

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: RESSIGNIFICANDO A PRÁTICA PROFISSIONAL

Marcos Souza Freitas

Doutor em Saúde Coletiva
Professor Adjunto da UFJF
mar.fre@terra.com.br

Com o surgimento da Fisioterapia, como mais uma profissão da área de saúde no Brasil, o espaço terapêutico reservado para o tratamento das pessoas que possuíam acometimentos físicos-funcionais foi preenchido. A presença da Fisioterapia nos locais destinados a essa clientela conferiu melhor qualidade ao tratamento e propiciou o estudo de novas técnicas, produzindo conhecimentos que permitiram avanços significativos para a saúde da população em questão, na perspectiva da readaptação funcional e da cura de alguns distúrbios funcionais. No entanto, sua prática ficou quase que restrita aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, o que tem contribuído para dificultar a percepção do próprio fisioterapeuta em relação à sua inserção no nível básico da atenção à saúde.

Na última década do séc. XX, especialmente a partir de 1995, começaram a surgir, mais efetivamente, algumas experiências da fisioterapia na Atenção Básica à Saúde no Brasil, seguramente motivadas pela mudança na Política Pública de Saúde, legitimadas pela Constituição Federal de 1988 que estabeleceu o acesso à saúde como um direito de cidadania e criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, as dificuldades de adaptação da Fisioterapia à nova realidade, qual seja, a inversão do modelo assistencial que passou a priorizar as ações no nível primário de atenção à saúde, parece ter gerado um novo cenário ainda mais desafiador para essa profissão.

Além das dificuldades de adaptações às novas conceituações propostas como princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), comuns à todos os atores da saúde, algumas indagações preliminares estavam colocadas para a Fisioterapia que, entre outras questões, incluem: como pensar em ações preventivas e de promoção à saúde quando, até então, toda a sua prática desenvolvida e fundamentada nos bancos acadêmicos, foi alicerçada na coerência com um raciocínio que dimensionou sua atuação nas disfunções físico-funcionais e na hipervalorização da doença? Como trabalhar em um espaço onde o uso da tecnologia (de média e alta complexidade, como: respiradores artificiais, laser, correntes de alta e baixa frequência, etc.) não é compatível, a priori, com esse nível de atuação? Como enfrentar um novo relacionamento interpessoal com o paciente que, inserido no seu contexto social, o desafia não só em relação à lesão estampada no seu corpo, mas também com verdadeiras tragédias sociais que o cercam? Como atuar junto com outros atores da saúde, se uma das marcas nitidamente presente na sua prática foi o isolamento entre o terapeuta e o paciente?

Por ser a Fisioterapia uma profissão relativamente nova no cenário da saúde brasileira – este ano completa quarenta anos de existência, a partir do Decreto-Lei nº 938/69 – há indícios de que as primeiras experiências relatadas na sua gênese encontram-se ainda muito fortes na influência da determinação das suas práticas profissionais, do seu campo de trabalho e da imagem que a profissão tem de si mesma. Esses indícios representados, por exemplo, na formação que valorizou (ou valoriza?) o estudo da doença, as ações curativas individuais e a ocupação profissional, quase que exclusivamente em clínicas de reabilitação, hospitais e consultórios, não podem ser desconsiderados. Isto porque, as dificuldades e as aptidões que a profissão apresenta para se inserir na atenção básica tendem a ser mais facilmente identificadas através do confronto das suas raízes históricas com o novo desafio posto.

Torna-se importante esclarecer que, quando nos referimos a algumas dificuldades específicas da Fisioterapia em relação à sua inserção na atenção básica, não estamos dando qualquer tom de exclusividade, como se não houvessem profissões com aspectos parecidos. Entretanto,

buscamos dar visibilidade a uma característica histórica que possibilitou a outras profissões da saúde (como por exemplo: a medicina, a enfermagem, o serviço social e a odontologia) estarem em espaços assistenciais mais próximos da comunidade, que hoje são os locais onde a atenção básica à saúde está situada, como: postos de saúde, escolas, centros sociais urbanos e outros. Tal fato produz peculiaridades distintas em relação à trajetória das profissões que já possuíam experiências no que era considerada saúde pública no Brasil, comparada às profissões que não passaram por essa experiência e tiveram suas ações voltadas para os hospitais, clínicas e consultórios.

De um lado, um grupo de profissões que, para atender às novas demandas propostas pelo SUS, em que a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) tornou-se o grande norteador da inversão do modelo assistencial no País, busca ajustar-se a um novo formato assistencial que, apesar de romper com a lógica do atendimento anterior, não os remete para um campo de trabalho desconhecido. Do outro lado, outros atores da saúde, entre eles o fisioterapeuta, que por não terem tradição de atuação na saúde pública, se deparam com um novo campo pouco habitado em suas histórias e, conseqüentemente, com dificuldades de delimitação de atuação, vivendo ainda uma série de desconfiças sobre a sua efetiva contribuição por parte de vários segmentos sociais.

Especificamente no caso da Fisioterapia, o entendimento sobre a sua prática atrelada a uma espécie de tratamento é tão marcante no senso comum, que se tornou natural ouvirmos as seguintes expressões usadas, não só pela população leiga, mas também por outros profissionais da saúde: *“Meu pai sofreu um derrame, me falaram que ele tem que fazer fisioterapia”*. Ou: *“O médico me falou que, quando eu retirar essa imobilização, eu terei que fazer fisioterapia”*. Em contrapartida, ninguém iria sugerir que uma pessoa fizesse medicina por estar com pneumonia, ou odontologia por ter uma cárie dentária, ou, muito menos, por ter um curativo mais complicado seria sugerido que fizesse enfermagem.

A discussão sobre a inserção da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde (ABS) perpassa, por conseguinte, não somente por uma reorganização de uma atuação mais eficaz ou mais resolutiva, como preconizado nas estratégias do Programa de Saúde da Família, mas, impreterivelmente, por uma ampliação de campo de trabalho. Associam-se a este novo campo como práxis da Fisioterapia, além das ações tradicionalmente desenvolvidas para a recuperação físico-funcional de um indivíduo, as ações de prevenção e promoção da saúde em um espaço em que o sentido do aprimoramento tecnológico se amplia para a apropriação de conhecimentos ligados, em especial, às Ciências Humanas.

Assim, para que possamos pensar a atuação da Fisioterapia nesse nível de atenção à saúde, entendemos que se faz necessária uma reflexão sobre a trajetória da profissão no Brasil, relacionando-a com os tipos de embasamentos teóricos que foram marcantes nas suas práticas assistenciais e, conseqüentemente, delimitadora do seu campo de trabalho.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, principalmente com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), as instituições ligadas à Fisioterapia – representativas e formadoras – começaram, mais efetivamente, a estimular a participação do fisioterapeuta na atenção básica, movidas por motivos diversos, em que se destacam: acompanhar a tendência das novas políticas públicas de investimento na ABS; assegurar um espaço nesse nível de atenção; propiciar a adaptação curricular às Diretrizes Curriculares e à participação em residências multiprofissionais.

No entanto, a Fisioterapia, que desde a sua origem tem nas atenções secundária e terciária a sua marca como campos de trabalho próprios da profissão, necessita ressignificar alguns valores que fazem parte da sua identidade profissional. Ou seja, para que a Fisioterapia se insira na atenção básica é necessário romper com a lógica exclusiva do atendimento individual, da hipervalorização da doença, do sentido restrito que associa a profissão à reabilitação, assim como, romper com a forte tendência de desenvolver práticas isoladas, distantes de interlocuções com outros atores da saúde e da própria comunidade.

Nessa perspectiva, torna-se importante assinalar que, em decorrência de algumas características do trabalho na atenção básica serem diferentes das realizadas nos outros níveis de

atenção à saúde, a profissão teve que agregar novos valores que não replicassem o mesmo formato e ações que tradicionalmente permearam a sua trajetória consolidada nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Dentre as principais diferenças encontradas, em relação às características apresentadas na atenção básica, destacam-se: (i) a mudança do cenário do atendimento em que, ao invés de um ginásio terapêutico, um consultório ou um leito hospitalar, as intervenções passaram a ser em domicílios, em escolas, em salões desprovidos de recursos físicos (ondas curtas, fornos, ultra-sons, entre outros), em unidades básicas de saúde, em igrejas, praças, etc.; (ii) o atendimento deixa de ser exclusivamente individualizado, incorporando-se à este o atendimento em grupo; (iii) a perda da exclusividade das ações fisioterapêuticas, no sentido etimológico da palavra, que se diluem e dividem espaço com as ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde; (iv) e a transformação de uma prática profissional calcada na decisão individual, arbitrada pelo fisioterapeuta, sobre os métodos e procedimentos a serem aplicados, para a busca de uma prática em que as decisões coletivas, numa perspectiva interdisciplinar com a participação dos usuários, sejam prioritárias para definir as ações que possam trazer impactos favoráveis para a saúde da comunidade.

É importante destacar que a participação da profissão nesse campo de trabalho tem favorecido diversas reflexões sobre a ampliação e/ou reconfiguração de suas práticas para a apropriação de novos saberes necessários a uma melhor intervenção nesse nível de atenção à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes sinalizados como desejáveis para a construção do SUS.

Impõe-se aqui esclarecer que as possíveis transformações das práticas da Fisioterapia, referidas como desejáveis para a construção do SUS, não se limitam ao nível básico de atenção. Porém, por conta da atenção básica estar se constituindo como um novo campo de atuação, as necessidades de adaptação tornam-se mais evidenciadas, visto que desafiam a lógica da profissão que, durante a maior parte da sua existência, teve como eixo principal de suas formulações a cura e/ou a recuperação (total ou parcial) dos movimentos perdidos.

Por fim, essas breves considerações estão distantes de qualquer pretensão de vislumbrar um ponto final nessa história, até porque sabemos que esse ponto final não existe. Cremos que contribuir para a sistematização do conhecimento acerca da inserção da Fisioterapia nesse nível de atenção à saúde é colocar reticências e propor questões que possam auxiliar novas práticas profissionais e novos trabalhos de pesquisa. Assim sendo, não podemos prosseguir legitimando apenas o que foi realizado. É preciso trabalhar, refletir, agir, intervir. Encenar possibilidades, caminhos modificadores de tudo, de nós mesmos, da vida coletiva. Sem receitas, modelos ou cópias.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. *Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969*. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de outubro de 1969.

_____. *Lei nº 6.316 de dezembro de 1975*. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de dezembro de 1975.

_____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. *Parecer nº 388*, Brasília, 1963.

_____. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. *Portaria nº 511*, Brasília, 1964.

_____. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. *Resolução nº 4*, Brasília, 1983.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior. *Parecer nº 1210*, Brasília, 2001.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior. *Resolução nº 4*, Brasília, 2002.

CENTURIÃO, C. C. H. *Prevenção em Fisioterapia: um estudo da formação profissional do fisioterapeuta no Estado do Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. *Resolução COFFITO-8* de 20 de fevereiro de 1978. Diário Oficial, Brasília, DF, nº 216, seção 1, parte II, p. 6.322-32, 13 nov. 1978.

_____. *Resolução COFFITO-10* de 03 de julho de 1978. Diário Oficial, Brasília, DF, n.182, seção I, parte II, p. 5.265/68, 22 set. 1978.

_____. *Resolução COFFITO-80* de 09 de maio de 1987. Diário Oficial, Brasília, DF, n.093, seção I, parte II, p. 7609, 21 mai. 1987.

FIGUEIRÔA, R.M. *Aspectos da Evolução Histórica do Fisioterapeuta no Brasil em especial no Rio de Janeiro*. Monografia de Pós Graduação Lato sensu em Docência Superior, Rio de Janeiro, 1996. (mimeo)

FREITAS, M.S. A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as diretrizes

curriculares ressignificando a prática profissional. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

_____. *O Fisioterapeuta e o Portador de Deficiência: uma relação terapêutica, educacional e de construção de cidadania*. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1999.

_____. A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora. In: BARROS, F. B. M. (Org.). *A Fisioterapia na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2000.

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.

_____. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ: ABRASCO, 2005.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ: ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda nos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003

RIBEIRO, K. S. Q. S. *Fisioterapia na comunidade: buscando caminhos na atenção primária à saúde a partir de um projeto de extensão universitária*. 2001, 193f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal da Paraíba. Paraíba.

SANCHEZ, E.L. *Histórico da Fisioterapia no Brasil e no Mundo*. Atualização Brasileira de Fisioterapia, ano II, vol.I, n. 03, 1984.

VIANA, A.L.D. e POZ, M.R.D. *Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família; informe final*. Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 166. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1998.

