FisioBrasil**. n. 59, p. 6-9, 2003.

ABRASCO. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 7., 29 e 30 jul. 2003, Brasília. **Relatório da Oficina de Trabalho - Fisioterapia e Saúde Coletiva: enfrentando o desafio da integralidade da atenção.** Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/Congresso%20SC/Oficinas/Fisioter.pdf>> Acesso em 10 out. 2005.

AGUIAR, R. G. **Conhecimentos e atitudes sobre atuação profissional do fisioterapeuta entre os profissionais da Equipe mínima de Saúde da Família em Ribeirão Preto.** Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

ALENCAR, E. M. L. S.; FLEITH, D. S. Inventário de práticas docentes que favorecem a criatividade no ensino superior. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 17, n. 1, p. 105-110, 2004.

ALMEIDA, D. C. S. **Atuação do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família.** Monografia (Especialização). Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Ministério da Saúde. Cascavel. 2004.

ALMEIDA, M. J. **A organização de serviços de saúde a nível local: registros de uma experiência em processo.** Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1979.

_____. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. **Olho mágico**, Londrina, ano 3, n. 14, p. 7-8, out./dez. 1997.

_____. **Educação Médica e Saúde:** possibilidade de mudança. Londrina: Ed. UEL, Rio de Janeiro: ABEM. 1999.

ALMEIDA, M. J. (Org). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde.** Londrina: Rede Unida, 2003.

ANDRADE, L. O. M. Entrevista: Fisioterapeuta deve fazer parte do Programa de Saúde da Família. **O COFFITO**, São Paulo, n. 19, p. 13-17, jun. 2003.

ANDRADE, P. R.; BORGES, J. S.; CAMPO, T. T. **Fisioterapia em Mato Grosso do Sul:** uma história em construção. Campo Grande: UCDB, 2003.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista:** contribuições para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas. Unicamp. Campinas, 1975.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: edições 70, 1977.

BARROS, F. B. M. (Org). **O Fisioterapeuta na Saúde da População:** atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002a.

BARROS, F. B. M. Apresentação: Responsabilidade social. In: _____ (Org) **O Fisioterapeuta na Saúde da População**: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002b. p. 7-9.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**: um manual prático. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. S. M.; LIMA, J. V. C. A Unidade Básica no Contexto do Sistema de Saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org). **Bases da Saúde Coletiva**, Londrina: Ed. Uel, 2001. cap. 7, p. 133-143.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº. CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**. Brasília, 4 mar. 2002.

_____. Decreto lei nº. 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 de outubro de 1969. Disponível em: <<http://www.crefito8.org.br/resoluc/LEI938.htm>> . Acesso em: 25 ago. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Dentro de Casa**. Programa de Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, [199-].

_____. 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.

_____. 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.crefito8.org.br/resoluc/LEI6316.htm>>. Acesso em: 25 ago. 2004.

_____. Lei nº. 8.080, de 9 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, e dá outras providências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001b.

_____. **Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e as bases da educação nacional. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em: 09 set 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 198/GM/MS** de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.065** de 04 julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. Disponível em: <http://www.crefito2.org.br/comunicado/Portaria_1.065.doc> Acesso em: 20 nov. 2005.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. cap. 1, p. 15-38.

CAMARGO, S. X. **Sistema Único de Saúde: paradigma válido para a odontologia?** Representações dos cirurgiões-dentistas sobre o SUS. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. 2004.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleos de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

_____. **Saúde Paidéia**, São Paulo: HUCITEC, 2003.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org). **Bases da Saúde Coletiva**, Londrina: Ed. Uel, 2001. cap.2, p. 27-59.

COFFITO. Resolução nº. 10, de 03 de julho de 1978. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/leis1.asp?id=10>>. Acesso em: 03 set. 2005.

_____. Uberlândia: Saúde Pública na Rotina das Pessoas. **O COFFITO**, São Paulo, n. 5, p. 13-20, dez. 1999.

_____. Santarém: em busca da saúde, na terra e na água. **O COFFITO**, São Paulo, n. 7, p. 10-15, jun. 2000a.

_____. Saúde Pública: omissão ou responsabilidade? **O COFFITO**, São Paulo, n. 7, p. 16-17, jun. 2000b.

_____. Camaragibe: O milagre da Simplicidade. **O COFFITO**, São Paulo, n. 10, p. 10-13, mar. 2001a.

_____. Camaragibe: modelo de atenção voltado à família. **O COFFITO**, São Paulo, n. 10, p. 14-17, mar. 2001b.

_____. Estágio Rural: duas realidades, mesma filosofia. **O COFFITO**, São Paulo, n. 10, p. 20-28, mar. 2001c.

_____. Instituto Fernandes Figueira, assistência domiciliar: uma questão de respeito social. **O COFFITO**, São Paulo, n. 12, p. 4-9, set. 2001d.

_____. Fisioterapia e Saúde Pública: Audiência Pública em Goiânia garante assistência fisioterapêutica. **O COFFITO**, São Paulo, n. 12, p. 33-34, set. 2001e.

_____. Saúde Pública: Atuação Transformadora no diabetes. **O COFFITO**, São Paulo, n. 13, p. 16-22, dez. 2001f.

_____. Londrina – Alvo: família e criança. **O COFFITO**, São Paulo, n. 13, p. 23-27, dez. 2001g.

_____. Paracambi – no voluntariado, a inclusão do fisioterapeuta no PSF. **O COFFITO**, São Paulo, n. 16, p. 22-26, set. 2002a.

_____. Cascavel: Residência em Saúde da Família. **O COFFITO**, São Paulo, n. 16, p. 27-31, set. 2002b.

_____. Sobral. Escola de Posturas: resolutividade do ato fisioterapêutico. **O COFFITO**, São Paulo, n. 18, p. 14-21, mar. 2003a.

_____. Campos de Goytacazes: Gestão com responsabilidade social. **O COFFITO**, São Paulo, n. 18, p. 17-20, mar. 2003b.

_____. Programa de Saúde da Família em Macaé. **O COFFITO**, São Paulo, n. 18, p. 20-21, mar. 2003c.

_____. Fisioterapia e a cidade: em busca do olhar epidemiológico. **O COFFITO**, São Paulo, n. 22, p. 41-41, ago. 2004a.

_____. Balneário Camboriú: Saúde Pública em ação integrada. **O COFFITO**, São Paulo, n. 21, p. 26-31, fev. 2004b.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2005.

CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. **Anais... Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, supl 1 e 2., 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Bioética**, Brasília, v.4, n.2, supl., 1996.

CORDONI JUNIOR, L. **Serviços Municipais de Saúde no Paraná** – Tendências e perspectivas. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1986.

COSTA, E. M. A. Saúde da Família (cap.2) p.7-17. In: COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

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

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

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DEPRESBITERIS, L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. In: PROFAE. Ministério da Saúde. **Formação 02. Humanizar cuidados de saúde**: uma questão de competência. v.1, n.2, maio 2001.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens Quantitativas e Qualitativas em Saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org). **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. cap. 7, p. 195-223.

DIAS, E. C. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?** Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1994.

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

FARO, F. R. Projeto de Fisioterapia é apresentado em congresso. **Folha de Londrina**, Londrina, 20 mar. 2004.

FÉLIX, S. B. C. M. **Objetos Fronteiriços Possibilitando o Desenvolvimento da Interdisciplinaridade durante a Graduação em Fisioterapia**. Dissertação (Mestrado). Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí. 2005.

FERNANDES, M. G. O Fisioterapeuta no Programa de Educação e Controle do Diabetes da cidade de Natal-RN. In: BARROS, F. B. M. (org) **O Fisioterapeuta na Saúde da População**: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p.169-183.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: HUCITEC; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: ABEM, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Olho Mágico**, Londrina, ano 5, n. 18, p. 5-6, mar. 1999.

FONSECA, C. D.; SEIXAS, P. H. D'A. Agenda Nacional de Recursos Humanos em Saúde: diretrizes e prioridades. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D'A. (Org) **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002.

FREITAS, M. S. A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora. In: BARROS, F. B. M. (org) **O Fisioterapeuta na Saúde da População: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p.17-27.

GAVA, M. V. **Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2004.

GIL, C. R. R.; MARTIN, G. B.; GUTIERREZ, P. R. A Organização dos Serviços de Saúde em Londrina e Região: uma experiência concreta do processo de municipalização. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: EDUEL, Rio de Janeiro: ABRASCO. 2001. cap. 3, p. 61-91.

GUTIERREZ, P. R. **A municipalização e a experimentação de modelos assistências em Londrina: os dilemas e as discontinuidades do processo**. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1999.

LAMPERT, J. B. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: HUCITEC/ABEM, 2002.

LONDRINA. Prefeitura do Município. **Perfil de Londrina 2004**. Disponível em: <<http://ns.londrina.pr.gov.br/cidade/londados.php3>>. Acesso em: 3 set. 2005.

_____. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2003**. Londrina, 2003.

_____. Prefeitura Municipal. Autarquia do serviço Municipal de Saúde. **Roteiro e Diretrizes para elaboração do Projeto Municipal de Expansão do Saúde da Família**. Londrina, [2003?].

MACHADO, M. H. Mercado de Trabalho em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 227-248.

MARINHO, P. É. M. A visão sistêmica na Fisioterapia. Curitiba. **Fisioterapia em movimento**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 9-14, out. 1998/ mar. 1999.

MARKERT, W. Trabalho e comunicação: reflexões sobre um conceito dialético de competência. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, n. 79, p. 189-210, ago. 2002.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MELLO, G. N. Afinal, o que é competência? **Escola**, p. 14, mar. 2003.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004,

MOSER, A. D. L. A Formação do profissional de fisioterapia e sua adequação à comunidade. **Fisioterapia em movimento**, Curitiba, v. 9, n. 2. out./mar. 1997.

NEUFELD, V. et al. **Leadership for change in the Education of Health Professionals**. Maastricht: Network Publications. 1995.

NOGUEIRA, R. P. O Trabalho em Saúde Hoje: novas formas e organização. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D'A. (Org) **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002. p. 257-322.

NOVAES JUNIOR, R. R. Pequeno histórico do surgimento da Fisioterapia no Brasil e de suas entidades representativas. **E-fisio**. Disponível em: <<http://www.infonet.com.br/fisioterapia/historia.htm>>. Acesso em: 03 set. 2005.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

_____. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 143-146, ago. 2001.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PALÚ, A. P. N. **A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná**. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. 2004.

PEREIRA, F. W. A. et al. A Inserção da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. **Sonare**, Sobral, ano 5, n.1, p.93-100, fev./mar. 2004.

PEREIRA, L. A. Congresso da Abrasco: oficina de trabalho discute fisioterapia na saúde coletiva. **O COFFITO**, São Paulo, n. 19, p. 31-33, jun. 2003.

PEREIRA, L. A.; ALMEIDA, M. J. Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 415-458.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 2004. p. 21-36.

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: Ed Papa – livros, 1999. p. 25-48.

PLOSZAJ, A. SUS: Fisioterapia ou Reabilitação? **Fisiobrasil**, n. 53, p. 13, nov./dez. 2002.

PRZYSIEZNY, W. L. **Fisioterapia Preventiva: Uma questão de educação em saúde**. Dissertação (Mestrado). Universidade Regional de Blumenau. Blumenau. 1999.

PUSTAI, O. J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. cap. 3, p. 17-21.

RAGASSON, C. A. P. et al. **Atribuições do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família: reflexões a partir da prática profissional**. Disponível em: <http://72.14.203.104/search?q=cache:aOE9yhjy4jwJ:www.unioeste.br/projetos/saud efamilia/atribuicoes_psf.rtf+fisioterapia+no+PSF&hl=pt-BR>. Acesso em: 08 nov. 2005.

RAMOS, M. L. R. **O trabalho da Enfermeira no Serviço Municipal de Saúde de Londrina**. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. 2002.

RAMOS, M. N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. In: PROFAE. Ministério da Saúde. **Formação 02. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência**. v.1, n. 2, maio 2001.

RAMOS, M. N. Indicações Teórico-Metodológicas para a elaboração de Currículos na Educação Profissional de nível técnico em saúde. In: CASTRO, J. L. (Org) **PROFAE. Educação Profissional em Saúde e Cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, A. R. O componente acadêmico dos Projetos UNI. In: KISIL, M.; CHAVES, M. (Ed.). **ProgramaUNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde**. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994. cap. 3, p. 25-36.

SAMPAIO, R. F. A Experiência em Belo Horizonte. In: BARROS, F. B. M. (org) **O Fisioterapeuta na Saúde da População: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 11-15.

SAKAI, M. H. et al. Recursos Humanos em Saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org). **Bases da Saúde Coletiva**, Londrina: Ed. Uel, 2001. cap. 5, p. 111-124.

SCHMIDT, L. A. T. **Os Cursos de Fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde**. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. 2002.

SCHRAIBER, L. B. **O Médico e seu Trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: HUCITEC. 1993.

_____. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p.63-74, 1995.

SCHWINGEL, G. A Fisioterapia na Saúde Pública: um agir técnico, político e transformador. In: BARROS, F. B. M. (org) **O Fisioterapeuta na Saúde da População: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 227-238.

SILVA, D. W.; TRELHA, C. S.; ALMEIDA, M. J. Reflexões sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da família. **Olho Mágico**, Londrina, v. 12, n. 1, p.15-19, 2005.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Editora Gente, 1996.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SIMÕES, A. L. A.; FÁVERO, N. Aprendizagem da Liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 91-96, jul. 2000.

SOUSA, M. F. Capital Humano no PSF: revendo o passado e imaginando o futuro. In: _____ (org) **Os Sinais Vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002. cap. 5, p. 105-114.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, R. C. A formação das atitudes necessárias ao fisioterapeuta do século XXI. **FisioBrasil**, n. 58, p. 4-6, mar./abr. 2003.

TESSEROLLI, S. L. **A Inserção do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família**. Monografia (Especialização). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2003.

TONIN, P. A. **Experiências, possibilidades e desafios para a Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família**: revisão de literatura. Monografia (Especialização) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. 2004.

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

TRELHA, C. S.; SANTOS, R. B. A comunidade como sala de aula: experiência de nove anos do curso de fisioterapia em um projeto multiprofissional e interdisciplinar. Curitiba. **Fisioterapia em movimento**, Curitiba, v.16, n. 1, p. 41-46, jan./mar. 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sócias**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. Decidindo quais indivíduos estudar. In: _____. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. cap. 8, p. 351-368.

VÉRAS, M. M. S. et al. O Fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. **Sonare**, Sobral, ano 5, n.1, p. 169-173, fev./mar. 2004.

Apêndices

*“Valeu a pena? Judo vale a pena se
a alma não é pequena.”*
Fernando Pessoa

APÊNDICE 1

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

consinto em participar da pesquisa **“O Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família: a experiência de Londrina”**. Essa pesquisa tem o objetivo de “Analisar a inserção e a prática do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família, do serviço de Atenção Básica do município de Londrina, e como as competências e habilidades necessárias para sua atuação estão sendo trabalhadas na formação universitária”.

Entendo que serão feitas perguntas a respeito de minha vida profissional, minha formação, e estou ciente de que as informações serão confidenciais, e os resultados deste trabalho serão divulgados de forma anônima e global. Sei também que não precisarei efetuar qualquer pagamento.

Em caso de dúvidas sobre esta pesquisa ou minha participação, posso esclarecê-las com o próprio pesquisador, Sr. Douglas Luciano Lopes Gallo, pelos telefones 3347 5958 e 9942 0000 e e-mail: douglasgallo@terra.com.br. Entendo que tenho a liberdade de aceitar ou não responder às questões da entrevista e me recusar a participar no momento em que quiser, sem prejuízo para mim ou minha família. O mesmo se aplica a algum documento que me seja solicitado.

Autorização: _____

Londrina, ___/___/____.

O pesquisador se compromete a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com os termos do presente Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura: _____

Londrina, ___/___/____.

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA – FISIOTERAPEUTAS DO PSF

Perguntas sobre o entrevistado:

- Nome
 - Idade
 - Formação acadêmica (local, tempo, titulação)
 - Atuação profissional (tempo)
 - Trabalhos anteriores
-
- ✓ Fale-me sobre o início de sua atividade profissional (quais eram suas áreas de interesse, perspectivas, dificuldades).
 - ✓ Fale-me sobre sua incorporação no serviço público e a equipe do PSF, e seu processo de capacitação.
 - ✓ Como você vê a assistência fisioterapêutica hoje?
 - ✓ Como você vê a assistência fisioterapêutica, no futuro?
 - ✓ Como você vê o SUS?
 - ✓ Como você vê a atuação da fisioterapia no SUS, e no PSF?
 - ✓ O que você considera importante para a atuação do fisioterapeuta no PSF (habilidades e competências)?
 - ✓ Gostaria de fazer mais algum comentário?
-

APÊNDICE 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA – DOCENTES E COORDENADORES

Perguntas sobre o entrevistado:

- Nome
 - Idade
 - Formação acadêmica (local, tempo, titulação)
 - Atuação profissional (tempo)
-
- ✓ Como você vê a assistência fisioterapêutica hoje?
 - ✓ Como você vê a assistência fisioterapêutica, no futuro?
 - ✓ Quais as habilidades e competências que o egresso tem?
 - ✓ Como tais competências e habilidades (o que os fisioterapeutas do PSF vão levantar) estão sendo trabalhadas na graduação?
 - ✓ Como você vê o SUS?
 - ✓ Como você vê a atuação da fisioterapia no SUS, e no PSF?
 - ✓ Gostaria de fazer mais algum comentário?
-

APÊNDICE 4



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Londrina, 20 de janeiro de 2005.

Prezado Senhor:

Solicitamos a V. S^a. a autorização para a realização do projeto de pesquisa “O fisioterapeuta na Atenção Básica de Londrina-Programa Saúde da Família: novas práticas, organização e representações dos Fisioterapeutas”, do mestrando Douglas Luciano Lopes Gallo, na Rede Municipal de Saúde de Londrina, com os fisioterapeutas que atuam no PSF. O referido estudo é baseado em uma metodologia qualitativa, e o projeto encontra-se em anexo.

Certos de poder contar com vossa valiosa colaboração, nos colocamos à sua disposição para maiores informações: Marcio – fone (43) 9995 4321 ou e-mail marcio49@uol.com.br e Douglas – fone (43) 9942 0000; e-mail douglasgallo@terra.com.br.

Atenciosamente,

Prof. Dr. MARCIO JOSÉ DE ALMEIDA
Orientador

VISTO:

Prof. Dr. DARLI ANTONIO SOARES
Coordenador do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

Ilmo Sr.
Dr. SILVIO FERNANDES DA SILVA
DD. Secretário Municipal de Saúde
Londrina-PR

APÊNDICE 5



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Londrina, 20 de novembro de 2004.

Prezado Sr(a). Coordenador(a),

Venho através deste solicitar a gentileza de permitir que Douglas Luciano Lopes Gallo, fisioterapeuta e mestrando em Saúde Coletiva/CCS, tenha autorização para coletar dados referentes à formação do fisioterapeuta na Instituição de Ensino Superior da qual V. S^a. responde como coordenador(a) do curso de Fisioterapia.

Esta solicitação se refere ao estudo de sua dissertação, cujo objetivo é analisar a inserção e a prática do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família, do serviço de Atenção Básica do município de Londrina, e como as competências e habilidades necessárias para sua atuação estão sendo trabalhadas na formação universitária.

Desde já nos comprometemos com o anonimato das informações obtidas, pois os dados serão trabalhados globalmente. Contando com sua valiosa colaboração e colocando-nos a disposição para maiores esclarecimentos, agradeço.

Atenciosamente

Marcio José de Almeida
Prof. Dr. Orientador da Dissertação de Mestrado

Ilmo(a). Sr(a).

Prof(a). (nome de cada coordenador(a))

Coordenador(a) do Curso de Fisioterapia

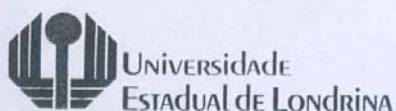
(nome da instituição)

(nome da cidade)

Anexos

“O erro do intelectual consiste em acreditar que se possa saber sem compreender e principalmente sem sentir.”

Gramsci

ANEXO 1

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

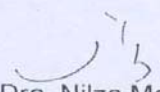
PARECER CEP271/04

Londrina, 07 de dezembro de 2004.

Ao Sr.
Douglas Luciano Lopes Gallo

O Comitê de Ética em Pesquisa analisou e **aprovou** o Projeto de Pesquisa **“O FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA DE LONDRINA-PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: NOVAS PRÁTICAS, ORGANIZAÇÃO E REPRESENTAÇÕES DOS FISIOTERAPEUTAS ”**, que está de acordo com a Resolução 196/96 – CNS.

Atenciosamente,



Prof.^a Dra. Nilza Maria Diniz
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora