



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**HELK JANE ABREU DE JESUS**

**O FISIOTERAPEUTA NO SUS:**  
contribuição para as Políticas Públicas de Saúde em Belém/PA

**FORTALEZA - CEARÁ**  
**2010**

HELK JANE ABREU DE JESUS

O FISIOTERAPEUTA NO SUS:  
contribuição para as Políticas Públicas de Saúde em Belém/PA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

Área de concentração: Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.

FORTALEZA - CEARÁ  
2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Biblioteca da UEPA/CCBS, Belém – PA

---

- J58f     Jesus, Helk Jane Abreu de  
          O fisioterapeuta no SUS: contribuição para as Políticas Públicas de Saúde em Belém-PA / Helk Jane Abreu de Jesus, 2010.  
          164 f.
- Orientador: João Tadeu de Andrade.
- Dissertação (Mestrado em Planejamento e Políticas Públicas) - Universidade Estadual do Ceará, 2010.
1. Fisioterapeutas. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. SUS-Sistema Único de Saúde. I. Andrade, João Tadeu de, Orient. II. Título.

CDD. 21. 615.82023

---

HELK JANE ABREU DE JESUS

TÍTULO:

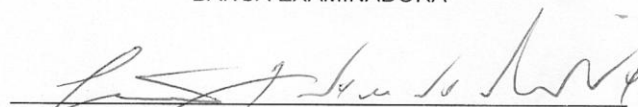
O FISIOTERAPEUTA NO SUS: Contribuição para as Políticas Públicas de Saúde em Belém/PA.

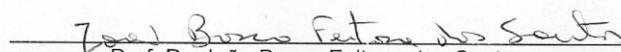
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

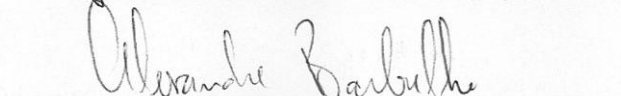
Área de concentração: Políticas Públicas.

Aprovada em: 18/10/2010.

BANCA EXAMINADORA

  
Prof. Dr. João Tadeu de Andrade (Orientador)  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

  
Prof. Dr. João Bosco Feitosa dos Santos  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

  
Prof. Dr. Alexandre Almeida Barbalho  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela existência e por me dar sentido à vida.

À minha linda mãe (*in memoriam*), pela oportunidade de viver, pelo incondicional amor e por ter me ensinado o significado da palavra dedicação.

Ao meu querido pai pela força presente e amor paterno.

À minha família, pelo apoio e manifestação de carinho pelo caminho que escolhi.

À Leonor e Diana que respeitaram meus momentos de solitárias reflexões e elucubrações ao longo deste trabalho.

Ao meu querido Marcelo Martins, amigo, companheiro, parceiro nesse duro processo de construção da dissertação.

À Christine Pacheco, pela sua esmerada eloquência, sabedoria espiritual e amizade fraterna.

Aos meus adorados amigos que compreenderam minhas forçadas ausências de suas deleitantes companhias.

À “cúpula” pelo incentivo e apoio nessa difícil trajetória do Mestrado, em especial à Ana Isabel Beserra, pela presença divertida, inteligente e animadora nos momentos de *relax*.

Ao meu estimado orientador prof. Dr. João Tadeu de Andrade, pela paciência, tranquilidade e esmero na arte de orientar.

Aos mestres da Universidade Estadual do Ceará que compuseram este mestrado, pelos enriquecedores conhecimentos.

À professora Fátima Serrão, pela incansável dedicação e compreensão com todos os alunos nesse difícil transcurso do Mestrado.

Aos meus caros colegas de turma, obrigada pela amizade e pelos agradáveis momentos juntos.

Aos informantes-chave, pela disponibilidade e compreensão no repasse de enriquecedoras informações.

Aos fisioterapeutas municipais que não impuseram barreiras pessoais e/ou institucionais, na construção deste trabalho

A todos, o meu inestimável sincero agradecimento.

“O mais difícil: redescobrir sempre o que  
já se sabe.”

Elias Canetti

## RESUMO

Esta dissertação analisa o processo de contribuição da Fisioterapia no SUS, a partir de ações mobilizadoras do fisioterapeuta municipal de Belém. São abordados os históricos da Saúde Pública e da Fisioterapia, tanto no Brasil como em Belém, as representações sociais da Fisioterapia que lhe dão corpo e formatação e a realidade do fisioterapeuta municipal no SUS. O enfoque é dado ao processo de vivência dos fisioterapeutas no SUS, expondo a realidade da entrada da Fisioterapia nos serviços públicos, a partir da visão do fisioterapeuta municipal, participante do processo de municipalização preconizado pelo SUS. O estudo foi realizado entrevistando dezoito fisioterapeutas atuantes no município e em posições legais de liderança, fazendo uso de entrevistas semi-estruturadas, objetivando analisar suas opiniões acerca da atual conjuntura em que se encontra a Fisioterapia nas Políticas Públicas de Saúde da região. Conclui-se que o fisioterapeuta, sofre as mesmas dificuldades que muitos profissionais de saúde do município, devido a completa falta de vontade política dos atuais governantes, que só arrastam os problemas para o imediatismo e emergencialismo tardio. Aliado a este aspecto, sobressai a falta de coligação da classe de fisioterapeutas, que só tende a retardar e enfraquecer as possíveis lutas políticas em benefício próprio, pois seus interesses ainda perpassam por questões individualizadas e desconectadas da necessidade do sistema de saúde vigente do país. Esses fatores se entrelaçam e dificultam a inserção mais contundente da Fisioterapia dentro das Políticas Públicas de Saúde de Belém.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Fisioterapeuta Municipal. SUS. Políticas Públicas de Saúde.

## **ABSTRACT**

This dissertation thesis analyzes the process of physical therapists' contribution to the Brazilian Universal Health Care system focused on advocacy professional actions performed by physical therapists who work at city health care centers. It presents historical issues of Public Health and Physical Therapy areas in Brazil in general and in the city of Belem; social representation issues of the Physical Therapy profession which characterizes its local cultural manifestation and the way physical therapy services are provided in Belem city, and the present conditions physical therapists who work for the Brazilian universal health care system in city health care centers deal with. Focus is given to experiences lived by physical therapists who work for the universal health care system, presenting the real conditions of the onset of physical therapy services in public centers from the perspective of physical therapists who work in city health care centers who participated in the process of municipalization of physical therapy services present in universal health care system. In this study, 18 physical therapists who work in city health care centers and who hold leadership positions at their workplaces were interviewed through semi-structured interviews whose goal was analyzing their opinions on the present conjuncture the physical therapy profession deals with concerning health public policies in the North region of Brazil. The study reaches the conclusion that the physical therapist faces the same difficulties many other health professionals who work in city health care centers do because of total lack of political will of present government rulers, and this situation just drags problems into immediacy and late emergency actions. Besides this situation, one may highlight lack of physical therapists' professional coalition which retards advocacy for the physical therapy profession. The author states that physical therapists act based on individual interests which do not relate to Brazil's health care system needs. All these issues are interconnected and make it difficult for more appropriate implementation of physical therapists' intervention in public health policies in the city of Belém.

**Keywords:** Brazilian Universal Health Care system. Health Public Policies. Physical therapists who work in city health care centers.



## LISTA DE SIGLAS

|          |                                                              |
|----------|--------------------------------------------------------------|
| ABBR     | Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação            |
| ABF      | Associação Brasileira de Fisioterapeutas                     |
| ABRASCO  | Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva     |
| ABRES    | Associação Brasileira de Economia da Saúde                   |
| AFIPA    | Associação dos Fisioterapeutas do Pará                       |
| AMB      | Associação Médica Brasileira                                 |
| AMPASA   | Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde |
| APAE     | Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais                |
| APF      | Associação Paulista de Fisioterapeutas                       |
| AVC      | Acidente Vascular Cerebral                                   |
| CAS      | Comissão de Assuntos Sociais                                 |
| CCBS     | Centro de Ciências Biológicas e da Saúde                     |
| CCJ      | Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania                |
| CEBES    | Centro Brasileiro de Estudos de Saúde                        |
| CEE      | Conselho Estadual de Educação                                |
| CFE      | Conselho Federal de Educação                                 |
| CESUPA   | Centro de Estudos Superiores do Pará                         |
| CFM      | Conselho Federal de Medicina                                 |
| CNE      | Conselho Nacional de Educação                                |
| CNES     | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde               |
| CNS      | Conferência Nacional de Saúde                                |
| COBRAF   | Congresso Brasileiro de Fisioterapia                         |
| COFFITO  | Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional       |
| CONAFISC | Congresso Nacional de Fisioterapia na Saúde Coletiva         |
| CONSEPE  | Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão             |
| CONSUN   | Conselho Universitário                                       |
| CREFITO  | Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional      |
| CRP/PA   | Centro de Reabilitação Profissional/Pará                     |
| CTI      | Centro de Terapia Intensiva                                  |
| DATASUS  | Banco de Dados do Sistema Único de Saúde                     |
| DOU      | Diário Oficial da União                                      |
| ERRJ     | Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro                     |
| ESAMAZ   | Escola Superior da Amazônia                                  |

|          |                                                                           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|
| FEEP     | Fundação Educacional do Estado do Pará                                    |
| FEMP     | Faculdade Estadual de Medicina do Pará                                    |
| HPSM     | Hospital Pronto Socorro Municipal                                         |
| IES      | Instituições de Ensino Superior                                           |
| INAR     | Instituto de Reabilitação da Universidade de São Paulo                    |
| INSS     | Instituto Nacional de Seguridade Social                                   |
| IPAMB    | Instituto de Previdência e Assistência do Município de Belém              |
| LDB      | Lei de Diretrizes e Bases da Educação                                     |
| LER/DORT | Lesão por Esforço Repetitivo/Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho |
| MEC      | Ministério da Educação                                                    |
| MS       | Ministério da Saúde                                                       |
| NASF     | Núcleo de Assistência a Saúde da Família                                  |
| NOB      | Norma Operacional Básica                                                  |
| OMS      | Organização Mundial de Saúde                                              |
| OPAS     | Organização Panamericana de Saúde                                         |
| PGC      | Projeto Grande Carajás                                                    |
| PPS      | Políticas Públicas de Saúde                                               |
| PSF      | Programa de Saúde da Família                                              |
| SBF      | Sociedade Brasileira de Fisioterapia                                      |
| SESMA    | Secretaria Municipal de Saúde                                             |
| SESPA    | Secretaria Estadual de Saúde                                              |
| SINFITO  | Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais                   |
| SONAFE   | Sociedade Nacional de Fisioterapia Esportiva                              |
| SUS      | Sistema Único de Saúde                                                    |
| TO       | Terapia Ocupacional                                                       |
| UEAFTO   | Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional     |
| UEPA     | Universidade do Estado do Pará                                            |
| UFPA     | Universidade Federal do Pará                                              |
| UNAMA    | Universidade da Amazônia                                                  |
| USP      | Universidade de São Paulo                                                 |
| UTI      | Unidade de Terapia Intensiva                                              |
| WCPT     | World Confederation for Physical Therapy                                  |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|           |                                                                                                                          |     |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| FIGURA 1  | Fotografia da fachada do HPSM do Guamá .....                                                                             | 19  |
| FIGURA 2  | Fotografia da fachada do HPSM da 14 de Março .....                                                                       | 19  |
| FIGURA 3  | Fotografia da fachada da Casa Recriar I – Mosqueiro .....                                                                | 20  |
| FIGURA 4  | Fotografia da fachada do Hospital Universitário Bettina Ferro onde funciona o Serviço Municipal da Casa Recriar II ..... | 21  |
| FIGURA 5  | Fotografia da fachada do Centro de Atenção à Saúde do Idoso .                                                            | 21  |
| FIGURA 6  | Fotografia da fachada da Casa Dia .....                                                                                  | 22  |
| FIGURA 7  | Gráfico do número de fisioterapeutas cadastrados no CNES/DATASUS .....                                                   | 71  |
| FIGURA 8  | Gráfico do número de fisioterapeutas com vínculo empregatício por esfera administrativa .....                            | 72  |
| FIGURA 9  | Gráfico do número de estabelecimentos onde funcionam serviços de Fisioterapia por esfera administrativa .....            | 73  |
| FIGURA 10 | Quadro do quantitativo de fisioterapeutas no Município de Belém .....                                                    | 99  |
| FIGURA 11 | Quadro do quantitativo de fisioterapeutas no Estado do Pará .....                                                        | 100 |
| FIGURA 12 | Quadro do quantitativo de fisioterapeutas nos municípios do Pará .....                                                   | 100 |

## SUMÁRIO

|                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUÇÃO .....                                                                 | 13  |
| CAPÍTULO I: A FISIOTERAPIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....                | 28  |
| 1.1. A Saúde Pública no Brasil .....                                             | 28  |
| 1.2. A História da Fisioterapia no Brasil .....                                  | 37  |
| 1.3. O Surgimento da Fisioterapia em Belém .....                                 | 55  |
| 1.3.1. O Curso de Fisioterapia .....                                             | 58  |
| 1.3.2. Outros Momentos da Fisioterapia de Belém .....                            | 61  |
| 1.4. Introdução do Fisioterapeuta no SUS .....                                   | 62  |
| 1.4.1. O Fisioterapeuta no SUS de Belém .....                                    | 69  |
| CAPÍTULO II: A FISIOTERAPIA E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....                  | 74  |
| 2.1. Fisioterapia: representações sociais e a legislação .....                   | 77  |
| 2.2. Área de Conhecimento .....                                                  | 80  |
| 2.3. Campo de Atuação .....                                                      | 82  |
| 2.4. Os Papéis Docente e Discente .....                                          | 85  |
| 2.5. A Relação entre Fisioterapeuta e Paciente .....                             | 94  |
| CAPÍTULO III: O FISIOTERAPEUTA MUNICIPAL DE BELÉM .....                          | 99  |
| 3.1. O SUS na visão do Fisioterapeuta de Belém .....                             | 102 |
| 3.2. A Mobilização do Fisioterapeuta no SUS .....                                | 117 |
| 3.3. A Situação do Fisioterapeuta nas Políticas Públicas de Saúde em Belém ..... | 132 |
| CONCLUSÃO .....                                                                  | 139 |
| REFERÊNCIAS .....                                                                | 143 |
| FONTES CONSULTADAS .....                                                         | 155 |
| APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas para informantes-chave .....                 | 159 |
| APÊNDICE B - Roteiro de entrevistas para fisioterapeutas municipais .....        | 160 |
| ANEXO A - Autorização do comitê de ética .....                                   | 162 |
| ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido .....                       | 163 |

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho analisa a contribuição da Fisioterapia dentro das Políticas Públicas de Saúde (PPS) de Belém, considerando seu atual papel público, frente às intensas mudanças ocorridas nas últimas décadas. Os avanços técnicos, científicos e tecnológicos, assim como as modificações ocorridas na Área de Educação e Saúde, levaram a Fisioterapia a sofrer grandes transformações nos seus processos de atuação e inserção no seio da sociedade (VILLALBA, 2008). O fisioterapeuta precisou evoluir diante do surgimento de novas responsabilidades e competências para atuar no campo da Saúde.

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), novas regras foram estabelecidas quanto à concepção de Saúde. Assim, em meados da década de 1990, a Fisioterapia começou a ganhar ares mais coletivizados e socialmente engajados. Este processo, movido pelas lutas políticas dos direitos profissionais e pelos direitos da população em ter acesso a atendimento de qualidade em Fisioterapia, muito contribuiu para que ela começasse a ampliar seu campo de atuação, ganhando maior autonomia e, acima de tudo, revisando todo seu processo de formação profissional.

Esta formação profissional, porém, perpassou pelo reexame das diretrizes curriculares que também sofreram mudanças, rompendo paradigmas institucionalizados de formação. Hoje, as novas diretrizes curriculares seguem a lógica do Sistema de Saúde vigente no país, obrigando as Instituições de Ensino Superior (IES), na área da Saúde, a produzirem novas orientações profissionais que garantam competências e habilidades ao profissional, pautadas numa visão crítica, reflexiva e humanista.

Nesse ínterim, o surgimento da nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva, vincula a Fisioterapia ao estabelecimento de novas estratégias e ações que a habilitem a tornar-se responsável pelos rumos da Saúde, num contexto complexo e globalizado.

Quando se fala em Saúde Coletiva, remete-se na verdade a novos paradigmas criados no campo da Saúde Pública. Paim e Filho (1998) relatam que há um marco teórico e conceitual que estabelece um ponto de encontro da Saúde Coletiva com a Saúde Pública. Isto ocorre a partir dos movimentos de renovação da

Saúde Pública institucionalizada, onde foi possível reavaliar as teorias e práticas da Saúde Pública, estabelecendo desta maneira novas estratégias do consignado “Saúde para Todos”, formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Conferência de Alma-Ata (1978).

Na década de 20, Winslow-Terris (apud PAIM e FILHO, 1998, p. 301), conceituaram Saúde Pública como “a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade”. E Frenk (apud PAIM e FILHO, 1998), conceituou Saúde Coletiva, que na época foi chamada Nova Saúde Pública, como aquela em que:

(...) as condições e respostas encontram-se assentadas nas bases científicas das ciências biológicas, sociais e comportamentais, tendo como áreas de aplicação populações, problemas e programas (FRENK apud PAIM e FILHO, 1998, p. 302).

A Saúde Coletiva, portanto, delimitada pelo campo científico, contém em seu bojo um contexto social indesvencilhável, na medida em que este social é uma questão do Estado e não só da Sociedade. O Estado, portanto, tendo caráter eminentemente público, teria o dever de prover sua população com um bem público, a saúde. Este dever do Estado proclamou-se na Constituição Federal de 1988, ao criar o SUS. Na realidade brasileira, a Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim normatiza: "**Art. 2** – A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício". (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008, p. 41).

Neste contexto, segundo Merhy e Queiroz (1993, p.143), “a Saúde Coletiva tem ampla conexão com a política (...) senão enquanto produto direto do conhecimento, com certeza na raiz e na motivação de sua produção”. E por trazer esta marca de proximidade do seu saber com questões políticas, a Saúde Coletiva não fica isenta da produção de aportes às Políticas Públicas em Saúde, quando sua atuação e seu conteúdo influenciam nas ações e na rede de serviços que integram o modelo oficial público de atenção à Saúde - o SUS. Assim, interfere diretamente na promoção da saúde da população, embasada na sua contribuição científico-social.

A Fisioterapia, no contexto da Saúde Coletiva, torna-se então corresponsável por essa produção. Todo seu engajamento histórico-social, desde a

formação universitária, passando pelos processos de autonomia profissional, organização das suas representações civis e entidades associativas e áreas de atuação, agrega responsabilidades às necessidades das demandas sociais. Assim, o desenvolvimento da Fisioterapia está intimamente atrelado ao processo político-econômico global que a sociedade atravessa. Todo seu desempenho de melhoria e imperioso reconhecimento social dependem de sua inserção nas políticas públicas.

A Saúde Coletiva representa, portanto, um dos caminhos que a Fisioterapia convergiria até as políticas públicas. Nesse contexto, todas as vertentes que a Fisioterapia trata normalmente em nível terciário<sup>1</sup> no SUS, começariam a vislumbrar novas ações em seu entorno, para que patologias, em que os fatores de riscos são passíveis de serem evitados, pudessem ser mais bem trabalhadas nos outros níveis de atenção à saúde: secundário e primário.

Este estudo convergiu para o fisioterapeuta municipal que atua no SUS. Este profissional, participando ativamente do processo de municipalização, cuja proposta do SUS é a descentralização dos serviços de Saúde, em sua forma de atuação, designa mudanças comportamentais significativas na coletividade. Ao promover ações e estratégias que ajudem a ampliar a acessibilidade da população aos serviços de Saúde, o fisioterapeuta municipal contribui para o cumprimento de um dos objetivos do SUS que é a construção da democracia. Além disso, a possibilidade de poder atuar mais especificamente na atenção básica - porta de entrada da população aos serviços de Saúde - engendra ações cada vez mais voltadas à proteção e à prevenção da Saúde da população (BOTAZZO, 1999).

Diante destas discussões, levantou-se a seguinte problemática: quais as contribuições da Fisioterapia no SUS, a partir da atuação do fisioterapeuta municipal de Belém? Foram então levantadas as seguintes questões norteadoras: como o fisioterapeuta municipal mobiliza-se em seu cotidiano profissional, para o fortalecimento da Fisioterapia no SUS de Belém? Que saberes o fisioterapeuta municipal possui acerca da Fisioterapia no SUS de Belém? E que aspectos caracterizam o processo de construção da Fisioterapia, nas Políticas Públicas de Saúde em Belém?

---

<sup>1</sup> Nível de prevenção terciário é quando o período de patogênese de uma doença encontra-se instalado. É o caso das patologias de origem neurológica, respiratória, cardíaca, dentre outras.

Com estas interrogações, chamamos a atenção para o que consideramos o principal objetivo deste estudo: investigar quais as contribuições da Fisioterapia no SUS, a partir da atuação do fisioterapeuta municipal de Belém. Dentre os objetivos específicos, procuramos verificar como o fisioterapeuta municipal mobiliza-se em seu cotidiano profissional para o fortalecimento da Fisioterapia no SUS de Belém, identificar que saberes os fisioterapeutas possuem acerca da Fisioterapia no SUS de Belém, além de tentar compreender que aspectos caracterizam o processo de construção da Fisioterapia nas Políticas Públicas de Saúde em Belém.

Das hipóteses elaboradas para elucidação destes pontos, asseverou-se que a Fisioterapia ainda não se encontra definitivamente atrelada às Políticas Públicas de Saúde em Belém; que o fisioterapeuta municipal carece de propósito político-social para maior engajamento da Fisioterapia para o SUS de Belém e que o fisioterapeuta municipal, em seu cotidiano profissional, continua atuando em nível terciário, pouco contribuindo para a relevância da Fisioterapia no SUS deste Município.

Destarte, a proposta metodológica utilizada no caminho do pensamento e da prática inferida ao longo dessa pesquisa, direcionada à Fisioterapia no SUS de Belém, desenvolveu-se em três fases: a fase exploratória, o trabalho de campo e a análise/tratamento do material empírico e documental.

### **Fase Exploratória**

De acordo com Minayo (2007, p 26), "a fase exploratória consiste na produção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para preparar a entrada em campo". Nesta fase procurou-se delimitar o objeto de pesquisa a partir de um interesse pessoal em realizar um trabalho na área de Políticas Públicas de Saúde, envolvendo a Fisioterapia. Para tanto, buscou-se levantar informações básicas sobre as percepções dos fisioterapeutas municipais e seu processo de mobilização para fortalecimento da Fisioterapia no SUS.

O estudo da Fisioterapia no SUS representa o questionamento de qual seria o papel do fisioterapeuta municipal neste Sistema Público de Saúde e da Fisioterapia nas Políticas Públicas de Saúde de Belém.



### *Revisão bibliográfica*

Conforme Oliveira (2007), este trabalho contou com uma revisão bibliográfica que proporcionou toda a construção de um arcabouço teórico, responsável pela fundamentação da pesquisa. Procurou-se também estabelecer as hipóteses a partir da práxis profissional da pesquisadora, que partiu de uma sucinta fase exploratória observacional, para que se pudesse escolher, estabelecer e descrever os instrumentos de ação a serem utilizados junto aos sujeitos da pesquisa.

### *Campo da pesquisa*

Esta pesquisa tem seu espaço delimitado ao Município de Belém, incluso aqui o Distrito de Mosqueiro. A escolha destes locais justifica-se pela concentração das principais instituições e/ou unidades de atendimento de Fisioterapia no Município de Belém, contendo relevante número de fisioterapeutas que atuam no SUS.

### *Sujeitos da pesquisa*

Os critérios de seleção dos sujeitos aconteceram em dois momentos. Inicialmente foram selecionados sujeitos considerados informantes-chave para a construção do arcabouço histórico da Fisioterapia em Belém. Estes sujeitos, denominados sujeitos especiais, foram os fisioterapeutas fundadores da Fisioterapia em Belém, coordenadores dos Cursos de Fisioterapia das principais IES<sup>2</sup> que mantêm o Curso de Fisioterapia, assim como agentes que atuam em entidades representativas da Fisioterapia, como o presidente do CREFITO e secretários do COFFITO. Todos estes sujeitos receberam codinomes de aparelhos de Fisioterapia quando citados no trabalho, para que pudessem ser mantidos seu anonimato, acordado no ato da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entregue aos mesmos no ato da entrevista.

Os sujeitos da pesquisa em si, constituíram-se dos fisioterapeutas que atuam no âmbito do Município de Belém, independente do vínculo funcional a que

---

<sup>2</sup> UEPA, UNAMA, ESAMAZ, CESUPA.

estavam subordinados - concursados ou contratados – à Instituição ou Unidade Municipal onde trabalham.

Foram elaboradas estratégias para escolha dos sujeitos. A primeira delas, para o contato com os sujeitos especiais, foi a aquisição dos números dos telefones para averiguar a disponibilidade de tempo, visando à realização das entrevistas. Quanto aos fisioterapeutas municipais, inicialmente, procurou-se quantificar o número exato de fisioterapeutas atuantes no Município via autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA).

Contudo, por uma série de dificuldades nos trâmites burocráticos para liberação dessas informações junto à SESMA, além do exíguo tempo que a pesquisadora dispunha para conclusão de sua pesquisa de campo, optou-se pelo contato direto com os respectivos fisioterapeutas municipais. A pesquisadora, portanto, encaminhou-se diretamente às Instituições selecionadas, marcando dia e hora para a realização das entrevistas com os profissionais destas Instituições. A estes sujeitos, quando citados no trabalho, foram identificados com as iniciais dos seus nomes, procurando, da mesma maneira que os informantes-chave, manter seu anonimato, como havia sido acordado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entregue no ato da entrevista de cada um.

#### *Crítérios de seleção das instituições*

As Instituições de Saúde Municipais escolhidas foram as que contemplavam fisioterapeutas em seu quadro de pessoal. São elas:

Hospital Pronto-Socorro Municipal Dr. Humberto Maradei Pereira (HPSM - Guamá): localizado na Pass. São Miguel, 100, no bairro do Guamá, em Belém. É uma unidade pública, auxiliar de ensino, do tipo Pronto-Socorro Especializado, que atende desde o nível de atenção básica até a alta complexidade, tanto ambulatorial como hospitalar. Seu fluxo de clientela é por demanda espontânea (Figura 1).



Figura 1 – Fotografia da fachada do HPSM do Guamá  
Fonte: acervo pessoal

Hospital Pronto-Socorro Municipal Mário Pinotti (HPSM - 14): localizado à Tv. 14 de Março, 500, no bairro do Umarizal, em Belém. É uma unidade pública, também do tipo Pronto-Socorro Especializado, porém sem atividade de ensino. Também atende desde o nível de atenção básica até a alta complexidade, tanto no setor ambulatorial como na área hospitalar. Sua clientela é por demanda espontânea e referenciada (Figura 2).



Figura 2 – Fotografia da fachada do HPSM da 14 de Março  
Fonte: acervo pessoal

Casa Recriar I: fica localizada na Rua Juvêncio Silva, 14, na 1ª Rua, na Vila de Mosqueiro, Distrito de Belém. É uma clínica especializada, sem atividade de ensino, com atendimento do tipo ambulatorial em nível de atenção de média e alta

complexidade. Sua clientela é via atendimento por demanda espontânea e referenciada. É um polo de atenção à criança e ao adolescente, portadores de necessidades especiais (Figura 3).



Figura 3 – Fotografia da fachada da Casa Recriar I - Mosqueiro  
Fonte: acervo pessoal

Casa Recriar II (Programa Caminhar): localizada nas dependências do Hospital Bettina Ferro, na Universidade Federal do Pará, no bairro do Guamá. É uma clínica especializada somente para atendimento à comunidade, sem que haja qualquer atividade de ensino vinculada; seu atendimento é exclusivamente na área ambulatorial em nível de atenção de média e alta complexidade. A clientela é atendida por demanda espontânea e referenciada. Também é um centro de atenção à criança e ao adolescente exclusivamente portadores de necessidades especiais (Figura 4).



Figura 4 – Fotografia da fachada do Hospital Universitário Bettina Ferro onde funciona o Serviço Municipal da Casa Recriar II

Fonte: acervo pessoal

Centro de Atenção à Saúde do Idoso: localizado na Av. Almirante Barroso, 914, no bairro Marco, em Belém. É um centro de saúde/unidade municipal básica, sem atividade de ensino, que atende os níveis de atenção básica e média complexidade. O tipo de atendimento é predominantemente ambulatorial. Seu fluxo de clientela de idosos é o atendimento por demanda espontânea e referenciada (Figura 5).



Figura 5 – Fotografia da fachada da casa onde funciona o Centro de Atenção à Saúde do Idoso

Fonte: acervo pessoal

Casa Dia: localizada na Rua Diogo Mória, 1119, bairro Marco, Belém. É uma unidade pública, sem atividade de ensino, que atende desde a atenção básica



e alta complexidade em nível ambulatorial, e média complexidade em nível hospitalar. É um centro de atendimento em doenças infecciosas adquiridas, onde sua clientela é via demanda espontânea e referenciada (Figura 6).



Figura 6 – Fotografia da fachada da Casa Dia  
Fonte: acervo pessoal

No âmbito do Município, encontra-se ainda o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, que faz acompanhamento em saúde do trabalhador. Nesta unidade, existem 2 (dois) profissionais fisioterapeutas atuando, porém, existiu muita dificuldade de contato direto com estes profissionais. Houve a exigência do ofício via SESMA, que não foi possível obter até a conclusão deste estudo.

#### *Definição do método (abordagem)*

A abordagem utilizada baseou-se no enfoque indutivo para caracterizar as premissas da pesquisa. De acordo com a análise dos fatos observados no dia-a-dia como profissional da área e sua correspondência com os relatos dos fisioterapeutas municipais, houve dados suficientes que conduziram a conclusões mais fidedignas. Assim caracterizou-se, segundo Marconi e Lakatos (2009) o termo indução, que seria:

Um processo mental por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas. Portanto, o objetivo dos argumentos indutivos é levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam (MARCONI; LAKATOS, 2009, p. 86).

### *Definição das técnicas e instrumentos da pesquisa*

Para a obtenção de dados, a técnica utilizada foi a realização de entrevista individualizada padronizada, pela dificuldade de concentração dos sujeitos para realização do grupo focal, como foi inicialmente pensado. Houve um roteiro de entrevista específico para os informantes-chave, composto por 10 (dez) perguntas (Apêndice A) e outro para os fisioterapeutas municipais, composto por 11 (onze) perguntas (Apêndice B). Estas entrevistas tiveram como principal objetivo a aquisição de informações acerca das contribuições da Fisioterapia no SUS.

Entre os informantes-chave, as perguntas foram direcionadas ao contexto histórico e atual da Fisioterapia no SUS. Para os fisioterapeutas municipais, as perguntas realizadas procuraram direcionar-se para a atuação do fisioterapeuta municipal de Belém e sua contribuição para a Fisioterapia no SUS. Dentro destes objetivos procurou-se averiguar os aspectos que caracterizaram o processo de construção da Fisioterapia nas PPS de Belém, assim como os saberes que os fisioterapeutas municipais possuem acerca da Fisioterapia no SUS, além de tentar compreender os processos de mobilização do fisioterapeuta municipal para fortalecimento da Fisioterapia no SUS.

Segundo Marconi e Lakatos (2009), a entrevista padronizada "é aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido [...] efetuada de preferência com pessoas selecionadas de acordo com o plano" (p. 82). O roteiro desta pesquisa foi elaborado pela própria pesquisadora, baseado em premissas acerca de conhecimentos da Fisioterapia no contexto do serviço público.

Um dos motivos para escolha desta técnica é que ela ofereceu uma boa oportunidade de avaliar atitudes e condutas dos entrevistados nas diferentes instituições e/ou unidades no âmbito do Município. Estes estabelecimentos de saúde configuraram-se necessários à composição do universo de sujeitos pesquisados, o que garantiu a fidedignidade científica do projeto. Além disso, esta técnica trouxe à tona informações nas entrelinhas da dinâmica da atuação do fisioterapeuta na arena municipal.

## Trabalho de Campo

Antes de iniciar o processo de entrevista junto aos sujeitos, a pesquisadora realizou uma via *crucis* junto à SESMA para adquirir informações oficializadas deste órgão competente. Ocorre que muitas dificuldades e empecilhos burocráticos foram estabelecidos pela SESMA, aliados às frequentes mudanças de Secretariado Municipal, que dificultavam, sobremaneira, o desenvolvimento dos trâmites necessários à liberação do documento de acesso livre às Instituições onde se encontravam os sujeitos da pesquisa. Por essas dificuldades e pelo tempo de conclusão da pesquisa ter se tornado restrito, a pesquisadora optou pelas visitas diretas aos sujeitos.

Assim, embasado em Minayo (2007), a segunda fase procurou confrontar toda a teoria estudada, elaborada e sistematizada na primeira fase com a prática *em si*. Aqui, foram utilizados os instrumentos de operacionalização já delimitados na primeira fase, a saber, entrevista padronizada.

Foram realizadas 18 (dezoito) entrevistas com duração média de 1 hora; todas tendo sido gravadas com a permissão dos sujeitos. Entre os entrevistados, 7 (sete) foram classificados como sujeitos especiais, sendo 4 (quatro) coordenadores de Cursos de Fisioterapia em IES. Um deles acumulava duas funções. Além de coordenador de curso, também era presidente da entidade de classe regional. Os demais sujeitos foram 2 (dois) fisioterapeutas fundadores da Fisioterapia em Belém e 1 (um) que também fazia parte de uma entidade de classe, porém em nível nacional.

As demais entrevistas foram concedidas pelos sujeitos *em si* da pesquisa. Totalizando 11 (onze) entrevistados, 6 (seis) foram do HPSM Mário Pinotti, 1 (um) do HPSM do Guamá, 1 (um) da Casa do Idoso, 1 (um) da Casa Dia e 2 (dois) das Casas Recriar I e II, respectivamente.

Para os sujeitos especiais foi elaborado inicialmente um ofício e entregue diretamente nos estabelecimentos onde estes sujeitos atuavam. Após esta etapa, foram realizados contatos telefônicos, marcando dia e hora para a realização das entrevistas. Com os fisioterapeutas municipais, os contatos foram diretos nos seus locais de trabalho, marcando dia e hora para a concretização das entrevistas. Todos forneceram importantes dados para análise e discussão dos resultados.



O critério para seleção destes sujeitos recaiu na necessidade de checar suas opiniões dentro de uma realidade cotidiana, à luz da teoria pesquisada, cuja necessidade foi dada pelo trabalho. Em função destas leituras, coerentes e interpretativas com os conceitos que formataram a ação social ora estudada, buscou-se compreender a lógica da realidade da Fisioterapia no SUS de Belém, haja vista ser o fisioterapeuta municipal o agente mais próximo de uma comunidade e possível mobilizador social, o que fomentasse a necessidade da população pelos serviços da Fisioterapia, fazendo-se assim, essencial à saúde desta população.

Nesta fase, procurou-se valorizar cada parte e sua integração no todo, para que o trabalho tivesse um curso, por meio de um cronograma, de começo, meio e fim, mas em caráter aberto, já que todo trabalho científico em si tem esta provisoriedade e transitoriedade (MINAYO, 2007).

### **Análise e tratamento do material empírico e documental**

Seguindo o critério prático estabelecido nas etapas de elaboração da pesquisa, temos ainda a terceira fase que se constitui da análise e tratamento do material coletado. Minayo (2007, p. 27) subdivide esta fase em três momentos: a ordenação dos dados, a classificação dos mesmos e análise propriamente dita dos referidos dados. Para cada grupo de sujeitos, foi feito um quadro, ou seja, a análise e tratamento do material dos sujeitos especiais foram uma e para os fisioterapeutas municipais, foi elaborado outro quadro.

#### *Ordenação e classificação dos dados*

Os dados coletados foram ordenados e classificados em categorias. Legendre (apud OLIVEIRA, 2007, p. 93) conceitua categoria como o “agrupamento de informações similares em função de características comuns”. Assim, para cada pergunta do roteiro de entrevista, foram separadas as respostas de todos os sujeitos. Contudo, para uma sistematização coerente do trabalho, estabeleceram-se inicialmente uma categoria para os sujeitos especiais e outra para os fisioterapeutas municipais, respeitando o roteiro de entrevista de cada grupo.

### *Análise propriamente dita dos dados*

A análise dos dados levou em conta o referencial teórico estudado e pesquisado. Nesta etapa, foram determinadas as principais características das respostas dos sujeitos, levando-se em consideração as respostas similares ou convergentes e a ideia central de cada uma destas respostas. Estas peculiaridades definiram a elaboração dos conceitos que foram desenvolvidos durante todo o trabalho. A última etapa foi finalizada com a construção dos subtítulos e o desenvolvimento dos seus temas, interpretando as falas dos atores sociais envolvidos e suas consequências no contexto da Fisioterapia dentro do SUS. Desta forma, foi sendo realizada a análise crítica da realidade vivenciada pelos sujeitos, à luz do marco teórico estabelecido pelo estudo.

Esta dissertação está estruturada em três capítulos, além desta introdução e das considerações finais. O capítulo I trata da Fisioterapia no contexto geral do SUS. Perpassa por todo seu processo histórico, tanto em nível nacional como regional, até a circunscrição do lugar do fisioterapeuta no conjunto SUS, inclusive em Belém. Aqui, a ênfase maior é como se desenvolveu a Fisioterapia como Ciência e sua representatividade no Campo da Saúde, até a chegada ao SUS.

O capítulo II, procura formatar um contorno de como a Fisioterapia vem a delinear-se com suas representações sociais, sendo estas, determinantes dos vieses da Fisioterapia em todos os seus matizes e, entendê-las, significa compreender a dimensão social da Fisioterapia nas PPS de Belém.

No capítulo III, são discutidas, de forma crítica, todas as falas em si dos sujeitos entrevistados da pesquisa, ou seja, os fisioterapeutas municipais, e suas vivências quanto aos mecanismos de valorização da Fisioterapia no SUS. As particularidades recaem sobre o lugar que estes fisioterapeutas ocupam no serviço público, a visão de si e da classe para fortalecimento de sua profissão, suas áreas de atuação, inserção e participação política para estabelecimento da Fisioterapia nas PPS de Belém.

Por fim, as considerações finais deste estudo, perpassam pela dimensão de que a Fisioterapia no SUS depende muito mais do processo de agrupamento, coesão e aliança dos profissionais fisioterapeutas, do que somente de uma exprobrada falta de vontade política para que a Fisioterapia esteja definitivamente

inserida no SUS de forma tão essencial quanto às outras profissões de Saúde no Município.

## CAPÍTULO I: A FISIOTERAPIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Compreender a Fisioterapia, a partir de uma breve história da Saúde Pública, e mesmo de sua história como Ciência e Profissão, traduzem-se como eixo fundamental para o entendimento de como a Fisioterapia no SUS encontra-se hoje. E que caminhos seus agentes estão perfazendo para que a mesma se consolide de forma capital, junto à saúde da população.

### 1.1. A Saúde Pública no Brasil

Em uma pequena leitura acerca da história da Saúde no mundo, observa-se que muitos foram os problemas enfrentados em torno da Doença. Destacamos principalmente as questões relacionadas às desigualdades sociais, que se tornaram objeto de reflexão desde a Grécia Antiga até os dias atuais. (SILVA; BARROS, 2002).

Na história da Filosofia, Aristóteles foi o primeiro filósofo a refletir e a dar destaque acerca das desigualdades sociais, enfatizando-as até como necessárias. Justificava-se de que haveria uma estratificação social naturalmente determinada, por desígnio divino *ou decorrente de uma natureza humana abstrata* (SILVA; BARROS, 2002, p. 375), segundo a qual alguns já estariam destinados a mandar e outros a serem mandados.

Silva e Barros (2002) afirmam ainda que as desigualdades já existem necessariamente entre os seres humanos quando se fala em raça, sexo, idade, dentre outros fatores; são as chamadas desigualdades naturais. Mas existem ainda as desigualdades sociais, criadas por uma organização social determinada pelos meios de produção e estruturas econômicas, assim como pelas dominações políticas e religiosas.

E quando falamos em desigualdades sociais, em um contexto histórico, nos remetemos à Europa. Sua história econômica e social determinou toda uma construção de fatos sociais e consequências a partir do seu processo de industrialização e crescimento populacional acelerado. Isto se refletiu na saúde ambiental, comunitária, familiar, na saúde do trabalhador e, por fim, na saúde de todas as sociedades européias e do resto do mundo. (GRAÇA, 2000b).

Diante do exposto, a compreensão das Políticas Públicas de Saúde em nosso país, portanto, vai além de uma análise isolada do seu contexto. Perpassa, destarte, por uma compreensão da história da Doença no mundo e de suas relações sociopolíticas na Europa.

Na Antiguidade (período mais ou menos compreendido entre 4.000 a.C. e 395 d.C.), a grande preocupação das pessoas era em eliminar os desconfortos físicos decorrentes das “diferenças incômodas” que lhes acometiam. Já na Idade Média (período mais ou menos compreendido entre os séculos IV e XV), a preocupação com a Saúde Pública foi dada pelo controle de epidemias e das doenças infectocontagiosas. O fato de a sociedade ser regida por uma ordem providencial, ou seja, uma ordem estabelecida pelo “plano divino” dividia obrigatoriamente a sociedade em classes – clero, nobreza e camadas populares (camponeses) – determinando de certa forma, em que condições de saúde uma classe viveria (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Foi uma época em que ocorreu uma interrupção no avanço dos estudos, inclusive na área da saúde (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Veio então o período Renascentista, compreendido entre os séculos XV e XVI. O enfoque retoma os cuidados corporais que já haviam se iniciado no final da Idade Média, mas que ganhariam mais força nesse período, quando os novos tempos derrubaram dogmas rígidos, fazendo ressurgir outros valores morais. Liberdade e autonomia, por exemplo, adquirem importância; o retorno aos estudos se dá através da abertura das universidades; há o avanço do humanismo, da literatura, da arte; há a valorização da beleza física e, conseqüentemente, o interesse no cuidado com o corpo físico e sua preservação (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Foi um período germinativo, onde se começava a fazer as primeiras reflexões acerca da assistência em saúde.

Assim, antes do século XIX, as ideias relacionadas com as origens das doenças pareciam, no mínimo, confusas, sem uma grande definição.

As doenças infecciosas eram atribuídas a miasmas<sup>3</sup>; as doenças não transmissíveis eram um mistério. Só muito recentemente foi possível tentar uma interpretação global das relações existentes entre as condições de vida, a saúde e o crescimento da população (MCKEOWN, 1990, p 5).

---

<sup>3</sup> Emissão mefítica (podre, fétido) do solo, supostamente nociva, tida como causa de várias doenças endêmicas, como, por exemplo, em certos locais, a malária (FERREIRA, 1986, p. 1130).

Esta ideia das relações entre doenças, condições de vida e as desigualdades sociais, citada por Mckeown e já iniciada por muitos estudiosos desde Hipócrates, tornou-se mais marcante ainda com o pensamento de Karl Marx. Ele salientava que os fatos eram fenômenos sociais totais, ou seja, entrelaçados uns aos outros, em que se sobressaía o aspecto político e econômico como elementos imbricados da combinação mais importante das relações entre pessoas, grupos e classes sociais. (IANNI, 1982, p.7).

Santos (1984) corrobora da ideia de Ianni quando explica uma passagem em seu livro, citando um pensamento marxista:

A apropriação humana da natureza, através do trabalho, é quem dará lugar [...] à produção material [...] e matérias-primas do pensamento. [...] Marx nos fará ver, também, como esse processo de apropriação material é, ao mesmo tempo, um processo social, ou melhor, um processo imediatamente social. Ademais, será a estrutura econômica [...] que servirá de fundamento para o desenvolvimento da superestrutura social que a reflete, a justifica e a mantém em funcionamento. (SANTOS, 1984, p.28).

A divisão de classes foi se estratificando cada vez mais na medida em que a população foi se alastrando e se aglomerando nos centros urbanos comerciais e industrializados. Com esta crescente população, começaram a surgir outros problemas, em particular a disseminação do operariado, e, com ele, os riscos sanitários e epidemiológicos. Por outro lado, esta situação pôde conduzir inclusive a uma revolução social; houve uma busca por melhores condições de trabalho e vida.

Esta preocupação culminou com uma necessidade maior de se evitar possíveis alastramentos de doenças e epidemias, por conta do modo de vida a que esta classe foi forçosamente sujeitada. Surge daí uma preocupação com a assistência pública, que tinha até então uma mera função hospitalar<sup>4</sup> (prestação de cuidados aos doentes pobres); e uma função de controle social de todas as formas de exclusão, de que se encarregava o hospício. Todos criados na época como forma de assistência pública (GRAÇA, 1996).

Na Idade Média, a lepra e a pestilência configuravam-se como os maiores problemas de saúde da população. Já no Antigo Regime da Idade Moderna, a loucura, o pecado, a sífilis, a deficiência, a pobreza, a marginalidade, a

---

<sup>4</sup> A própria etimologia do termo é muito esclarecedora, não só sobre a história da instituição como também sobre a sua acepção contemporânea. A *casa dos hóspedes*, a *domus hospitalis*, tornou-se na Idade Média um nome, o *hospitális*, que por sua vez vem de *hostis*, o estrangeiro, quer se trate de um amigo, de um hóspede, ou de um inimigo, um ser *hostil* (GRAÇA, 2000a, p.1).

criminalidade, a vagabundagem, a prostituição, a orfandade, a velhice, o desemprego e a mendicância, representavam os grandes problemas de saúde da população da época (GRAÇA, 2000a).

Os hospícios eram hospitais especiais, com objetivo explícito de controle policial para se impedir a mendicância e a vagabundagem na época, vistos como grupos potencialmente perigosos à população e fontes de desordem social. Desta prática de “amontoar” pessoas socialmente inadequadas em locais próprios, criou-se uma necessidade interna para manutenção desses locais que assegurasse a todo custo a ordem social externa, ameaçada por essas pessoas. Foram criadas, assim, dentro desses hospitais as primeiras oficinas de manufatura e, com elas, a disciplina fabril, que, a par da acumulação de capital, foi uma condição *sine qua non* para o desenvolvimento do Capitalismo (GRAÇA, 2000b).

Utilizavam-se dos indigentes válidos como mão-de-obra gratuita para o funcionamento do próprio estabelecimento, assim como na produção econômica direta por meio de atividades artesanais realizadas por esses excluídos. Quanto aos inválidos, por incapacidade permanente ou temporária decorrente de doenças, lesões ou acidentes lhes eram dispensados, à época, parques cuidados médicos ou mesmo nenhum (GRAÇA, 2002).

Toda esta grande diferença social resultava ainda de um pensamento dominante: o princípio da ordem natural, ou seja, da ordem divina, quebrada paulatinamente com a introdução do espírito científico no domínio social (GRAÇA, 2000a). Ainda era uma época regada de dúvidas acerca da relação doença x desigualdade social, dissolvida pouco a pouco com o desenvolvimento socioeconômico. Desencadeou-se, assim, uma grande ampliação, de forma sistemática, das relações entre o processo saúde-doença e grandes desigualdades sociais, problematizado por estudiosos da metade do séc. XIX.

As mudanças históricas, econômicas e sociais das relações comerciais, do crescimento das cidades e das populações, fundamentaram estudos cada vez mais elaborados acerca de como se davam essas diferenças sociais. As correlações com as condições de vida proporcionadas por essas mudanças e as doenças, tanto as advindas das condições sanitárias como as do trabalho, também basearam novos estudos, mas ainda demoraram muito a chegar a um patamar mínimo de adequação à classe trabalhadora.

A situação do operariado no final da primeira década do Séc. XX ainda era de extrema calamidade:

"A família operária composta de 5 pessoas, em média, vive dificilmente, com o salário que recebe" (...). As rendas absorvem uma parte importantíssima do salário. Acumulam-se em pátios, em moradas repugnantes, as famílias pobres. Para atenuar a dificuldade de pagamento, unem-se frequentemente na mesma casa mais de uma família. Que grandes males de ordem física e moral resultam de tudo isto! (....); [...] Os industriais, num grande número de casos, não podem aumentar-lhe a remuneração. O capital tem uma taxa de juro elevada entre nós. Os operários, clamando que a lei de bronze do salário se converte em lei de fome, afirmando que não lhes fica do que ganham com que satisfazer a outras necessidades da vida além da magra e escassa alimentação e aluguel da casa, têm sobejos motivos para protestos (pp. XIV-XV)". (A INQUIRIRIÇÃO ... apud GRAÇA, 1999, p. 6).

Silva e Barros (2002) citam Hipócrates, "o Pai da Medicina", como o primeiro a correlacionar condições ambientais a certos tipos de doenças. Outros como, por exemplo, Jonh Snow e Friedrich Engels se seguiram com os mesmos objetivos: explicar a origem das diversas doenças da sociedade decorrente das condições de vida das pessoas.

Em 1824, Jonh Snow, na metade do séc. XIX, fez estudos acerca do cólera e seus aspectos epidemiológicos de acometimento, correlacionados à condição social (SILVA; BARROS, 2002). Já em 1844, Friedrich Engels, fundador da Epidemiologia - ciência que estuda a relação doença e condição social - fez seus primeiros estudos correlacionando risco de morte prematura à condição social. Desde então, outros estudiosos deram sua respeitável contribuição para o entendimento do processo de doença na população. Na segunda metade do séc. XIX, houve ainda importantes contribuições de Louis Pasteur e Robert Koch, inaugurando a época bacteriológica, ou "A Era do Germe" (NUNES, 1998). Estes estudos perpetraram significativas revisões dos parâmetros encadeados de saúde e condições sanitárias, doença e condições de vida, dando assim grande ênfase aos instrumentos de prevenção e controle de doenças (SILVA; BARROS, 2002).

Gradativamente os estudos foram se aprofundando. Na quarta década do séc. XIX até metade da segunda década do séc. XX, houve uma progressiva substituição das causalidades decorrentes de doenças infecto-parasitárias pelas doenças crônico-degenerativas, principalmente em função da industrialização e urbanização ocorridas nesse período, em que as condições de trabalho precisavam ser cada vez mais revistas (SILVA; BARROS, 2002). Entretanto, foi a partir da



Segunda Guerra Mundial que se evidenciou esta substituição das causalidades das doenças, inaugurando a “Era da Epidemiologia das Doenças Crônicas” (NUNES, 1998, p. 3).

Na Europa, o Estado, que até então não apresentava papel relevante no controle sanitário e epidemiológico, viu-se obrigado a assumir cada vez mais o papel que cabia às iniciativas privadas e à Igreja. Motivado principalmente por razões ideológicas e políticas, culminou na reconstrução das Políticas Públicas de Saúde, que agora começavam a direcionar-se à seguridade social, à proteção social e à saúde do trabalhador.

Na década de 70, Aaron Antonovsky criou a Salutogênese, conceito criado pelo pesquisador para designar as forças que geram saúde e se opõem à patogênese, ou seja, às influências que causam a doença. Este pesquisador fundamentou seus estudos correlacionando classe social, mortalidade e expectativa de vida. (BOTSARIS, 1999).

No Brasil, no começo do séc. XIX, a Medicina Social era voltada para a higienização pública e a medicalização do espaço urbano provocada pela chegada da Corte portuguesa ao país. Depois, sucederam-se diversos acontecimentos políticos, sociais e econômicos que foram mudando a configuração na forma de se fazer Saúde Pública. Um dos marcos históricos dessa jornada foi a figura de Osvaldo Cruz que inaugurou uma nova era, a era bacteriológica e da microbiologia, com a introdução da Medicina Científica. Mas foi em São Paulo, no mesmo período (1943), que efetivamente surgiram as primeiras correlações de saúde sanitária e saúde do trabalhador, primando-se com a intervenção da higiene pública, apontada para a manutenção da força de trabalho.

Na Primeira República, importantes figuras da Saúde Pública organizaram-se em defesa de um movimento político-intelectual "que preconizava o saneamento como caminho para a construção da nacionalidade e para a civilização." (LIMA et al., 2005, p. 15). Este movimento consistiu principalmente na afirmação do binômio saúde e democracia e a saúde ganhando dimensões mais politizadas a ponto de configurar-se como princípio obrigatório da Carta Magna do país. Assim, a Saúde Pública foi sendo forjada como uma complexa rede de interesses, representações políticas, visando, pelo menos em tese, à continuidade

da democracia com constantes redimensionamentos das atuações governamentais em seu favor.

Estas mudanças foram mais evidentes nos últimos 20 anos, quando se intensificaram ainda mais os movimentos de politização e debates sobre as condições de saúde e desenvolvimento econômico. Assim foram se dando as evoluções e desenvolvimentos da Saúde Pública no contexto político-econômico do Brasil. No entanto, estes processos ainda são regados de muitos problemas e conflitos que interferem diretamente em todas as classes sociais, sendo, obviamente, a mais sofrida a classe dominada, que depende de outrem (o Estado, por exemplo), para manter-se ativa.

No sistema capitalista, devido às relações de dependência entre dominante e dominado, sempre houve um dominador (um capitalista que domina a propriedade dos meios de produção) e um dominado (o trabalhador que vende seu único bem – sua força de trabalho), em troca de um salário, para conseguir satisfazer suas necessidades prementes e depois as incutidas como necessidades primeiras (IANNI, 1982).

Deste modo, o estabelecimento das classes sociais a partir da dependência das formas de produção, e hoje do mercado globalizado, decide a qualidade de vida que uma sociedade tem. Isto determina os níveis de capacidade produtiva de seus integrantes, e estes níveis são produzidos pelas condições de vida em que se encontram estes integrantes. O capitalismo mantém e perpetua as desigualdades entre as classes sociais no momento em que restringe ou beneficia o estilo de vida que cada classe social deve levar.

Como em muitos casos, as condições para se manter ativo e produtivo laborativamente, excedem os limites inclusive corpóreos (daí as lutas sindicais da classe trabalhadora que atravessam décadas), associados muitas vezes a condições insalubres e de grande periculosidade. Estes mesmos trabalhadores ficam sujeitos mais ainda às condições que o Estado ou outra classe dominante lhes oferece. Gera-se, assim, um círculo vicioso de condições de vida – doença precoce – mais dificuldades na vida – menores condições de labor – mais condições de vida precária por falta de recursos, principalmente financeiros – e novamente doença precoce. (HUNT, 1986).

Desta correlação, as desigualdades sociais então ficam bastante evidentes, podendo-se mais uma vez enfatizar a relação existente entre condições de vida e doenças. Esta classe dominada, mormente excluída, representa um dos grandes focos de problemas de Saúde Pública, pelo tipo de vida que são obrigados a se sujeitar em troca da sobrevivência e mesmo de suas necessidades primárias. Além do que, o sistema capitalista engendra toda esta concepção quando, pelo modo de vida que o indivíduo encontra-se, restringe e até desestimula seu acesso ao conhecimento, inclusive das condições básicas de saúde e higiene (HUNT, 1986).

O contexto neoliberal, iniciado primariamente nos governos Reagan e Thatcher, na década de 80, em escala mundial, subestima o indivíduo em detrimento do mercado, quando garante a este primazia sobre o direito coletivo dos indivíduos. Este sistema coloca o Estado em papel suplementar na garantia da acumulação de capitais, ou seja, sua intervenção ocorre somente nos casos em que a promoção do grande capital privado não esteja sendo cumprida, não esteja sendo priorizada. Diante disso, os direitos sociais, a organização política da força de trabalho e a concentração destes direitos sob responsabilidade do Estado ficam fragmentados, incitando mais ainda as desigualdades sociais. Isto acontece porque o Estado, fragilizado, obriga-se a cortar recursos, principalmente e, primeiramente, voltados para as políticas sociais. (MATTA; LIMA, 2008).

De acordo com Sader (2008), o Estado neoliberal – ou também chamado Estado da globalização - prioriza a liberdade individual, mas quando se utiliza de mecanismos favorecedores como o direito à propriedade individual, o fortalecimento da lei e das instituições de livre mercado e livre comércio, sofismando que a extensão dos benefícios gerados por estas práticas atingiria a todos da sociedade. É o setor privado sendo tratado como instrumento motriz da inovação e criação de riqueza sem, porém, deixar claro que na verdade visa somente interesses da classe dominante. O autor assim explica:

As políticas neoliberais, molas propulsoras da globalização contemporânea, têm vários aspectos: privatização de empresas estatais, abertura para o mercado internacional, desindexação dos capitais, precarização das relações de trabalho. Todas contêm um elemento central, que perpassa todos os outros e os articula: desregulamentação da economia, isto é, retirada das traves à livre circulação dos capitais... A livre circulação de capitais entre setores, regiões e países é considerada essencial e o Estado deve zelar prioritariamente por ela, tanto no plano nacional como

internacional... Essa abertura, no entanto, não é generalizada, não inclui a força de trabalho e o mercado laboral... Isso possibilita a existência de mercados com mão-de-obra especialmente barata, para os quais se deslocam os grandes capitais. (SADER apud MATTA; LIMA, 2008, p. 39 e 46).

Destarte, o Estado, com suas políticas, suas formas e estrutura, traduz somente o que uma classe dirigente justifica e mantém sua posição dominadora, inclusive pelas formas subliminarmente consensuais que a própria classe dominada os coloca. Tudo objetivando alavancar e modernizar os setores econômicos do país.

Na atual conjuntura, determinada pela hegemonia neoliberal, Matta e Lima (2008) falam que as desigualdades continuam evidentes em função do processo de mercantilização da sociedade. Esta hegemonia transforma os direitos adquiridos durante décadas, em um bem que se pode comprar e/ou negociar no mercado e não como um direito social, de cidadão, que deveria ter como provedor o Estado.

Matta e Lima (2008) explicam que o sistema neoliberal trouxe para o Brasil, consequências nefastas para uma sociedade que se diz democrática. A tão esperada mobilização da economia para o grande desenvolvimento do país arrolou uma série de problemas que desestabilizaram não só a economia como setores políticos, bastante evidenciados hoje pela atual crise mundial. Nas políticas sociais, então, a violenta expropriação dos direitos dos trabalhadores, quando desregulamentada a obrigação estatal, desencadeou novas formatações nas relações de trabalho. Terceirização, flexibilização e mesmo informalização, desestruturaram as forças sociais e políticas reivindicadoras da classe trabalhadora. Poucos contratos de trabalho assinados, inclusive em tempo reduzido, deixaram uma fenda de insegurança, de dúvida e instabilidade, àqueles que não tinham outra opção, dificultando sobremaneira qualquer estruturação de longo prazo que lhes garantissem uma vida digna. Com isso, a grande massa trabalhadora perdeu seu referencial profissional, sua identidade social, forçada pela necessidade de tornar-se eclética no novo mundo de trabalho que, hodiernamente se descortinava. (SADER apud MATTA; LIMA, 2008).

Desemprego, arrocho salarial, gradativa perda de direitos sociais apelativos à justiça, dentre outros, levaram e levam continuamente à diminuição da qualidade de vida de uma sociedade. Daí, o indubitável aparecimento de doenças, de origem psicossomática, mentais, fadiga, doenças osteomusculares,

cardiovasculares, entre outras, causadas pelo crescimento acelerado da instabilidade do trabalho. A exemplo disto, estudos realizados pelo SESI nacional afirmam que as “doenças crônicas não-transmissíveis representam as principais causas de morte e afastamento de funcionários do ambiente de trabalho”. (ORSIDA, 2009, p.1).

[...] O estudo mostra que pressão alta, depressão e obesidade são os principais males que acometem os trabalhadores da indústria brasileira, onde 27,6% estão hipertensos, 12,1%, deprimidos e 10,7%, obesos. [...] A médica Letícia Nobre, doutora em saúde pública, “culpa, em parte, a organização do trabalho e a ameaça de desemprego diante da crise financeira pelo índice de 12,1% de depressão captada na pesquisa do SESI: Há o medo do desemprego e mais exigência na organização do trabalho”. (NO CHÃO..., 2009, p.1).

Em escala proporcional aos problemas políticos, sociais e econômicos, direta e indiretamente, tornam-se problemas relacionados à Saúde Pública, assim como à Saúde Coletiva.

Esta realidade não faz parte somente do contexto brasileiro contemporâneo, mas, em função de toda a atual crise mundial iniciada nos Estados Unidos, muitos países desenvolvidos encontram-se na mesma situação.

O sistema neoliberal, segundo Matta (2008), por seu projeto estratégico de Estado Mínimo, descaracterizou as prioridades que o Estado deveria ter na garantia da universalização dos direitos a toda e qualquer população. Sua bandeira de mercantilização da sociedade, incrivelmente estava fadada ao fracasso quando muitos cientistas políticos previram uma tendência de enfraquecimento da capacidade hegemônica tanto dos Estados Unidos quanto do modelo econômico neoliberal.

## **1.2. A História da Fisioterapia no Brasil**

A Fisioterapia no Brasil já conta hoje com 40 anos de criação. São quatro décadas de lutas e desafios que só a fazem crescer no cenário da Saúde do país, a despeito de todos os contratempos e dificuldades. Falar de sua história é construir um panorama de como se compôs este seu ininterrupto processo de crescimento até os dias de hoje.

Os primeiros registros de tratamentos fisioterapêuticos que se tem conhecimento datam do século XIX quando da chegada da família real ao país, onde se destacam o surgimento das primeiras escolas médicas no Rio de Janeiro. Os

serviços fisioterapêuticos eram de eletricidade médica e de hidroterapia. No ano de 1884, o doutor Artur Silva participa da criação do primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul, organizado no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro (NOVAES, 1998).

Em 1919, o doutor Rafael Penteado de Barros inaugura o Departamento de Eletricidade Médica em São Paulo; é o Serviço de Eletro radiologia da Faculdade de Medicina da USP, e 10 anos mais tarde, em 1929, o doutor Waldo Rollim de Moraes inaugura o serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, que seria o primeiro Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de São Paulo (NOVAES, 1998).

Assim, Rio de Janeiro e São Paulo na década de 30 já possuíam serviços de Fisioterapia organizados e desenvolvidos por médicos ousados que se utilizavam de recursos físicos para tratar de seus pacientes de forma diferenciada. Todos com o mesmo objetivo - a recuperação física - e com as funções iguais ou parecidas às anteriores ao agravo da saúde. Esta visão ampla, de compromisso com o paciente, levou aqueles médicos a serem chamados de médicos de reabilitação. Seus conhecimentos tornaram-se valiosos no sentido de promover perspectivas maiores a muitos incapacitados e sequelados da época e depois em épocas futuras.

Em 1944, o então presidente Getúlio Vargas sofre um acidente e necessita de tratamento fisioterapêutico. Foi um momento oportuno da Fisioterapia para sua divulgação junto a um chefe de Estado. Assim, no ano seguinte, é construído o primeiro Hospital de Fisioterapia, o Hospital Municipal Barata Ribeiro, no Rio de Janeiro. Este hospital inaugura uma nova fase da Fisioterapia no Brasil. Nele, todo um amplo aparato é montado para dar suporte às atividades fisioterapêuticas necessárias ao atendimento da população. Lá se encontrava inclusive uma extensa piscina para a prática da hidroterapia, além de duchas terapêuticas, um ginásio, diversos aparelhos de mecanoterapia, eletroterapia e termoterapia<sup>5</sup> (FILHO, 2001).

---

<sup>5</sup> Mecanoterapia: é a utilização de aparelhos mecânicos no tratamento de patologias diversas humanas - Eletroterapia: consiste no uso de correntes elétricas dentro da terapêutica - Termoterapia: é a aplicação terapêutica de qualquer substância ao corpo que resulta no aumento ou diminuição da temperatura dos tecidos corporais estimulando a termorregulação corporal (Wikipédia: a enciclopédia livre).

Dois anos depois, em 1947, o Dr. Camilo Abud monta um Serviço de Fisioterapia no Hospital Carlos Chagas, em Marechal Hermes, também no Rio de Janeiro. E, em 1949, ele defende sua tese na Universidade do Brasil, para ser admitido como professor catedrático na cadeira de Fisioterapia Aplicada na então Escola Nacional de Educação Física e Desportos, criando um grande marco na história da Fisioterapia (FILHO, 2001, p.2).

No ano seguinte, em 1950, ocorre a reabertura do Setor de Fisioterapia da Santa Casa de Misericórdia, sendo anexada ao Ambulatório de Reumatologia do mesmo Hospital. Neste mesmo ano, inaugura-se a primeira APAE (Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais) do Brasil, campo onde a Fisioterapia também se mostrava cada vez mais essencial. Todos esses acontecimentos ocorrendo na cidade do Rio de Janeiro (FILHO, 2001).

A Segunda Guerra Mundial também contribuiu como fato histórico decisivo para o desenvolvimento da Fisioterapia, pois muitos foram os sequelados neste período. A guerra aumentou sobremaneira a procura dos Serviços de Fisioterapia e dos chamados médicos de reabilitação, para a resolutividade dos tratamentos. Com isso, o ensino, que era restrito aos bancos das universidades médicas, foi deslocado também para os profissionais de ensino médio - os paramédicos - para que a oferta pudesse atender a grande demanda oriunda da guerra (NOVAES, 1998).

Assim, é criado então em São Paulo, em 1951, o primeiro Curso Técnico de Fisioterapia, patrocinado pelo Centro de Estudos Raphael de Barros. Este Curso tinha duração máxima de um ano; em período integral, acessível a quem tinha segundo grau completo. O Curso iria formar profissionais para atendimento específico dos sequelados da guerra. E ministrado essencialmente por médicos e pelo corpo docente do Instituto Central do Hospital das Clínicas (MARQUES; SANCHEZ, 1994). Deste modo, em 1952, é formada a primeira turma de fisioterapeutas (denominação da época) do Brasil, cujo nome da turma foi o nome do próprio criador: Raphael de Barros (NOVAES, 1998).

Este curso formou inúmeros profissionais até 1956, quando a Lei 5.029 cria o Instituto de Reabilitação da Universidade de São Paulo, o INAR (BRASIL, 1958), Instituto este, anexado à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina desta Universidade. Assim, em 1958, acontece a formação da primeira

turma do INAR. O Curso contava agora com dois anos de duração, saindo graduados ao final de 1959 (BARROS, 2008).

Foi a partir daí, através do INAR, que se criou o primeiro Curso de Fisioterapia, pois havia interesse em atender aos padrões internacionais mínimos que a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) exigia para qualificar-se aos programas de reabilitação que estava interessada em desenvolver na América Latina. Um dos grandes responsáveis por esse intento foi o professor doutor Godoy Moreira (catedrático de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP), e que estabeleceu importantes contatos com a OPAS, a OMS e a World Confederation for Physical Therapy (WCPT) para o sucesso deste intento (MARQUES; SANCHEZ, 1994).

Seguindo a trajetória cronológica, no mesmo ano de 1952, em que foi formada a primeira turma de fisioterapeutas e quando o Curso ainda durava 1 ano, também foi incluída a Cadeira de Fisioterapia na Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro, tendo como destaque o professor Jacinto Campos. Em 1954, um grupo de médicos funda a Sociedade Brasileira de Fisioterapia (SBF) e, no mesmo ano, Fernando Lemos funda a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), segundo Filho, 2001. Importante Instituição especializada e de referência no tratamento da poliomielite – doença que se tornara epidêmica na época, deixando muitas crianças com sequelas. A ABBR tornou-se o “Primeiro Centro de Reabilitação das vítimas de Paralisia Infantil”, assim se referiu o Jornal o Globo daquele período (BARROS, 2008).

Em 1955, há a criação de um curso de formação de dois anos em Técnico em Reabilitação pela Escola Nacional de Educação Física e Desportos, a mesma escola que fazia formação de massagistas. No ano de 1956, Osvaldo Pinheiro de Campos, Jorge Faria e Antonio Caio do Amaral criam a primeira escola para a formação de Especialista em Fisioterapia. É a primeira Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, a ERRJ (FILHO, 2001). E, em 1957, é criada em São Paulo a Associação Paulista de Fisioterapeutas (APF).

Vale ressaltar que até então toda formação, criação de Serviços de Fisioterapia, inclusão da cadeira de Fisioterapia nas universidades, era voltada para os médicos de reabilitação, sendo que os fisioterapeutas tinham formação de nível médio, ou seja, formação técnico-profissionalizante.



No ano de 1958, começam a tramitar no Congresso Nacional quatro projetos de lei que tentam regulamentar a profissão e formação dos fisioterapeutas do país. O deputado Portugal Tavares, responsável pelo Projeto de Lei nº 4.789, lutava pela aprovação do seu projeto que garantiria a regulamentação da formação de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e de licenciados em Reabilitação (BARROS, 2008).

Em 1959, é criada a Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF) e em 1962, ela é reconhecida oficialmente pela Associação Médica Brasileira (AMB). No ano de 1963, a ABF passa a ter o reconhecimento pela WCPT. Neste mesmo ano, através da Lei 9.372, ela é declarada Utilidade Pública pela Assembléia Legislativa de São Paulo. Além disso, o Ministério de Educação e Cultura (MEC), através do Parecer 388/63, elaborado por uma comissão de peritos do Conselho Federal de Educação, reconhece os Cursos de Fisioterapia com a duração de três anos numa modalidade técnico-profissional (MARQUES; SANCHEZ, 1994).

Em 1964, acontece no Rio de Janeiro o I Congresso Brasileiro de Fisioterapia (COBRAFI) organizado pelo Dr. Eugênio Lopes Sanchez, fisioterapeuta formado em 1956. Neste congresso, a ABF encontra-se à frente e são tratadas inclusive questões como a necessidade do profissional de Fisioterapia adentrar no campo da cientificidade, além da urgência em regulamentar a profissão em nível superior.

Após uma luta de quase cinco anos, que vinha sendo travada desde 1961, quando foi lançado o primeiro Parecer nº 602 do Processo nº 97.990, finalmente em 1965, a ERRJ, através do Parecer nº 715, recebe oficialmente o reconhecimento da Câmara de Ensino Superior. Reconhecimento este feito pelo então Presidente Castello Branco, por meio do Decreto nº 57.363/65. (BARROS, 2008).

Em 1967, em São Paulo, é regulamentado o Curso de Fisioterapia da Universidade de São Paulo, através da Portaria GR nº 347, com duração de três anos (MARQUES; SANCHEZ, 1994). Em 1969, o então Presidente Costa e Silva sofre um Acidente Vascular Cerebral (AVC), necessitando de cuidados fisioterapêuticos. Sensibilizados com o bom tratamento dispensado ao presidente, a Junta Militar da época (os ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar), resolve decretar a criação da profissão como curso superior

(FILHO, 2001). Isto simplesmente representa um marco na história da Fisioterapia no país. O Decreto-Lei 938 de 13 de outubro deste mesmo ano (BRASIL, 1969), assinala definitivamente a Fisioterapia como Ciência do Movimento e do Corpo para o Bem Viver, quando discorre em sua redação que o "objeto de trabalho do fisioterapeuta é executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente" (GIUSTINA, 2003, p. 8-9). A fala de um dos informantes-chave da pesquisa revela esse momento:

[...] Ele fez um AVC e ficou mal. Foi um fisioterapeuta tratar dele e quando ele ficou bom, o senador perguntou para ele quanto devia para ele. Ele disse: financeiramente o senhor não me deve nada, o que o senhor me deve, se o senhor puder localizar um processo, assim, assim, de regulamentação da profissão, que estava no Senado e a gente já procurou e não sabe onde está esse processo. É o processo de regulamentação da nossa profissão. Você tem o protocolo do processo? Traga para mim. Ele levou o nº do processo do protocolo, deu para ele e não demorou muito a Fisioterapia foi regulamentada. Estava com ele, na mesa dele. E aí virou profissão. Imagina o quanto isso foi salutar para a Fisioterapia [...] (BIOFEEDBACK, 2009).

Porém, um mês após a aprovação do Decreto nº 939/69, uma equipe de médicos, que compunham a Comissão de Saúde do Congresso Nacional, aprovou por unanimidade o Projeto de Lei nº 2.090, de autoria da própria comissão. No conteúdo do referido decreto, o profissional de Fisioterapia deveria constar como "técnico em Fisioterapia", ficando o mesmo submetido a exercer suas atividades somente sob prescrição médica. Também ficaria impedido de praticar qualquer atividade de publicidade ou afins e mesmo montar alguma clínica ou consultório particular que não fosse atrelado a algum médico. Logicamente e felizmente este projeto foi derrotado e arquivado no Congresso Nacional em maio de 1972 (BARROS, 2008).

No contraponto da regulamentação do Curso de Fisioterapia como nível superior, em 1970, a USP, por meio da Portaria nº 1.025/70, faz o reconhecimento dos certificados dos cursos de Técnico em Fisioterapia e Terapia Ocupacional emitidos pelo INAR, referentes aos períodos de 1958 a 1966, como equivalentes aos de nível superior. Exigência que o INAR reivindicava porque seguia os parâmetros internacionais do Comitê de Reabilitação Médica da OMS. (BARROS, 2008).

Seis anos após a regulamentação do Curso de Fisioterapia, é criado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional<sup>6</sup> (COFFITO) e o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO), pelo então Presidente Ernesto Geisel, através da Lei 6.316 de 17/12/1975 (FILHO, 2001). Porém, estes Conselhos foram criados porque no Plano de Classificação de Cargos no Serviço Público Federal, havia uma insídia para tentar diminuir cargos e carreira, juntando muitas delas com uma denominação só. Porquanto, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais ficaram sendo chamados de Técnicos de Reabilitação até 1984. Em 1980, em São Paulo, é reconhecido o primeiro Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (SINFITO) pelo Ministério do Trabalho, que já funcionava, mas como Associação Profissional (MARQUES; SANCHEZ, 1994).

Seguem-se as conquistas da Fisioterapia no Brasil afora e na década de 80 e 90 não foram diferentes:

No dia 13 de dezembro de 1982, através da resolução nº 29, estabeleceram-se as "normas reguladoras complementares da fiscalização do exercício profissional" (BRASIL, 1982). Isto significava um maior rigor ético do exercício profissional e a não permissividade do charlatanismo e da vulgarização da profissão. Além disso, ainda se enfrentava grande preconceito por compararem fisioterapeutas a meros massagistas ou "ligadores e desligadores de aparelhos", como os técnicos de Fisioterapia o faziam, já que não tinham uma obrigação científica e nem a responsabilidade sobre aqueles a quem atendiam.

Em 1984, o Presidente João Batista Figueiredo sofreu uma grave crise de hérnia de disco e novamente mais um presidente fez o reconhecimento do valor da Fisioterapia. Entretanto, o fez de forma inadequada, pois retirou a denominação de Técnico de Reabilitação e juntou à categoria da Terapia Ocupacional, como se fosse uma coisa só. Ainda extremamente inadequado já que a Fisioterapia também havia sido regulamentada como profissão de nível superior, e na mesma medida necessitava de uma nomenclatura própria. Além disso, ainda havia a categoria dos técnicos que trabalhavam no campo da Fisioterapia e que continuavam atuando no mercado. Isso causou grande constrangimento tanto para os fisioterapeutas quanto

---

<sup>6</sup> A profissão de Terapia Ocupacional teve de ser agregada a este Conselho porque à época, o número de fisioterapeutas era insuficiente para a criação de um Conselho.

para os terapeutas ocupacionais da época. Felizmente, alguns meses mais tarde a terminologia foi devidamente corrigida, sedimentando-se o nome fisioterapeuta para a classe (FILHO, 2001).

Em 22 de junho de 1985, outra nova conquista da Fisioterapia; é deliberada a prática de Acupuntura ao fisioterapeuta, na Resolução nº 60 do COFFITO; prática até então exclusiva do médico (BRASIL, 1985). Três anos após esta conquista, por conta de muitos embates inclusive com a classe médica e de muito profissionais habilitarem-se com uma carga horária mínima e se intitularem acupunturistas, o COFFITO baixou novas regras para a regularização desta prática pelos fisioterapeutas. A Resolução nº 97 de 1988, "baixa atos complementares à Resolução COFFITO-60, que dispõe sobre a prática da Acupuntura pelo fisioterapeuta, e dá outras providências" (BRASIL, 1988), que são:

- Carga horária total mínima de seiscentas (600) horas;
- Duração mínima de 2 (dois) anos;
- Certificado expedido por entidade de reconhecida idoneidade científica e educacional que ministra o curso.

Em 1991, já havia uma ampla entrada dos fisioterapeutas nos serviços públicos. Como se sabe, no Brasil são necessárias leis para que se assegure o bom cumprimento de serviços públicos dentro de padrões éticos, legais, científicos e morais. Para tanto, o COFFITO, na Resolução nº 122, determina aos CREFITO's, "priorizarem a fiscalização dos órgãos públicos, quer a nível federal, quer a nível estadual ou municipal, e dá outras providências" (BRASIL, 1991), para evitarem problemas gerados como no exposto abaixo, art. 4º da Resolução supracitada:

Art. 4º. O ato fiscalizador, nestas condições, se faz necessário como fator de proteção da sociedade, frente as severas distorções encontradas quando estas práticas terapêuticas lhe são oferecidas pelos órgãos públicos assistenciais de Saúde, que via de regra, não cumprem as legislações regulamentadoras destas áreas profissionais, refletindo em danos a saúde da população alvo. (BRASIL, 1991, p. 2)

Em 1994, por meio do Decreto 90.640 de 19/12/94, o Serviço Público Federal reconhece a identidade profissional da Fisioterapia. Além disto, esta mesma lei respalda este profissional a avaliar, a orientar, a prescrever e a coordenar a Fisioterapia na Saúde Pública em geral. É a entrada da Fisioterapia na Saúde Pública (FILHO, 2001).

A Fisioterapia começa também a adentrar na Saúde Complementar e, logicamente, abusos também começam a existir por parte destas entidades. O COFFITO então baixa a resolução nº 183:

[...] proibindo todos seus componentes - fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e aquelas empresas cujas finalidades estejam ligadas diretamente aos campos assistenciais da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, registrados no CREFITO de suas respectivas jurisdições - de cumprir normas, instruções e outras exigências oriundas de empresas de Saúde de Grupo, de Seguro Saúde e similares, contrárias à Lei Federal nº. 6.316, de 17.12.1975 e aos atos regulamentadores estabelecidos nas Resoluções do COFFITO, e dá outras providências (BRASIL, 1998a, p. 5).

Isto garantia às clínicas, consultórios e profissionais autônomos que atendiam em hospitais, centros de saúde e afins, que houvesse respeito aos princípios ético-profissionais e também uma responsabilidade técnica dos profissionais de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, preocupação que não estava sendo respeitada pelas empresas de Saúde Suplementar (RESOLUÇÕES ..., 1998).

No ano de 1998, acontece o reconhecimento de duas importantes especialidades da Fisioterapia. É a valorização do trabalho do fisioterapeuta nas diversas áreas de conhecimento da saúde. Tanto a Resolução nº 188 quanto a Resolução nº 189, de 09 de dezembro de 1998, reconhecem a especialidade tanto de Fisioterapia Pneumofuncional quanto de Fisioterapia Neurofuncional, expedidas por IES, em conformidade com o disposto na Lei nº 9.394/96; duas especialidades hoje essenciais no campo da Saúde Pública (BRASIL, 1998).

Neste mesmo ano, o Ministro da Saúde, José Serra, assina a Portaria nº 3.432/98, "definindo critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI e a obrigatoriedade da presença do fisioterapeuta em suas equipes básicas". (MINISTÉRIO..., 1998).

A Acupuntura ainda se fazia presente nas discussões do COFFITO e dos CREFITO's. Era um tema polêmico, pois suscitava “briga” entre classes, sobre tempo de formação, quem deveria ou não praticar; enfim, fatores diversos que até hoje ainda provocam debates. Porém, no ano de 1999, o COFFITO baixou nova resolução, aumentando a carga horária na formação dos novos acupunturistas, sem, no entanto, invalidar aqueles que se formaram com a carga horária total mínima de 600h.

Na nova Resolução de nº 201, a carga horária total mínima passaria para um mil e duzentas horas (1.200 h), ou seja, o dobro da anterior. O COFFITO entendeu que a Acupuntura, por ser uma especialidade com métodos próprios de diagnóstico e tratamento, assentados nos paradigmas da medicina tradicional chinesa, necessitava de mais tempo para ser aprendida e apreendida (BRASIL, 1999).

Em 2000, durante a realização dos Jogos Olímpicos de Sydney na Austrália, o Comitê Olímpico Brasileiro incluiu em sua equipe técnica, cinco fisioterapeutas. "Por determinação do Comitê Olímpico Internacional, estes profissionais não podem exceder a 5% do total de atletas que cada país inscreve nos Jogos". (OLIMPÍADAS..., 2000, p. 5).

Isto representou um marco importante para a classe, pois configurou-se como o reconhecimento também da importância deste profissional na área esportiva, em cada etapa por que passa o atleta. Vale ressaltar que a Fisioterapia não existia na estrutura do Comitê Olímpico Brasileiro, daí até a marcante presença do fisioterapeuta nessas Olimpíadas. O mesmo aconteceu nos Jogos Paraolímpicos ocorridos logo após os Jogos Olímpicos, também em Sydney. Na delegação brasileira, dois fisioterapeutas foram acompanhando os atletas em 9 das 19 modalidades disputadas (OLIMPÍADAS..., 2000).

Também neste mesmo ano, ocorre outro importante fato histórico a ser mencionado aqui. O Conselho Federal "veta o exercício profissional da Fisioterapia aos portadores de Certificados de Cursos Sequenciais e dá outras providências." (BRASIL, 2000), descrito na Resolução nº 211, de 17 de agosto deste ano, ou seja, os cursos sequenciais são aqueles cursos oferecidos por algumas IES com duração de dois anos, e no caso da Fisioterapia, o COFFITO/CREFITO's só permitem a graduação superior plena em cursos de no mínimo quatro e cinco anos, autorizados por eles e após registro profissional nestes conselhos, segundo consta o artigo 1º desta mesma Resolução:

**Art. 1º** - O exercício profissional da Fisioterapia só é permissível ao indivíduo portador de diploma de graduação superior plena em Fisioterapia, após obtenção do registro profissional no Sistema COFFITO/CREFITO's. (BRASIL, 2000, p. 1).

Esta foi uma medida importante do COFFITO, pois estes Cursos estavam aumentando desenfreadamente sua oferta na área da Saúde, em razão das

características inerentes a este tipo de atendimento<sup>7</sup>. Estimava-se que para estes Cursos em 2002, mais de 1 milhão de vagas iriam ser ofertadas, sendo um problema para a Área de Saúde, pois só após 1 ano, estes Cursos podiam ser analisados. As universidades tinham autonomia para abri-los, ainda que não tivessem condições para tal (CURSOS..., 2001).

Novamente, em 2000, a Acupuntura entra na pauta do COFFITO. De acordo com a Resolução nº 219, deste Conselho, publicada no Diário Oficial da União (D.O.U.), no dia 27 de dezembro de 2000, a Acupuntura fica definitivamente fixada como a mais nova especialidade do fisioterapeuta, sem, no entanto, ser exercida em caráter de exclusividade corporativa (ACUPUNTURA..., 2001). Isto significa dizer que o Conselho regulamentou uma especialidade que também era do fisioterapeuta, mas que os médicos sempre brigaram por, quem sabe, temor em perder território, ou ainda, sensação de ameaça pela competência dos fisioterapeutas acupunturistas, que agora entravam no mercado, respaldados em lei.

De acordo com esta resolução, ela só veio reforçar as outras duas anteriores já publicadas pelo DOU, a resolução nº 60/85, que reconheceu a Acupuntura como recurso terapêutico especializado elegível ao fisioterapeuta, e as resoluções nº 97/88 e 201/99 que ratificaram não só "o papel normatizador do COFFITO, como também agente garantidor do controle ético da profissão" (ACUPUNTURA..., 2001, p.31).

No contraponto desta conquista, o Conselho Federal de Medicina (CFM), move uma ação cautelar contra o COFFITO, objetivando suspender os efeitos legais da referida resolução, alegando ato médico e que, portanto, a resolução do COFFITO contraria o Decreto-Lei nº 938/69. Segundo o CFM, neste decreto, nos atos privativos do fisioterapeuta, não inclui a previsão de atos médicos, sendo a Acupuntura, especialidade médica prevista e editada na resolução do CFM nº 1455/95. Assim o fisioterapeuta estaria exercendo uma prática ilegal e exclusiva do exercício médico, que exigiria conhecimentos específicos e conhecimentos básicos do médico (JUSTIÇA..., 2001). Diante do exposto, a sentença apresentada pela Justiça Federal indeferiu o pedido do CFM, reafirmando a eficácia da resolução do

---

<sup>7</sup> Apesar das dificuldades, a área de saúde sempre sofre com a carência de recursos humanos. E a Fisioterapia é uma das profissões de saúde que mais cresce no país, suscitando muitos intitulem-se fisioterapeutas sem a formação de nível superior.

COFFITO de nº 219/2000, julgando improcedente a ação, extinguindo o processo (JUSTIÇA..., 2001).

Em 2001, o Conselho Federal "dispõe sobre o reconhecimento da Quiropraxia e da Osteopatia como especialidades do profissional fisioterapeuta e dá outras providências" (BRASIL, 2001), contidos na Resolução nº 220 deste Conselho. Entretanto, até hoje, em pleno ano de 2010, ainda há uma luta para que esta prática se torne exclusiva do fisioterapeuta. Ocorre que existe um forte *lobby* internacional mercantilizador que tramita desde 2007, para regulamentar a Quiropraxia como profissão de saúde e, assim, poder montar cursos de nível superior em parceria com instituições internacionais para formação de profissionais na área. Há inclusive um projeto de lei, de nº 4.199/01, que tramita na Câmara dos Deputados para que seja aprovada a Quiropraxia sem exclusividade do fisioterapeuta. O COFFITO vem acompanhando sistematicamente a tramitação deste Projeto de Lei, por meio de sua Comissão de Assuntos Parlamentares (OSTEOPATIA..., 2001).

Em 2002, dois importantes fatos marcaram a história da Fisioterapia no Brasil. O primeiro foram as diversas manifestações ocorridas em todo o Brasil contra o PL nº 25/2002, de autoria do senador e médico Geraldo Althoff (PFL/SC, não-reeleito), relativo ao Ato Médico. Este projeto foi aprovado na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), com três emendas que apenas abrandavam seu aspecto constitucional. Na época já se encontrava na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em caráter terminativo, a não ser que houvesse requerimento para tal. Neste ínterim foi montada uma moção de repúdio durante o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores na Área de Saúde, com a elaboração de um documento afirmando acerca dos prejuízos sociais que esta proposta ilegítima traria às classes profissionais da Área de Saúde, cerceando o livre direito do exercício profissional destes trabalhadores, já respaldados em dispositivos legais. (PLS..., 2002).

Naquele momento, o COFFITO liderava o movimento contra a aprovação do projeto. Segundo esta entidade, além do desrespeito ético, estavam claros os objetivos corporativos-mercantilistas do grupo médico, configurados como uma afronta e ofensa a qualquer responsabilidade social e de qualquer cidadão. Além disso, todas as outras categorias profissionais da Área da Saúde também estavam articuladas na mesma luta que o COFFITO. (PLS..., 2002).



Também em 2002, o COFFITO vetou tanto o registro como o exercício profissional dos chamados tecnólogos em Fisioterapia nas áreas em que se exerce controle social. O Conselho entendeu que esta categoria desconsidera artigos dispostos no Decreto-lei nº 938/69, que criou as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional em nível superior. (COFFITO..., 2002).

Outras lutas vinham sendo feitas pelo COFFITO ao longo desse ano. Uma delas foi realizada na audiência pública, em que o COFFITO, atrelado aos Conselhos Federais de Saúde de diversas categorias profissionais, discutiu conjuntamente com o Conselho Nacional de Educação (CNE), através de sua Câmara de Educação Superior, as fundamentações para a elaboração das novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Área de Saúde. A pauta em questão, girava em torno da insatisfação dos Conselhos Federais com o CNE, em não estabelecer critérios mais "fechados", vamos dizer assim, em relação à carga horária mínima total dos cursos, assim como, com o tempo de integralização mínimo de quatro anos, em turno diurno, para conclusão dos cursos. Sendo que nesta carga horária de quatro mil horas, não incluiria o estágio curricular supervisionado (obrigatoriamente diurno), que deveria ser de 800 horas ou 20% da carga horária total do curso. (DIRETRIZES..., 2002, p. 4).

Segundo os conselheiros federais das categorias profissionais, o CNE, desrespeitando estas propostas, enfatizava uma educação mercantilizada e reducionista. Estes fatores tornam-se potenciais agravantes para a composição de diretrizes curriculares que levam a uma formação acadêmica deficiente e precária. Estes reflexos seriam (e serão) sentidos em cadeia; do docente ao discente; do fisioterapeuta ao paciente – objetivo final de nossa profissão – comprometendo seriamente a qualidade dos serviços de saúde no país como um todo. (DIRETRIZES..., 2002).

Em 15 de abril de 2002, o então Presidente Fernando Henrique Cardoso, sanciona a Lei nº 10.424/02, de autoria do deputado federal Hélio de Oliveira Santos (PDT/SP), que autoriza o atendimento domiciliar e a internação domiciliar pelo SUS. Esta lei ainda se faz capítulo e artigo à Lei nº 8.080, que criou o SUS. Além disso, inclui os procedimentos fisioterapêuticos entre os cobertos para atendimento e internação domiciliar. (SUS..., 2002).

O fisioterapeuta vai ampliando assim seu campo de trabalho. Neste contexto, um campo em que ele vai ganhando cada vez mais resultados, mostrando maior eficácia e alcançando resolubilidade com suas intervenções, são nas equipes de Saúde do Trabalhador. Isto vai gerando uma necessidade maior de qualificação, cada vez mais aprofundada e mais específica (FISIOTRAB..., 2003).

Pensando nesta categoria crescente, foi que em 2003, na Resolução nº 259, o Conselho Federal dispôs sobre a Fisioterapia do Trabalho (BRASIL, 2003), objetivando criar critérios seguros de qualificação voltados para área de Ergonomia, Saúde e Segurança do Trabalho. Para estes profissionais que quisessem seguir nesta direção, o campo ainda era novo e inexplorado, mas regulamentado, evitar-se-iam “brigas” com outras profissões afins que gerassem “conflitos” de atuações profissionais.

Ocorreu também em dezembro deste mesmo ano de 2003, na cidade de Brasília, a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Nesta Conferência, onde foram discutidas muitas pautas, o Ministério da Saúde iria comprometer-se a transformar em políticas públicas as deliberações discutidas entre os mais de três mil delegados e participantes da Conferência (CONFERÊNCIA..., 2003).

A representação do COFFITO foi expressiva. Sua delegação girou em torno de 50 representantes, que promoveram troca de informações e definições de estratégias de ação para promoção tanto da Fisioterapia quanto da Terapia Ocupacional. Além disso, o COFFITO participou ativamente das discussões, dos debates e votações, inclusive entre temas polêmicos votados na plenária final, como foi o caso do projeto que define o denominado “Ato Médico”, rejeitado por pelo menos 80% a 90% dos delegados ali presentes (PARTICIPAÇÃO..., 2003).

Em 2004, o COFFITO reconhece a especialidade de Fisioterapia Traumatológica e Ortopédica Funcional, descritos na Resolução nº 260 (BRASIL, 2004). Neste mesmo ano, o deputado Geraldo Resende (PPS/MS) e Alcení Guerra (DEM/PR) apresentaram conjuntamente na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei de nº 3256/2004, que dispõe sobre a obrigatoriedade do atendimento fisioterapêutico pelas equipes do Programa de Saúde da Família. E a deputada Gorete Pereira (PL/CE), o apenso Projeto de Lei nº 4261/2004, que inclui os profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no Programa Saúde da Família – PSF (SEGURIDADE..., 2008). Em 2008, a Comissão de Seguridade Social

e Família da Câmara dos Deputados aprovaram, por unanimidade, o parecer dos deputados. Entretanto, o PL, ainda tramita até hoje na Câmara os Deputados para aprovação da Comissão Financeira e Orçamentária. É exatamente aí que eles alegam que falta adequação financeira e orçamentária para pôr em prática tal projeto, e que não envolveria o mérito desta comissão para aprovação (DIÁRIO..., 2004). A Comissão Parlamentar do COFFITO continua na luta.

Em 2006, na Resolução nº 318, o Conselho Federal resolve mudar a antiga nomenclatura da especialidade de Fisioterapia Pneumofuncional, dada na Resolução nº 188/98, para especialista em Fisioterapia Respiratória e determina outras providências (BRASIL, 2006).

Em 2007, a Fisioterapia foi um dos grandes destaques nos Jogos Pan-Americanos. Uma equipe de fisioterapeutas, liderados pelo COFFITO – a Agência COFFITO - e pela Sociedade Nacional de Fisioterapia Esportiva (SONAFE), foram as responsáveis pelo sucesso dos trabalhos, tanto preventivo como de caráter reabilitativo nesses Jogos Pan-Americanos, marcando definitivamente a importância da Fisioterapia na área esportiva (O PAN..., 2008). Neste mesmo ano, no dia oito (08) de novembro, o COFFITO reconheceu a especialidade de Fisioterapia Esportiva, através da Resolução nº 337, publicada no Diário Oficial da União, no dia 31 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2007). Mais um destaque da Fisioterapia como profissão que vai mostrando seu necessário papel social.

Também teve destaque neste mesmo ano o I Congresso Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva (CONAFISC) e a I Mostra Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva, onde foram expostos 220 trabalhos científicos abordando temas relativos à Saúde da Família, inserção do fisioterapeuta na atenção básica, dentre outros relacionados à Saúde Coletiva (UM NOVO..., 2008). Infelizmente não houve nenhum trabalho oriundo do Pará. Deste congresso saíram muitas ideias, muitas propostas; muitos desafios foram criados e novas perspectivas foram abertas para a Fisioterapia no campo da nova Saúde Pública, a Saúde Coletiva. Isto é animador e desafiador, pois inspira mais pesquisa, mais conhecimentos e novos campos de trabalhos, com novas e melhores possibilidades de políticas públicas para a sociedade brasileira.

Em 2008, finalmente a Resolução nº 348, de 27 de março, do citado ano, o COFFITO "dispõe sobre o reconhecimento da Equoterapia como recurso

terapêutico da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional e dá outras providências" (BRASIL, 2008a). A Equoterapia começou seu processo de valorização no Brasil em 1989, e mais uma vez, o fisioterapeuta vê seu espaço reconhecido no mercado de trabalho.

Ainda que a Equoterapia necessite de um acompanhamento multiprofissional, é o fisioterapeuta que está à frente do processo. A Equoterapia consiste em uma terapia que age através dos movimentos tridimensionais do cavalo, que vão transmitir ao paciente uma grande quantidade de impulsos diferentes e estimulantes. Para cada tipo de paciente existe um animal com sua conformação anatômica específica, para dar não só os movimentos ideais, mas a melhor adequação animal-paciente durante o processo terapêutico. O fisioterapeuta precisa conhecer toda a conformidade do seu instrumento de trabalho – o cavalo – assim como todo o arsenal de informações e técnicas que irá usar durante o tratamento do seu paciente (EQUOTERAPIA..., 2001).

Ainda em 2008, o COFFITO, na Resolução nº 351 de 13 de junho, deste mesmo ano, publicada no D.O.U. de 17 de junho de 2008, "dispõe sobre o reconhecimento da Fisioterapia do Trabalho como especialidade do profissional fisioterapeuta e lhe dá outras providências" (BRASIL, 2008b). Isto quer dizer que houve um reforço do que foi dito na Resolução nº 259, agora tornando efetivamente especialidade do fisioterapeuta.

Os argumentos corroboram para este reconhecimento quando leva em conta a evolução acadêmica, científica e social da Fisioterapia; as novas regulamentações da Lei Federal 8.080/90 sobre Saúde do Trabalhador. O aumento das aptidões profissionais do fisioterapeuta como profissional autônomo, cujas competências e habilidades abrangem a atuação no âmbito da saúde funcional do trabalhador; a necessidade de normatização da atividade dos fisioterapeutas que atuam na área da saúde do trabalhador; o dito na Portaria GM/MS nº 1.125, de 6 de Julho de 2005, "que dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS" (BRASIL, 2008). E quando também respeitam o contingente de profissionais fisioterapeutas que se evidenciam como detentores de competências específicas na Área de Saúde do trabalhador; ou quando também levam em conta que as LER/DORT são consideradas doenças vinculadas ao trabalho, tendo sua etiologia na organização e nas causas biomecânicas da atividade laboral,

reconhecidas pelas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego. Também as demandas que hoje se instalam no segmento judiciário, principalmente as relacionadas às LER/DORT, onde o fisioterapeuta tem atuado como colaborador da Justiça do Trabalho, pela relação direta do saber-fazer deste profissional (BRASIL, 2008).

Os ganhos continuam ininterruptos na Fisioterapia. Em 2009, na Resolução nº 362, o COFFITO "reconhece a Fisioterapia Dermato-Funcional como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências (BRASIL 2008c); na Resolução nº 363, ele reconhece a Fisioterapia em Saúde Coletiva como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências" (BRASIL, 2008d). Na Resolução nº 364, ele "reconhece a Fisioterapia Onco-Funcional como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências" (BRASIL, 2008e) e na Resolução nº 365, ele "reconhece a Fisioterapia Urogineco-Funcional como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências" (BRASIL, 2008f).

O objetivo da Fisioterapia Dermato-funcional é a recuperação físico-estética-funcional das alterações do organismo, oriundas dos distúrbios endócrino-metabólicos, dermatológicos e músculo-esqueléticos (FISIOTERAPIA..., 2003).

O diferencial da Fisioterapia Dermato-funcional para a simples intervenção estética é que a atuação da Fisioterapia amplia seu leque de possibilidades quando são crescentes os índices de obesidade, de mastectomizadas e da busca pelo corpo perfeito na pós-cirurgia plástica estética, tudo associado a uma maior investigação científica. Daí que ela não se restringe às alterações meramente estéticas, mas àquelas que se tornam verdadeiramente patológicas, com evidências clínicas semelhantes a qualquer outra patogenia (FISIOTERAPIA..., 2003).

Sendo assim, o principal motivo para a busca de soluções, perpassa pela ação estigmatizante que essas alterações estéticas levam as pessoas a se afastarem de seu meio social. Nesse sentido, a Fisioterapia Dermato-funcional tem seu papel definido muito além do mero sentido estético, ela faz um resgate da autoestima da pessoa, num processo de ressocialização, dentro de sua população e no sentido contrário, interagindo o social e o cidadão como um todo (FISIOTERAPIA..., 2003).

A Fisioterapia Onco-funcional oferece ao profissional fisioterapeuta e a sua população, um conjunto de possibilidades terapêuticas físicas suscetíveis, na medida em que age o mais precocemente possível na recuperação de pacientes operados de câncer. Aquelas pacientes que sofreram de intervenção cirúrgica, por exemplo, de cintura escapular e de membro superior, o fisioterapeuta onco-funcional vai atuar desde a mais precoce recuperação daquele segmento comprometido até a profilaxia de sequelas como retração e aderência cicatricial, fibrose e linfedema; afora os casos em que necessite intervenção em UTI, particularmente na parte respiratória. Daí a abrangência deste campo para o fisioterapeuta que ainda hoje é pouco explorado (ONCOLOGIA..., 2000).

Quanto à Fisioterapia Urogineco-Funcional, o primeiro serviço de Uroginecologia criado no Brasil foi em São Paulo, pelo professor Aristodemo Pinotti, no Hospital Pérola Byington, em meados de 1996. A introdução do fisioterapeuta nas questões de incontinência urinária e prolapso ocorreram lentamente. No início, todas as pacientes encaminhadas ao grupo ambulatorial de Fisioterapia mostravam-se resistentes ao novo procedimento uroginecológico que as fisioterapeutas tentavam aplicar para seus problemas, exigindo primeiramente cirurgia. Porém, após três meses deste novo tratamento, os resultados mostraram-se visíveis a ponto de lotarem os horários disponibilizados para este procedimento. Ainda hoje, o hospital Pérola Byington é referência nesta área no Brasil (FISIOTERAPIA..., 2002).

Assim sendo, o objetivo da Fisioterapia Uroginecológica e Obstétrica é a prevenção e tratamento dos pré e pós-cirúrgicos de incontinências e prolapsos dos órgãos do sistema urogenital feminino. Também no antes, durante e depois do parto, nas disfunções pélvicas da menopausa e outras disfunções da região pélvica. Os recursos comumente utilizados pela profissional são recursos cinesioterapêuticos, eletroterapêuticos e *biofeedback* (FISIOTERAPIA..., 2002).

No dia 20 de maio de 2009, o COFFITO, no uso de suas atribuições, "adota o Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos como padrão mínimo remuneratório-deontológico para o exercício profissional do fisioterapeuta", ditada na Resolução nº 367 e publicada no D.O.U. de 18 de junho de 2009 (BRASIL, 2009a). Esta resolução veio equacionar um problema que há muito afligia a classe de fisioterapeutas – a questão da valorização dos seus serviços prestados. Com isso, a atividade profissional do fisioterapeuta fica proibida de ser executada por preço

ínfimo, como forma de "ganhar mercado", que alguns profissionais e mesmo estudantes, se utilizavam para desenvolver atividades fisioterapêuticas. Práticas estas que se tornam incompatíveis com a dignidade de qualquer profissional.

No segundo semestre de 2009, novas conquistas foram sendo alcançadas. No mês de novembro, duas novas resoluções foram baixadas pelo COFFITO, a Resolução nº 370, que "dispõe sobre a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais" (BRASIL, 2009b); e a Resolução nº 372, que "reconhece a Saúde da Mulher como especialidade do profissional fisioterapeuta e dá outras providências" (BRASIL, 2009c). Isto mostra que a Fisioterapia vem em um crescente e acelerado processo evolutivo, tentando acompanhar todas as demandas da Área da Saúde que o profissional fisioterapeuta pode atuar. Sua legislação vem tornando-se a prova mais cabal deste processo de modernização e contemporaneidade acelerada, e que a Fisioterapia vai registrando sua trajetória na História da Saúde do país.

### **1.3. O Surgimento da Fisioterapia em Belém**

Na década de 70, durante o regime militar, o Governo Federal, com a preocupação maior em relação à segurança e defesa da soberania nacional, tinha o discurso estratégico da necessidade de integração e desenvolvimento definitivo da Região Norte. Esta estratégia visava evitar à ocupação estrangeira dos imensos vazios demográficos da Amazônia em particular, e de toda Região Norte do país (AZEVEDO; SERRÃO, 1997). Com isso, deixava de correr os riscos de perda do seu vasto patrimônio continental por conta dos conflitos internacionais que estavam inseridos no contexto mundial.

Como a Região Norte era um território com baixíssima densidade demográfica, onde suas organizações sociais ofereciam quase nenhuma resistência, por conta do reduzido sítio das fronteiras, "o governo federal resolveu assumir diretamente a iniciativa da ocupação e da integração da Amazônia à economia nacional" (A AMAZÔNIA, [entre 1998 e 2009]). Simultaneamente, adotou uma política de incentivos fiscais como forma de atrativo para investidores da agropecuária e mineração para a região, ao mesmo tempo em que investia na abertura de rodovias e na reforma agrária (AZEVEDO; SERRÃO, 1997).

Dentre os grandes projetos que surgiram nesse período, houve a criação da Eletronorte, a construção da Hidrelétrica de Tucuruí, situada na região do Projeto Grande Carajás (PGC), o Projeto Jari no Amapá e a Mineração Rio do Norte no Pará; o Sistema Integrado mina-ferrovia-porto da Companhia Vale do Rio Doce, hoje Vale, a abertura da Rodovia Cuiabá-Porto Velho; e a própria construção da Belém-Brasília. (A AMAZÔNIA, [entre 1998 e 2009]).

Todo esse investimento governamental determinou uma grande expansão na devastação da área florestal. Isso estimulou tanto a colonização dirigida como a espontânea em todos os pontos da região amazônica como, por exemplo, Rondônia, norte de Mato-Grosso e ao longo dos trechos da rodovia Transamazônica. Esta rodovia representou um dos grandes projetos do governo neste período, cujo objetivo era implantar as chamadas agrovilas, que eram assentamentos dos trabalhadores para produção agrícola. No entanto, este projeto da Transamazônica e outros grandes projetos agropecuários e mineradores só geraram, na verdade, um significativo fluxo migratório para as regiões urbanas e arredores dos centros citadinos construídos, cujos projetos industriais se desenvolviam, porém, de forma desordenada, por conta de uma generosa devastação florestal causada por estes grandes projetos. (A AMAZÔNIA, [entre 1998 e 2009]).

Com eles, vieram as desordens socioeconômicas e demográficas das populações abandonadas direta e indiretamente por aqueles projetos. Ao mesmo tempo houve uma maior concentração de empregos em atividades industriais nos grandes centros urbanos, como Belém, por exemplo. Pobreza, prostituição, promiscuidade de todo tipo; precárias condições de vida e de saneamento pioraram também a saúde da população, tornando-se assim, um dos grandes problemas sociais da Região. (AZEVEDO; SERRÃO, 1997).

Adveio também a extensa proliferação de doenças como malária, leishmaniose, febre amarela, tuberculose e hanseníase. Atrelada a isso, a violência urbana, problemas ambientais e sociais, consequentes à falta de preocupação maior destes projetos com seu entorno. (A AMAZÔNIA, [entre 1998 e 2009]).

As duas maiores capitais, Belém e Manaus, que concentravam as atividades industriais, também traziam em seu bojo problemas oriundos desta industrialização. A falta de medidas de prevenção e segurança no ambiente de trabalho deixava uma enorme lacuna assistencial quanto à questão da vigilância em



Saúde no Trabalho, favorecendo a continuidade das precárias condições de vida nestes locais. Isto induzia os trabalhadores a se exporem às situações insalubres e até mesmo de alta periculosidade durante a jornada de trabalho, levando aos altos índices de afastamento por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho (MASCARENHAS apud JUNIOR; GONÇALVES; BARBOSA, 2008).

Diante da apresentação de um quadro geral da situação de saúde da Região Norte e dos possíveis fatores relevantes que levaram àquela população a uma determinada condição de adoecimento, vale ressaltar que a hanseníase e os acidentes de trabalho tornaram-se os grandes problemas de Saúde Pública do Pará. Os altos índices de morbidade e incapacidade, oriundos destes problemas de saúde da população, tiveram profunda correlação com o surgimento do Curso de Fisioterapia no Pará.

Assim, a Fisioterapia começou a ser pensada em Belém nesta década de 70. Era um quadro insustentável na Saúde da Região Norte naquela época. O polo de atração para a solução destes problemas dirigia-se apenas à região metropolitana de Belém. Segundo Dantas (2007), ainda hoje, o Pará continua sendo um dos campeões em casos de hanseníase:

O Pará é o 5º Estado mais endêmico do Brasil e responsável por 12% de todos os casos novos registrados no País, apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS) ter anunciado como meta, em 1991, a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública em todos os países endêmicos. (informação verbal)<sup>8</sup>.

Quanto à questão dos problemas relacionados às doenças ocupacionais e aos acidentes de trabalho, havia a necessidade da máxima urgência de implantação de um Serviço de Reabilitação, pois o número de segurados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e beneficiados por acidentes de trabalho estavam tornando-se cada vez mais numeroso. O governo federal, na tentativa de minimizar a pressão deste setor de serviços de saúde por uma demanda ali existente que só crescia, abriu o Centro de Reabilitação Profissional (CRP), procurando atender estes segurados do INSS, sendo o primeiro local a estabelecer fisioterapeutas do setor público de Belém.

---

<sup>8</sup> Depoimento fornecido pela Coordenadora Estadual de Controle da Hanseníase, Adgines Dantas à Agência Pará por ocasião da Webconferência que foi veiculada por meio do Portal da Saúde do Pará, em janeiro de 2007.

Para compor o quadro de profissionais deste novo CRP/PA, foram chamados diversos profissionais do INSS pelo Brasil, para atuar na capital paraense. Nesta época, a reabilitação profissional estava em evidência e, na ocasião, muitos profissionais até se interessaram em vir a Belém. Chegaram à cidade, dentre outros Profissionais de Saúde, cinco fisioterapeutas, na condição de permanecerem por um período de dois anos de trabalho e, após esse período, caso quisessem, poderiam solicitar transferência. Destes cinco fisioterapeutas, três ficaram porque não conseguiram o processo de transferência, que se fazia obrigatoriamente via permuta. Destes três fisioterapeutas, dois tornaram-se as peças-chaves para a abertura do Curso de Fisioterapia na primeira Universidade Estadual do Pará, seguindo inclusive a carreira docente. O terceiro fisioterapeuta atuou como tal até formar-se em Medicina, optando por esta profissão para seu exercício profissional.

Havia mais uma fisioterapeuta, recém-chegada do Rio de Janeiro, que também compôs o grupo dos fisioterapeutas que contribuíram na criação do primeiro Curso de Fisioterapia de Belém. Esta fisioterapeuta e os demais, que vieram fazer parte do quadro do INSS, foram os primeiros profissionais do ramo a chegarem em Belém. Existiam alguns massagistas experientes que realizavam procedimentos fisioterapêuticos empiricamente e que foram banidos, gradativamente, na medida em que o Curso de Fisioterapia foi evoluindo. Após a abertura do Curso de Fisioterapia, muitos outros profissionais fisioterapeutas chegaram à cidade, principalmente oriundos do Nordeste.

#### *1.3.1. O Curso de Fisioterapia*

Quando a Fisioterapia foi pensada em Belém, os cursos de nível superior que existiam no Estado eram de Enfermagem, criado em 1940, e os de Medicina e Educação Física, criados em 1971. Todos estes cursos eram administrados pela Fundação Educacional do Estado do Pará (FEED), tendo na época como superintendente o senhor Manoel Campbel Moutinho (AZEVEDO; SERRÃO, 2007).

Segundo Júnior, Gonçalves e Barbosa (2008) no governo Fernando Guilhon, foi criada a Lei nº 4.526, de 09 de julho de 1974, que previa a implantação de uma Universidade do Estado do Pará. Entretanto, para que a Lei entrasse em vigor era necessário que ela obedecesse às normas fixadas no artigo 10, da Resolução nº 7/78, do Conselho Federal de Educação (CFE), a saber:

[...] assegurada a Universidade de campo deverá esta oferecer pelo menos 4 cursos relacionados com as áreas fundamentais de Ciências Exatas e Naturais, das Ciências Humanas e Letras e Artes e 4 de caráter técnico-profissional [...] (RES. N° 7/78, ART. 10 apud AZEVEDO; SERRÃO, 2007, p. 28).

Entretanto, nenhum curso poderia ser criado até 31 de dezembro de 1982, por conta do Decreto n° 86.000, criado pelo Presidente da República da época, dificultando ainda mais este processo. Então, para justificar a criação de novos cursos superiores em Belém e, conseqüentemente, a criação da Universidade, a FEEP realizou uma pesquisa de mercado e consultou várias entidades representativas para verificar que tipo de profissional de saúde carecia mais a Região Amazônica, e que justificasse a criação de cursos técnico-profissionalizantes. (AZEVEDO; SERRÃO, 1997).

Segundo o superintendente da FEEP, na época, o senhor Manoel Moutinho (1985)<sup>9</sup>:

[...] há necessidade urgente de profissionais terapeutas na região, que registrou 15.991 acidentes de trabalho em 1983, que demanda Fisioterapia para recuperação profissional, além de grande quantidade de hansenianos ou ex-hansenianos, que exige, também Fisioterapia para recuperação [...] (MOUTINHO apud AZEVEDO; SERRÃO, 1997).

Para que o Curso de Fisioterapia surgisse foram elaborados dois importantes documentos: a Carta Consulta e o Projeto de Criação do Curso. Ambos foram concluídos até o final de 1982, contando com a ampla participação da Associação dos Fisioterapeutas do Pará (AFIPA). (AZEVEDO; SERRÃO, 1997).

Entretanto, o MEC exigia uma reformulação do currículo mínimo de todos os Cursos de Fisioterapia do Brasil, fazendo repercutir na reformulação da grade curricular do Curso de Fisioterapia de Belém para atender a essas exigências. Além disso, havia todo um desejo governamental, declarado pelo governador da época, Jáder Barbalho, em querer implantar antes do término do seu mandato a Universidade do Estado do Pará. (JUNIOR; GONÇALVES; BARBOSA, 2008).

Assim, em 1984, foi enviado ao Conselho Estadual de Educação (CEE), a Carta Consulta e o Projeto de Criação do Curso de Fisioterapia, sendo encaminhado depois ao Conselho Diretor da FEEP. O CEE baixou a resolução n° 396/85 que autorizava o funcionamento dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional na Faculdade Estadual de Medicina do Pará (FEMP), sendo também encaminhado ao

---

<sup>9</sup> Notícia fornecida pelo senhor Manoel Moutinho ao Jornal O Liberal em 07 de fevereiro de 1985.

Conselho Diretor da FEEP, mantenedora da respectiva Faculdade. (JÚNIOR; GONÇALVES; BARBOSA, 2008).

Todos esses documentos, neste mesmo ano, foram encaminhados ao governador Jäder Barbalho que criou oficialmente o Curso através de Decreto. Em março deste mesmo ano foram ofertadas as primeiras 30 vagas para o Curso de Fisioterapia, na FEMP, que funcionou até 1991, sem o reconhecimento do MEC. Mesmo assim, após uma série de contratempos e impedimentos, inclusive para a implantação da UEPA, finalmente em 04 de julho de 1991, o então governador Jäder Barbalho assina o Decreto nº 83.857/91, reconhecendo definitivamente o Curso de Fisioterapia, no Estado do Pará. (AZEVEDO; SERRÃO, 1997).

Por fim, em 1994, após os primeiros impedimentos ocorridos em anos anteriores por falta de trâmites legais<sup>10</sup>, a tão sonhada Universidade do Estado do Pará foi legalmente implantada pelo governador Jäder Barbalho. (AZEVEDO; SERRÃO, 1997). E o Curso de Fisioterapia reorientou sua prática pelo trinômio ensino-pesquisa-extensão, vinculando seu ensino a uma relação inexoravelmente transformadora entre universidade e sociedade.

Durante quase 10 anos, a UEPA reinou como a única universidade do Pará a ter o Curso de Fisioterapia em seu quadro. Somente em 2000, o Conselho Universitário (CONSUN), através da Resolução nº 013/99, de 03/05/1999, assim como o Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE), através da Resolução nº 006/2000 de 07/01/2000, aprovaram o funcionamento do Curso de Fisioterapia na Universidade da Amazônia (UNAMA). Acompanhando este caminho, em 2002, foi a vez do Centro de Estudos Superiores do Pará (CESUPA), através da Portaria nº 1.728 de 13/06/2002 do MEC (JÚNIOR; GONÇALVES; BARBOSA, 2008). Seguiu-se ainda a concepção do Curso de Fisioterapia da Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ) através da Resolução nº 04/02 de 19/02/2002 do CNE, publicada no DOU de 04 de março de 2002.

Também já foi acatada pelo CONSEPE, a Resolução nº 3.868 de 22 de junho de 2009, que aprova o Projeto Político-Pedagógico do Curso de Fisioterapia

---

<sup>10</sup> Em 1990, o governador Hélio Gueiros estabeleceu um Decreto criando a Universidade Estadual do Pará, porém, em 1991 o governador Jäder Barbalho extinguiu este Decreto por falta de legalidade (AZEVEDO; SERRÃO, 1997).

da Universidade Federal do Pará (UFPA), com vestibular previsto para janeiro de 2010.

### *1.3.2 Outros Momentos da Fisioterapia de Belém*

Em meados de 1978 para 1979, uma fisioterapeuta recém-chegada do Rio de Janeiro foi convidada para implantar o primeiro Serviço de Fisioterapia de Órtese e Prótese do Centro de Reabilitação Dr. Demétrio Medrado. Este Centro trabalhava especificamente com hansenianos e, na época, a Secretaria Estadual de Saúde (SESPA), necessitava de fisioterapeuta em seu quadro para compor a equipe que iria desenvolver o programa a ser implantado neste Centro.

O objetivo do programa era atender uma enorme demanda de pacientes hansenianos com sequelas da doença e que precisavam de atendimento fisioterapêutico. Após a implantação do programa, os procedimentos fisioterapêuticos realizados eram: pré e pós-cirúrgicos, preparação de próteses e órteses e atendimento fisioterapêutico aos sequelados; orientações domiciliares, etc. Por conta deste trabalho, o Centro de Reabilitação Dr. Demétrio Medrado tornou-se durante muito tempo Centro de Referência no tratamento da Hanseníase no Pará. Hoje, este centro é uma Unidade de Reabilitação Física de Referência para diversos programas relacionados à Fisioterapia.

Em 1988, é criado o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 6ª Região - CREFITO-6. Através da Resolução nº 90 do COFFITO, publicada no D.O.U. de 25 de fevereiro de 1988, este Conselho torna-se um marco importante na história da Fisioterapia de Belém do Pará. Ainda que a sede deste órgão fosse localizada na cidade de Fortaleza, naquele momento, começa um maior controle, fiscalização e regulamentação dos profissionais da Região, além da manutenção do equilíbrio entre profissionais e não profissionais que atuavam em clínicas e consultórios de forma clandestina e não autorizadas. Muitos dos chamados Técnicos em Fisioterapia ainda faziam parte do quadro das poucas clínicas existentes na cidade. Portanto, a medida prontamente se fazia necessária, agora que o Curso de Fisioterapia já havia sido criado e a primeira turma logo se formaria, lançando no mercado novos profissionais de nível superior.

O Curso de Fisioterapia da UEPA cresceu, se desenvolveu e precisava reorientar sua prática para o ensino e extensão. Para tanto, necessitava viabilizar

este processo ampliando suas dependências, restritas a algumas salas no prédio do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS). Em 1996, a UEPA então fechou um Convênio de Cooperação Técnica e Administrativa com o CRP do INSS, onde se comprometia em atender seus segurados e, em contrapartida, o INSS cedia seu ginásio com os equipamentos que ali estivessem para que pudesse funcionar o Ambulatório-Escola da UEPA, direcionado ao ensino de seus alunos, assim como assistência à comunidade referenciada do SUS. Desta feita, começou o que é hoje a Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), unidade de referência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional (TO) que passou a atender não mais exclusivamente os segurados do INSS<sup>11</sup>, mas todos os pacientes do SUS, em diversas especialidades da Fisioterapia, de Terapia Ocupacional, além de Fonoaudiologia e Psicologia. Abriu-se, então, um processo seletivo para fisioterapeutas no serviço público em Belém.

Em 22 de maio de 2004, o COFFITO, através da Resolução nº 267, cria o CREFITO-12, Conselho legitimamente amazônico, com sede em Belém (BRASIL, 2004b). Este Conselho foi contemplado com os estados do Amazonas, Amapá, Roraima, Maranhão, Tocantins e Pará. Todos representando especificamente a grande classe da Região Norte. Uma conquista grandiosa para toda a Região, que a cada dia ganhava mais representatividade e visibilidade, aumentando progressivamente o processo de valorização deste profissional.

#### **1.4. Introdução do Fisioterapeuta no SUS**

Em sua gênese, a Fisioterapia teve seu formato confeccionado muito semelhante ao modelo médico. Este, orientado pelas especialidades médicas e focado quase que em sua totalidade para a atuação em patologias pré-definidas. O papel coletivo da Fisioterapia, via Saúde Pública, era pouco relevante.

Conforme Bispo Júnior (2007), a prática fisioterapêutica sempre foi muito mais limitada para o atendimento do indivíduo já adoecido, já acometido por alguma patologia, sem a preocupação em conhecer a realidade epidemiológica da população. Sendo uma Ciência da Saúde e levando em conta este novo contexto, poderia ser mais incisiva no processo de saúde/doença de uma população adscrita.

---

<sup>11</sup> Todos os CRP's do Brasil foram sendo desativados por conta do SUS. O CRP de Belém foi extinto em 1995.

Em sua trajetória, a Fisioterapia já recebe o justo reconhecimento da população quanto à sua necessidade social (VILLALBA, 2008). Quando em caráter curativo, atende a diversas patologias: as de origem respiratória, neurológica, neuropediátrica, músculo-esquelética, etc. Porém, muitas vezes, estas patologias chegam a um nível de cronificação no indivíduo que lhe geram uma série de complicações, forçando-o a se adaptar grandemente a uma nova condição, para “minimamente” viver em sociedade. Diante deste contexto vivenciado, surgiu a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre o agente desta profissão – o fisioterapeuta - inserido no SUS, e como este poderia tornar-se sujeito mobilizador, com intervenções cada vez mais eficazes nas práticas de saúde, correlacionadas a sua profissão.

Os fisioterapeutas fazem parte de uma classe que, *a priori*, deveria sempre se preocupar em cuidar do seu semelhante, principalmente em seu sofrimento físico, já que em sua essência, a Fisioterapia trata do movimento humano. Entretanto, em sua formação, muitos praticamente foram ensinados a só cuidar do indivíduo, “esquecendo” de aprender como se cuidava da coletividade, de um grupo de pessoas, de forma mais ampla. A doença no indivíduo era o foco da intervenção, pois, na conduta de muitos profissionais, o saber coletivo, social, era uma realidade distante.

O advento da Fisioterapia no SUS, a cada dia vem mudando este cenário, na medida em que mostra sua responsabilidade social quando reabilita socialmente uma pessoa. E mais ainda, quando transforma uma comunidade, com suas intervenções, ajudando seus integrantes a não terem que chegar a um nível de patogênese prejudicial às suas capacidades funcionais normais, ou seja, prevenindo a instalação de uma doença ou patologia naquela comunidade que assiste.

Neste caso, só fazendo parte do contexto político-social da saúde é que a Fisioterapia poderia começar a vislumbrar ações mais preventivas, de verdadeira promoção da saúde. Alcançaria, assim, apropriado *status* de efetiva participante das políticas públicas de saúde, engajada na atual realidade social de uma população carente de saúde e qualidade de vida.

Ao longo do movimento de construção democrática do sistema de saúde vigente no país, em meio a crises e todo o intento da redemocratização porque passava o país, muitas foram as mudanças políticas e econômicas. Estes

acontecimentos desencadearam novos rumos nas políticas públicas e na arena sanitária, ensejando a consolidação de um dos maiores processos de inclusão social já promovido no Brasil: o SUS. (CONASS, 2006).

Segundo a Constituição Federal de 1988, o SUS foi criado com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão (CONASS, 2006). Através das ações e serviços de saúde do SUS, "Todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde" (IBGE, 2000, p. 2).

Com isso, o referido sistema teria como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade e inclusão social no atendimento integral e universal das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade, independente do poder aquisitivo do cidadão.

No entanto, o SUS sofre com os grandes problemas políticos do país, em função de inúmeros atores sociais, "sabotadores do sistema, que visam interesses individualistas e privados, em detrimento do coletivo". (informação verbal)<sup>12</sup>.

Segundo as diretrizes básicas do SUS, o mecanismo de atendimento aos seus usuários se dá pelo processo de descentralização. Ele foi criado para promover a transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, facilitando assim um maior controle destes gestores e uma melhor oferta dos serviços de saúde à população. Porém, ainda que haja toda uma construção desse mecanismo de descentralização e municipalização, a complexidade multifacetada dos problemas de saúde, associados aos problemas conjunturais, ainda deixam uma lacuna na oferta de um atendimento mais eficaz junto à população. (CONASS, 2006).

Campos (2001) adverte:

Não basta que o Sistema Único de Saúde seja concebido como um modelo socialmente perfeito, dentro dos parâmetros sociais e da modernidade em fazer Saúde Pública. É preciso vontade política para implantá-lo com suas reais premissas: integração, hierarquização, controle, descentralização e resolutividade (CAMPOS, 2001, p. 87).

---

<sup>12</sup> Depoimento repassado durante palestra ministrada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, no Fórum Social Mundial da Saúde, realizado em Belém/Pará, em janeiro 2009.



A rede de saúde pública deveria aparelhar-se, ininterruptamente, tanto de equipamentos quanto de recursos humanos, além dos subsídios financeiros, e de forma abrangente, para que pudesse atender às necessidades crescentes da população. E, para formar esta rede de “Comunidade Assistida”, seria - e é (grifo nosso), necessário tornar mais real a descentralização, como um processo de amparo globalizado da população, com hospitais e unidades de saúde “sem muros” (CAMPOS, 2001, p. 87).

Este caminho faria com que o sujeito recorrente começasse a entender que ele é capaz de participar do tratamento e cuidado da sua doença, da sua vida. E mais ainda, da organização e definição de critérios e normas para seu melhor atendimento nestes espaços de saúde, como Direito Constitucional, quebrando toda a lógica mercantilista e hospitalocêntrica que hodiernamente vigora na Saúde. Esta lógica, determinada pelo sistema neoliberal, que gerou profundas transformações político-sociais no Setor da Saúde, ainda intermedeia as relações entre Estados e populações (ROSENBAUM, 2008).

Constata-se ainda que o Estado continua sem capacidade de fiscalização, pois permanece subsidiando o Setor Privado em detrimento do Setor Público que deveria ser seu foco. Com isso, o SUS, patrimônio imaterial da humanidade, preconizado no último Fórum Social Mundial da Saúde, ocorrido em janeiro de 2009, em Belém do Pará, ainda continua com fortes pendências junto à população brasileira, apesar dos inúmeros avanços alcançados, mesmo tendo sido pouco subsidiado.

Ainda assim, o SUS, envolto num mar de obstáculos e dificuldades, vem procurando seguir as diretrizes e os princípios preconizados no ato de sua criação. A saúde, como um conceito complexo e multidimensional e seus múltiplos braços determinantes como aspectos físicos, cognitivos, emocionais, culturais e socioeconômicos faz com que o SUS, com este conceito de Saúde, procure cada vez mais voltar seu foco para geração de atitudes que ajudem as pessoas a manterem sua saúde e a prevenir doenças.

Áreas como a saúde do idoso, por exemplo, vem ganhando especial atenção do poder público, a partir de estratégias inovadoras, para os processos de envelhecimento populacional que daqui a algumas décadas ocorrerão, inexoravelmente. A Fisioterapia, tendo um vasto campo de atuação dentro da

Saúde, virá colaborar dentro desta perspectiva. Em sua *práxis*, procura restabelecer, restaurar e tornar funcional o trabalho, a locomoção, as atividades, enfim, a rotina das pessoas. E de forma complementar, elabora teorias e técnicas que favorecem o desenvolvimento das potencialidades destas pessoas, ou aprimora as que já existem, para que suas vidas sejam retomadas no menor curso de tempo possível; ou ainda, para manter uma qualidade de vida digna socialmente. (CBMERJ, 2008).

Além do mais, é necessário que haja uma contínua capacitação dos profissionais já atuantes para uma formação mais socialmente engajada, mais pública. Assim, este profissional tomaria mais consciência do seu significado para a coletividade, para a população, já que em tese, todo Profissional de Saúde deveria dedicar-se a outrem para o restabelecimento e a manutenção de sua qualidade de vida. Deste modo, o fisioterapeuta exerceria um importante papel para que este indivíduo, com quem estabelece uma relação de confiança, mantenha-se um cidadão ativo, participativo e engajado em sua sociedade.

Com base nesta Filosofia, inserir a Fisioterapia como tema relevante das Políticas Públicas de Saúde, torna-se necessidade cabal para o resgate precípua dos elos de uma memória saudável da população, da atuação autônoma das pessoas em seu cotidiano social, ou seja, daquilo que porventura aquelas pessoas foram no passado, ou seja, saudáveis, e que foi perdido com a instalação de suas patologias, muitas vezes de longa data.

A Fisioterapia associa-se à proposta de se fazer uma política transversal que atue na prevenção da saúde funcional, em especial nas áreas que envolvam pessoas idosas, pessoas com deficiência, trabalhadores, estudantes, homens e mulheres, como foi dito durante a implementação da Política Nacional de Saúde Funcional, defendida e aprovada na plenária final da 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida de 14 a 18 de novembro de 2007, em Brasília. (PREVENÇÃO..., 2008).

Com este discurso, a Fisioterapia começa a entrar no rol das profissões ditas essenciais à saúde da população. Todavia, ainda há um longo caminho a ser percorrido quando graves problemas deste grande processo de inserção social – o SUS – ainda persistem na visão conservadora que o país tem em relação à Saúde. “O processo de desconstrução de toda uma cultura conservadora, “medicocêntrica”,

é lento e demorado, e o SUS ainda está muito voltado a tratar doenças, e não a evitá-las" (informação verbal)<sup>13</sup>.

Esta realidade é retratada nos estudos de Marino (apud ALMEIDA, 2008, p. 6), onde descreve que "cerca de 77% dos pacientes que procuram o SUS relatam dores osteomusculares", ou seja, as dores do aparelho locomotor. Frequentemente, a dor no aparelho locomotor, segue o curso da dor crônica. Isto se dá, porque normalmente essas doenças trazem em seu bojo, componentes não somente físicos, mas motivacionais, cognitivos, afetivos, comportamentais e socioculturais do indivíduo acometido (SANTOS, 1996). Tais características são observadas em quem apresenta uma dor crônica.

A dor crônica diferencia-se basicamente da dor aguda por seu curso ser mais prolongado. Ela pode ser dita crônica quando ultrapassa de 4 a 6 meses do curso normal de uma lesão aguda ou patologia, e que persistiu além do habitual. Santos (1996) assim melhor a define:

Dor crônica é um processo mórbido que dura mais do que o curso habitual de uma doença ou lesão aguda; pode associar-se a uma patologia crônica, pode persistir depois da recuperação de uma doença ou lesão. Muitas vezes é mal localizada e tende a ser surda e constante; a resposta do sistema nervoso autônomo pode estar ausente; o paciente pode estar exausto, desanimado, deprimido e retraído. (SANTOS, 1996, p.42).

Todo esse componente multifatorial, originado em seu núcleo, faz com que as doenças do aparelho locomotor representem um sério problema de Saúde Pública, já que fazem parte da grande maioria das doenças incapacitantes.

Com esta informação, de certa forma é compreensível que ainda não dê para mudar o rumo das prioridades da saúde na população, pois as mudanças de paradigmas, questionadas pelo presidente do CNS, Francisco Júnior, requerem tempo e persistência. Porém, se pelo menos houvesse mínimos investimentos na população que sofre e necessita de Fisioterapia, os estudos de Almeida (2008) se confirmariam, quando conclui que se as pessoas acometidas pelas patologias mencionadas pelos estudos de Marino fossem encaminhadas para a Fisioterapia, em qualquer estágio, a grande maioria poderia ser curada com maior facilidade e rapidez, haja vista que o grau de satisfação dos usuários com serviços de

---

<sup>13</sup> Depoimento fornecido pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, na 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em novembro de 2008 ("Prevenção, Defesa do SUS e Foco no Usuário", 2008).

Fisioterapia chega a ser superior a 70%. Entretanto, "apenas 2% desses pacientes são encaminhados para o fisioterapeuta".

Mas isto só reforça o caráter filosófico-positivista que a Fisioterapia contém em seu bojo, mesmo apresentando-se, como extensão multisetorial da Saúde. Apesar de estar em processo de mudança, fundamenta-se ainda, num modelo cartesiano de se ver e fazer Saúde. Porém, está tentando mudar para uma visão mais holística<sup>14</sup>, objetivando impedir não só o sofrimento psicofísico, mas a distorção de uma realidade corporal influenciada socialmente pelas distinções entre “normal” e “anormal” – caráter instituído por concepções eminentemente políticas e econômicas capitalistas (DINIZ, 2007, p. 22).

O sistema capitalista retrata ser o maior beneficiado deste processo de segregação. Segundo Oliver e Barnes (apud DINIZ, 2007), os deficientes, entendendo-se aqui como aqueles que eventualmente ou permanentemente perderam sua capacidade funcional e produtiva, cumprem uma função econômica como parte do exército de reserva social, e uma função ideológica, mantendo-os na posição de inferioridade. Nessa mesma linha de pensamento, seguem-se as doenças do aparelho locomotor quando estas também promovem uma inabilidade ao trabalho produtivo – fator contrário ao modelo capitalista, que pressupõe um tipo ideal de sujeito produtivo<sup>15</sup>. (DINIZ, 2007).

Toda doença provoca no indivíduo estágios diversos de segregação. O Estado, como maior responsável pelos cuidados da sua população, estabelece padrões políticos e socioeconômicos que dificultam a acessibilidade desta mesma população às evoluções da saúde e da qualidade de vida. Claro fica quando se observa a precariedade do Sistema Público de Saúde. Como a Reabilitação integra este Sistema, faz-se necessário que estes serviços sejam minimamente desburocratizados e facilitados à população em geral, contemplando-se assim um modelo mais próximo possível do idealizado de atendimento público, ou seja,

---

<sup>14</sup> A Medicina Holística (*Holistic Medicine*) "se propõe a tratar o doente na sua totalidade, e não apenas a parte enferma. Vê o ser humano como responsável pelos seus atos, e sua saúde/doença como extensão de seu modo de vida. [...] Doença não é castigo, não é punição por mau comportamento. É uma consequência natural dos procedimentos (tipo dieta, exercício físico, trabalho) e fatores externos (clima, meio ambiente, cultura) e hereditários que caracterizam uma vida". (JAHARA-PRADIPTO, 1986, p. 14).

<sup>15</sup> Segundo os padrões capitalistas, para uma pessoa ser considerada produtiva ela tem que, além de aparentar e mostrar estar bem em sua saúde física e mental, tem de ser capaz de realizar vários trabalhos ao mesmo tempo. É o chamado sujeito multifuncional.

integral, equânime e universal, ainda que não sejam nos moldes empregados pelo *slogan* “Saúde Para Todos no Ano 2000”, pregado pela Conferência Alma-Ata em 1978.

Vale ressaltar, que a Fisioterapia, como Ciência que trabalha, não só com Reabilitação, mas Prevenção e Promoção da Saúde, também direciona seu foco para um grupo considerado minoria. E este mesmo grupo tem relevância social cada vez mais significativa quando se fala do processo saúde/doença: os deficientes. Diniz (2007) fala ainda que no Censo Brasileiro de 2000, a população deficiente tinha uma representatividade de 14,5% no total populacional. Desta forma, ela ressalta:

... a expressividade da questão da deficiência para a organização social no país, em especial o envelhecimento populacional. A deficiência será um tema emergente para as políticas públicas, particularmente as de caráter distributivo e de proteção social. O ponto de partida das negociações políticas deve ser o novo conceito de deficiência como instrumento de justiça social, e não somente como questão familiar ou individual (DINIZ, 2007, p. 11).

A Fisioterapia hoje já faz parte do cabedal do SUS. Entretanto, sua inserção, em nível ambulatorial e hospitalar, ainda está atrelada às regras ditadas pela classe médica (modelo curativo-assistencial), que ainda restitui-se por procedimento executado, ou seja, um procedimento significa o tipo de intervenção aplicado ao paciente. No caso da Fisioterapia, um procedimento pode ser uma massagem, um exercício, aplicação de um aparelho, etc. Na Saúde Suplementar, os procedimentos são pagos a um valor pré-determinado em tabelas, que discriminam os procedimentos por segmento corporal tratado. O SUS segue esta mesma proposta, porém, seus valores são bem inferiores aos da Saúde Suplementar.

Todavia, após a regulamentação da obrigatoriedade da Fisioterapia no PSF, através do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), editada na Lei nº 4.261/2004, medidas estão sendo tomadas. Toda a categoria profissional e a comunidade em geral devem tomar ciência da valorização da profissão, e através do poder público, ainda que tardiamente, numa enfática tentativa de mudança gradativa desta atual realidade.

#### *1.4.1. O Fisioterapeuta no SUS de Belém*

Dados do IBGE, de 2008, revelam que Belém tem uma área territorial de 1.065 km<sup>2</sup>, com uma população estimada em 1.437.600 habitantes no município. A

Região Metropolitana de Belém tem uma população estimada em 2.161.191 habitantes (REGIÃO..., 2010). Ela envolve os municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara do Pará.

No processo de Municipalização da Saúde, acordado no sistema de pactuação entre capital e interiores do Estado, Belém tornou-se polo de atração de municípios circunvizinhos, onde pessoas migram das regiões e municípios adjacentes, em busca de atendimento hospitalar e/ou ambulatorial no SUS.

Este processo de descentralização na atenção à saúde configura-se como uma das diretrizes do SUS. Esta ação, adotada a partir da criação da Norma Operacional Básica (NOB/ 96), efetiva-se na habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão implementadas pelo SUS, a saber: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.<sup>16</sup>

Desta forma, o município poderia estar mais perto de seus munícipes, satisfazendo suas necessidades básicas no que diz respeito à Saúde, sendo "capaz, portanto, de identificar as peculiaridades e as diversidades locais e adaptar as estratégias para a superação dos problemas de saúde, de forma integral" (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004, p. 17). A partir destas necessidades, a cada momento estenderia suas ações de Saúde, de modo a atingir intervenções cada vez mais primárias e preventivas. Nesta conjuntura, faria parte o fisioterapeuta municipal, quando efetivamente levasse em conta o seu grau de engajamento político-social dentro do contexto do SUS municipal. Suas intervenções procurariam coadunar-se cada vez mais com a realidade local.

Este profissional, então, ao aproximar-se das necessidades da população estabeleceria em sua prática, mudanças de paradigmas da Saúde, estabelecendo novas formas de atenção a esta coletividade, tornando-se essencial ao Sistema de Saúde Público.

---

<sup>16</sup> A Norma Operacional Básica – NOB/96 foi criada para regulamentar o sistema de saúde público, sedimentado na Constituição Federal de 1988 – SUS. Nela foram estabelecidos dois tipos de gestão: a Gestão Plena da Atenção Básica (o município gerencia, tanto a rede básica de postos e unidades de saúde próprios, inclusive domiciliares e comunitários; como hospitais conveniados com o SUS) e Gestão Plena do Sistema Municipal (o município contempla toda a programação municipal: unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência, assim como as unidades ambulatoriais do Estado e da União).

Diante deste quadro, minimamente foi formatado<sup>17</sup> o lugar do fisioterapeuta no cenário belenense do SUS. De acordo com o *site* DATASUS, Belém possui 235 fisioterapeutas listados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo que deste total, 183 profissionais atendem pacientes do SUS, distribuídos nas três esferas administrativas (Federal, Estadual, Municipal) e no setor privado conveniado. A figura 7 mostra essa relação.

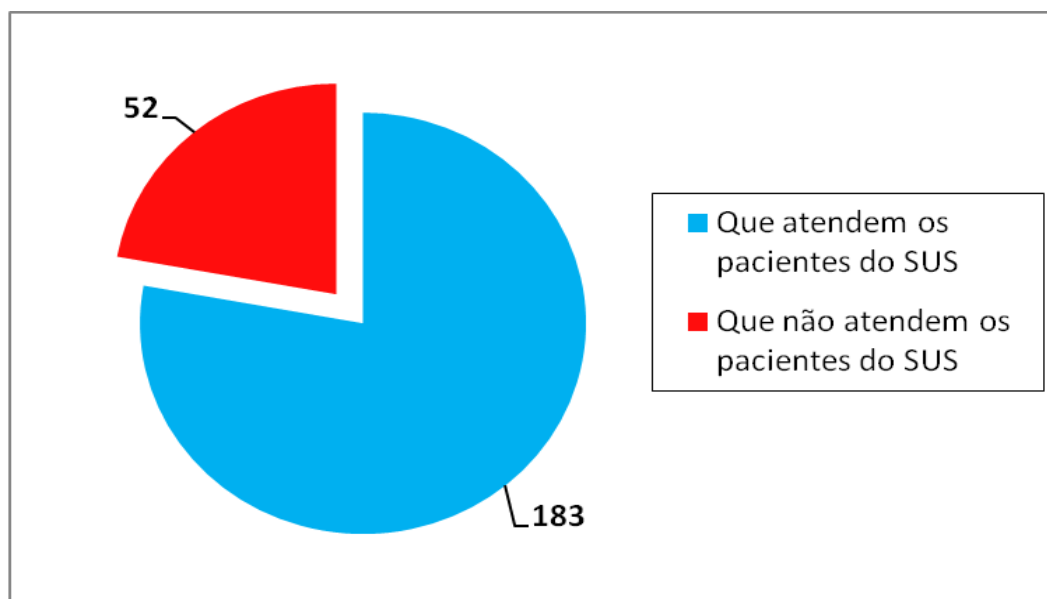


Figura 7 – Gráfico do número de fisioterapeutas cadastrados no CNES/DATASUS

Fonte: CNES/DATASUS (2009).

Dos fisioterapeutas que atendem pacientes dos SUS, a maioria encontra-se na esfera Estadual. No entanto, encontramos profissionais que prestam serviços como autônomos em instituições privadas, conveniadas ao SUS, o que aumenta a parcela de fisioterapeutas vinculados ao Sistema. A figura 8 mostra essa representatividade:

---

<sup>17</sup> Não foi possível a coleta de todos os dados relativos ao lugar do fisioterapeuta no SUS de Belém, em função das dificuldades administrativo-burocráticas junto à SESMA.

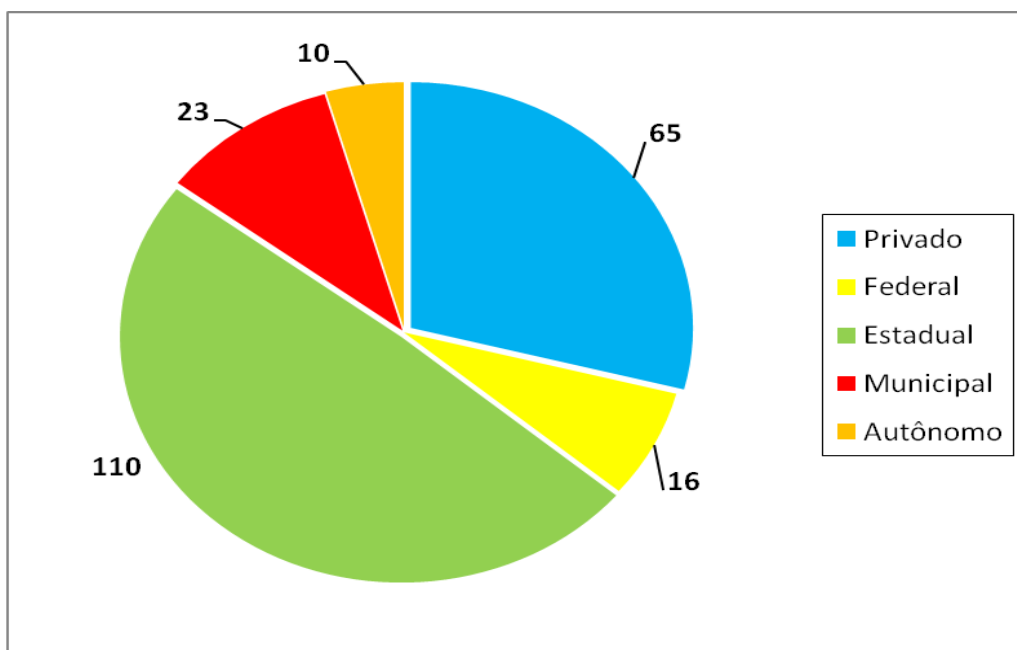


Figura 8 - Gráfico do número de fisioterapeutas com vínculo empregatício por esfera administrativa

Fonte: CNES/DATASUS (2009)

Obs.: Considere-se que um mesmo fisioterapeuta atua em diversas unidades, de mesma esfera ou diferentes.

Apesar da concentração de profissionais na esfera estadual, os serviços de Fisioterapia oferecidos pelo SUS estão claramente concentrados na rede privada conveniada, seguida pela esfera estadual. Porém, o que observamos é uma escassez de bons profissionais na rede privada, provocando um inchaço na rede pública que compromete o atendimento mais efetivo e mais primário que o setor público poderia oferecer à população. Daí as listas de espera quilométricas nos Serviços Públicos de Fisioterapia, relegando às três esferas estatais um atendimento tanto mais terciário quanto maior a demora do paciente em ser chamado para ser atendido nestes setores. A figura 9 mostra como estes serviços estão assim distribuídos na capital paraense:



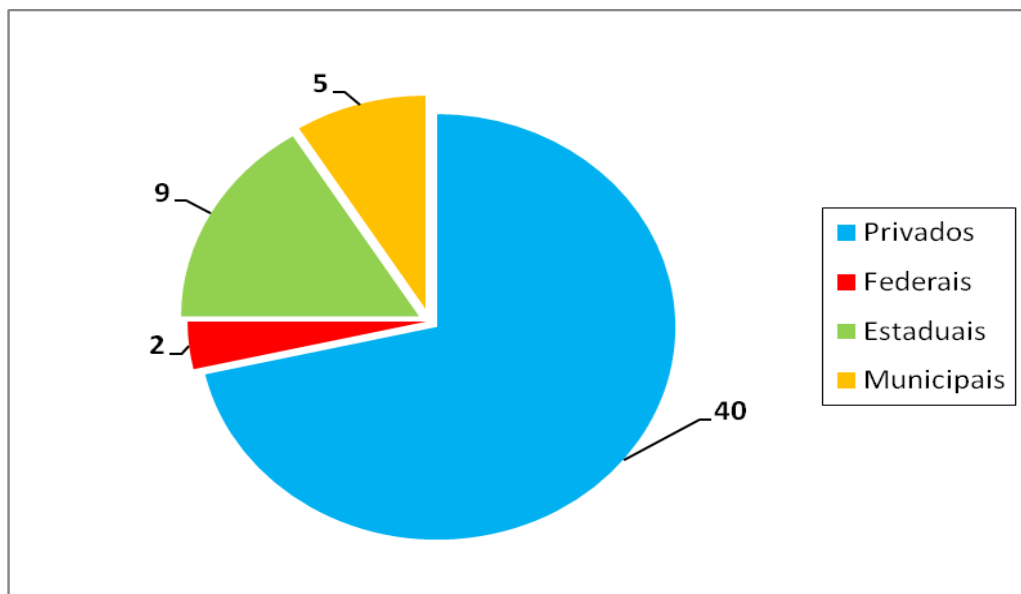


Figura 9 – Gráfico do número de estabelecimentos onde funcionam Serviços de Fisioterapia por esfera administrativa

Fonte: CNES/DATASUS (2009)

Obs.: Os indicadores de serviço especializado de Fisioterapia/Reabilitação do DATASUS não incluem três estabelecimentos municipais que contêm Fisioterapeutas em seu quadro.

Hodiernamente, o Sistema de Saúde, em Belém, encontra-se com graves problemas de gestão, resultando um caos na Saúde Pública Municipal, que perdura há alguns anos. Denúncias de falta de atendimento e infraestrutura nas Unidades de Saúde e Pronto- Socorros Municipais são as pautas das discussões entre as alas governantes que desenham as decisões sobre o assunto e a dura realidade vivenciada pela população (BENEDITO, 2009). Diante do quadro, assim como a Atenção Básica – porta de entrada da população para os Serviços Públicos de Saúde - a Fisioterapia também fica relegada a um segundo plano no rol das discussões acerca de sua inserção nas políticas públicas de Belém.

O entendimento da situação atual do Sistema de Saúde local constitui todo o alicerce teórico desta pesquisa, assim como onde a Fisioterapia encontra-se neste contexto. Deste modo, foi estabelecido um nexos do desenvolvimento histórico da saúde-doença à Fisioterapia como Ciência da Saúde e seu objeto de maior relevância – o doente, principalmente aquele portador de agravos não transmissíveis, até o estabelecimento das políticas públicas de saúde em Belém.

## CAPÍTULO II: A FISIOTERAPIA E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para melhor entendermos o que significam as representações sociais da Fisioterapia, é importante primeiro que se entenda o que significa o termo. O sociólogo Émile Durkheim, em 1895, foi o estudioso que elaborou as primeiras reflexões acerca do conceito de representações sociais, aprimorado em seguida pelo psicólogo Serge Moscovici. Em seu discurso, Durkheim argumentou que os fatos sociais "influenciam e condicionam as atitudes e os comportamentos dos indivíduos na sociedade" (ALVES, [2010]), ou seja, os indivíduos estão integrados pelas suas representações sociais a que ele denominou de *representações coletivas*, traduzidas no "modo como o grupo se pensa em suas relações com os objetos que o afetam" (trad. NEVES, 1999, p. 12).

Moscovici (1984) reforça esta ideia quando afirma que as representações sociais têm a função de tornar o extraordinário ordinário. Isto quer dizer, estabelecer normas, regras e valores que integrem os indivíduos num corpo social e os orientem a dominar este mundo social que reflete seus atos e práticas sociais diversificadas.

Para melhor esclarecimento deste assunto, outros autores formularam conceitos que definem bem o significado de representações sociais:

As representações sociais são elementos simbólicos que os homens expressam mediante o uso de palavras e de gestos. Utilizando-se da linguagem oral ou escrita, os homens explicitam o que pensam, como percebem esta ou aquela situação, que opinião formulam acerca de determinado fato ou objeto, que expectativas desenvolvem a respeito disso ou daquilo [...] e estão estreitamente vinculadas aos diferentes grupos socioeconômicos, culturais e étnicos que as expressam [...] (FRANCO, 2004, p.170).

Por representação social entendemos um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social (QUEIROZ, 2003, p. 25).

É um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento [...]. São categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a (MINAYO, 2000, p. 158).

Segundo Minayo (2000), as representações sociais dentro de um contexto da saúde/doença abrangem um papel muito maior, muito além do corpo físico. A autora cita importantes nomes da Sociologia e da Antropologia, que diziam ser a "doença", a "saúde" e a "morte", algo além das evidências "orgânicas", "naturais" e "objetivas" que se mostram explicitamente. Estes elementos formam um composto

intimamente relacionado às características de cada sociedade, ou seja, o indivíduo não é um ser doente sozinho. A doença é uma “realidade construída” e este doente é um “personagem social” (p. 175).

Se todo doente é um personagem social, então seu palco é sua sociedade formada a partir de padrões hegemônicos estabelecidos pelos sistemas institucionais vigentes. Estes sistemas reforçam e enfatizam, de diversas formas, a responsabilidade individual das pessoas pela sua saúde, pela sua condição saudável de vida ou de adoecimento (CASTIEL; DIAZ, 2007).

Esta regulação moral, formatada mediante estratégias de culpabilização socialmente instituídas e escamoteadas pelos discursos de Promoção da Saúde, estabelece nas pessoas uma linguagem muito própria e ditatorial do sistema, que é de construção de um padrão de referência central a um estilo de vida saudável. Fica, portanto, sob inteira responsabilidade do indivíduo se ele quer ou não se manter com uma vida longa. Daí a instituição do espírito preventivo-persecutório na Saúde, em que a sua responsabilidade e seus riscos desembocam na construção do homem responsável por si mesmo e conseqüentemente, por sua longevidade (CASTIEL; DIAZ, 2007).

Sendo esta atribuição sempre dispensada ao indivíduo e descompromissada sublinaramente em relação ao governo, a doença, diz Minayo (2000, p. 178), “como proveniente do indivíduo, primeiramente é concebida como um processo que, de imediato, não revela seu vínculo com o social”. No entanto, “é o indivíduo que adoece e enfrenta a morte” e mesmo assim, este componente endógeno tem seu elemento socialmente formatado, na medida em que suscita interpretações deste mesmo indivíduo que viveu num meio de representações sociais, suas e de uma sociedade, ou seja, que ultrapassam razões do seu corpo individual e do seu estado orgânico em si.

Dentro de uma sociedade capitalista, que lida com diferenças de classes sociais, as visões acerca do processo saúde/doença também se diferenciam. O discurso da classe dominante é diferente do da classe trabalhadora. Segundo Minayo (2000, p. 180), “as representações dominantes em toda a sociedade são mediadas de forma muito peculiar pela corporação médica”. Este grupo tem uma

forma também muito peculiar de ver a doença e o doente. Seu olhar cartesiano e flexineriano traz em seu bojo, lógicas contraditórias<sup>18</sup> que marcaram, e marcam até hoje, a forma de se fazer a Medicina Ocidental. Vê-se daí, como as representações sociais de cada grupo de Profissionais de Saúde, ainda assim são bastante peculiares.

Esta mesma classe médica, ao mesmo tempo também se reveste do chamado caráter humanitário. Afinal está na lógica do médico salvar vidas, assim como fazer Ciência e produzir conhecimento em Saúde. Também não perde o caráter empreendedor tipicamente capitalista que toda profissão carrega em seu cerne, mas que não podem ser explicitados, maximizando seus lucros a partir do “sofrimento alheio” (MINAYO, 2000).

Este grupo dicotomiza corpo e alma, indivíduo e meio, prescindindo daquele que é o mais imediato em seu trabalho, o indivíduo à sua frente. Idem à doença, valorizando somente exames ou respostas extracorporais como diagnóstico final. Tudo fruto de um sistema globalizado que visa unicamente produção-lucro-capital (MINAYO, 2000).

Já a classe trabalhadora, sua construção acerca do processo saúde/doença perpassa por uma definição de capacitação para o trabalho, ou não, dentro do perfil do mundo dominante. Isto significa que a dimensão é muito maior, ou seja, que está correlacionada às relações econômico-capitalistas. Se estiver saudável, está capaz para o trabalho. Assim enfatiza Minayo (2000):

Para a classe trabalhadora, a representação de “estar doente” como sinônimo de inatividade tem a marca da experiência existencial. Trata-se de uma equivalência “social e não “natural”. As expressões correntes “a saúde é tudo, é a maior riqueza”, “a saúde é igual à fortuna, é o maior tesouro”, em oposição à “doença como castigo, infelicidade, miséria” etc. São representações eloquentes de uma realidade onde o corpo se tornou, para a maioria, o único gerador de bens (p. 185).

Uma visão mais abrangente e mais global diferencia o olhar da classe trabalhadora diante da classe dominante, e diante do processo saúde/doença. Ambos se influenciam mutuamente, de forma dinâmica e que se constitui um desafio a ser vencido dia-a-dia por ambos.

---

<sup>18</sup> O médico, ao mesmo tempo em que precisa cuidar das pessoas sem ver a quem, também precisa sustentar-se a partir de sua profissão, porém, muitos fazem de sua profissão um palco de negócios.

A Fisioterapia é uma Ciência que estuda o movimento humano e suas diversas manifestações, formas de expressão e potencialidades. Por trabalhar nas suas diversas dimensões (padrões, patológicas, exacerbadas, extraordinárias, diminutas, alteradas, etc.), a Fisioterapia cria e estabelece suas representações sociais, tanto dentro quanto fora das PPS em vigor no país.

A partir desta introdução, é possível formatar um contorno de como a Fisioterapia vem a delinear-se com suas representações sociais. E neste capítulo tentou-se compartimentalizar estas representações sociais para melhor discuti-las.

## **2.1. Fisioterapia: representações sociais e a legislação**

A lei é um instrumento da legislação que pode ser definida de forma geral, comum e em todos os tempos. Segundo Gusmão (1986, p.150), a lei seria uma "norma escrita, geral, abstrata e permanente, garantida pelo poder público, aplicável por órgãos do Estado enquanto não revogada".

A partir desta definição, há de se entender que toda lei é decorrente de fatos sociais. Alves [2010], baseada em Émile Durkheim, define estes fatos como sendo "relações sociais exteriores que influenciam e condicionam as atitudes e os comportamentos dos indivíduos na sociedade" (p. 1). Todavia, os fatos sociais são criados pela própria sociedade, que representa um conjunto de indivíduos, sendo os fatos exteriores a estes, pois permanecem existindo independente de suas vontades particulares. Isto quer dizer que as leis, ao instituírem as normas de conduta dos indivíduos, as fazem para que a ordem social se constitua em função do que os fatos sociais já estabeleceram. Assim, estando os fatos sociais já estabelecidos, as leis, sendo produto indireto, refletem as representações sociais.

As leis criadas e aplicadas à Fisioterapia tiveram uma característica em particular. Elas foram definidas em um determinado contexto histórico-social, porém, sem a preocupação em adaptar-se à inquietação natural dos tempos. De certa forma, estas leis descaracterizaram-se, ficando ultrapassadas para a contemporaneidade. Os legisladores deveriam constantemente atualizá-las, para adequá-las às necessidades vigentes relativas à profissão, com isso, "influindo na própria concepção do trabalho profissional e das áreas de conhecimento" (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 51).

A concepção destas leis foi moldada dentro de parâmetros reabilitativos-curativos, que ainda norteiam a profissão hodiernamente. Muito até já se acrescentou à legislação em vigor, em tempos onde a chamada Medicina Social, a Saúde Social, estão em voga. Entretanto, ainda não foi suficiente para introduzir completamente a Fisioterapia nas Políticas Públicas de Saúde do país, na medida em que os atores sociais - dirigentes (agentes políticos) e dirigidos (fisioterapeutas e população em geral) - ainda não se dispuseram a colocar em pauta a Fisioterapia como Área da Saúde essencial à sociedade, em seus discursos paralelos e equidistantes.

No contraponto deste discurso, de fato o que temos é o que efetivamente deve ser, ou seja, o produto de hoje é fruto do plantio antecedido do constructo passado, quando a Fisioterapia ainda estava em seu processo de formação e era, por assim dizer, uma raiz da Medicina. A fala de um dos informantes-chave deixa isso claro:

[...] se a gente não tinha na minha época de formação [...] a gente também foi formado com essa visão terciária [...] hoje a gente colhe os frutos do trabalho que se iniciou. Então nós já estamos na atenção terciária, realmente instalados e valorizados, com o nosso trabalho reconhecido. Começou essa demanda agora de atenção com os alunos, a atenção comunitária, na atenção primária. O que eles estão plantando agora, eles só vão sentir daqui a 10 anos [...] (ULTRA-SOM, 2009).

O conteúdo de uma legislação que rege uma classe profissional é uma das mais altas representações sociais que aquele grupo de profissionais pode ter. Pode-se dizer que este conteúdo seja a materialização de percepções oriundas de um meio, de um contexto, onde os sujeitos envolvidos encontram-se em uma determinada condição socioeconômica e cultural (FRANCO, 2004). Entretanto, os documentos oficiais que regem a Fisioterapia possuem em seu escopo um paradoxo, como bem esclarece Rebelatto e Botomé (1999):

Os documentos oficiais que se destinam a legislar, definir, estabelecer funções e que, de certa forma, dirigem concepções do que seja o profissional de Fisioterapia no Brasil, deixam transparecer alguns aspectos que merecem uma análise minuciosa. Se, por um lado, essa legislação facilita a orientação para a formação cotidiana desses profissionais e diminui a probabilidade de superposição de ações entre os que atuam na "área da Saúde", por outro, pode não ser fiel ao que é, e ao que deveria ou poderia ser a profissão e o profissional, aos quais esses documentos são propostos como definição ou, pelo menos, delimitação (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 57).

Daí a importância das constantes atualizações das leis que regem o exercício profissional do fisioterapeuta. Todo o conteúdo de uma legislação tem de

refletir o desejo não só de uma classe profissional, mas o melhor desta classe para a sociedade. Portanto, estas mudanças contínuas nas leis e nas normas dominantes existentes, que gerem razoável grau de concordância na sociedade sobre as modificações que venha a sofrer, são importantes para que a mesma mantenha-se acompanhando tanto o desenvolvimento do exercício profissional, quanto a amplitude do conhecimento que este profissional cria na sua relação com a sociedade.

Esta questão passa também pela concepção social de saúde que cada profissional fisioterapeuta tem em seu escopo. Isto quer dizer que as leis e normas da Fisioterapia vão se aprimorando na medida do grau de intervenção social (elitista ou mais comunitária) que o fisioterapeuta propôs no seu decurso profissional. A exemplo disso tem-se a progressiva, e até mesmo acelerada, inserção dos fisioterapeutas em duas distintas áreas de atuação: a Fisioterapia na Saúde Coletiva e a Fisioterapia Dermato-Funcional com fins puramente estéticos, descambando para uma vertente mais elitista. Estas especialidades são amostras de representações sociais da Fisioterapia, que demonstram as tendências contemporâneas de atuação do fisioterapeuta.

Contudo, não se deve esquecer o papel preponderante dos conselhos profissionais. Estas instituições federais visam "normatizar e fiscalizar o exercício profissional dos seus inscritos" (BARROS, 2003, p.4). Sendo assim, os conselhos devem conhecer pormenorizadamente os meandros do exercício profissional do fisioterapeuta nas diversas arenas de atuação, assim como das possíveis áreas que porventura surgirão, em função das demandas sociais da população.

Barros (2003) reforça ainda que os encargos destes conselhos profissionais não passam somente pelos interesses conjuntos dos profissionais que os compõem. Eles também devem prestar contas à sociedade, na medida em que fazem parte de um Sistema de Saúde que tem o dever de cuidar do bem-estar da população. Seus profissionais devem se coadunar com os princípios éticos de respeito à vida de qualquer cidadão, quando estes procuram qualidade com resolutividade nos serviços de saúde em que se encontram os fisioterapeutas. Assim, todo profissional, quando tomado de qualquer conduta decisória que viole algum destes aspectos, contrariando a via de acesso ao bem-estar de sua

população adscrita, seus respectivos conselhos profissionais devem ser responsabilizados e até mesmo culpabilizados por tal ação.

O COFFITO é o representante maior da classe, denotando o grau de importância desta autarquia federal para toda a sociedade. Este sentido de responsabilidade permeando a conduta, inclusive dos CREFITO's, vai fazendo com que, paulatinamente, a legislação, dentro de uma temporalidade, vá moldando-se a cada momento evolutivo da profissão. No caso em particular do CREFITO-12, sediado em Belém, o desafio constitui-se em adequar o exercício do fisioterapeuta às características da Região Amazônica. A todo instante, o COFFITO delibera uma nova resolução, visando oficializar as modernas formas de expressão e atuação fisioterapêutica, que terão repercussões futuras mais significativas.

O fisioterapeuta de Belém ainda é influenciado pelo modelo de intervenção, com ênfase na patologia, que ainda é o predominante, conveniente e mesmo necessário. Não obstante, sejam imperiosas outras formas de ação na sua prática profissional. Porquanto, até então satisfaz a interesses econômicos, ditados muitas vezes por entraves políticos, que podem mudar ou não o quadro ora vigente. Mas o caminho da Fisioterapia está sendo traçado, embora não sendo um constructo ideal, vem se tentando respeitar, na medida do possível, as particularidades regionais das representações sociais da classe profissional dos fisioterapeutas.

O COFFITO continua se mobilizando para manter atualizada a legislação. Uma das pautas discutidas atualmente, para que se faça valer o peso da legislação da classe, discorre acerca do piso salarial dos fisioterapeutas, tratados no PL nº 5.979/09, de autoria do deputado Mauro Nazif (PSB/RO) (COMISSÃO..., 2009). Segundo este projeto, o valor mínimo de remuneração desta profissão passará a ser de R\$ 4.650,00 mensais. Este valor coaduna-se inclusive com a resolução nº 367/09, que trata de um referencial nacional mínimo de honorários fisioterapêuticos, como padrão remuneratório para o exercício profissional do fisioterapeuta (BRASIL, 2009a).

## **2.2. Área de Conhecimento**

Pelo seu contínuo crescimento, a Fisioterapia sente necessidade de ampliar sua área de conhecimento. Deste ponto de vista, indaga-se o quanto esta



ampliação é salutar à compreensão das representações sociais da Fisioterapia, ou seja, o quanto a produção do saber é importante para o entendimento das práticas seguidas na profissão.

Por área do conhecimento entende-se "o conjunto de conhecimentos interrelacionados, coletivamente construído, reunido segundo a natureza do objeto de investigação com finalidades de ensino, pesquisa e aplicações práticas" (NOVA..., 2005, p. 2). Isto significa dizer que, por ser coletivamente construída, uma área de conhecimento já importa em uma representação social. Assim sendo, quando esta área de conhecimento aumenta seu grau de abrangência, é porque seu objeto de estudo ganhou visibilidade suficiente para que muitos esforços fossem direcionados a ele, ou seja, significa que esta área de conhecimento, teve bastante representatividade social para que fosse adotada nas práticas dos profissionais dentro dos seus campos de atuação.

A Fisioterapia é uma das áreas de conhecimento que vêm ganhando muito espaço na sociedade, firmando-se como profissão essencial no campo da Saúde. Seu aporte científico já não comporta uma formação básica de 4 anos, muito praticada na maioria dos cursos de Fisioterapia das faculdades e universidades do país, principalmente as particulares. O MEC, reconhecendo este fenômeno da Fisioterapia, determinou uma formação mínima de 5 anos, para que pudesse açambarcar o contingente científico necessário a sua inserção social mais efetiva e cientificamente construída. A fala de um dos informantes-chave reforça esta tese:

[...] saiu um parecer do CNE em que ele é muito claro, que a formação do fisioterapeuta agora, a partir desse parecer, já vigorando agora para 2009 em todo o Brasil, deva ser de no mínimo 5 anos. Isso, de uma certa maneira, reflete um ganho para o fisioterapeuta, um ganho para a Fisioterapia, melhor dizendo. Um ganho, no tocante de que é uma profissão em que teve um crescimento científico muito grande e que este crescimento científico já não suporta estar sendo trabalhado, compartilhado, passado em 4 anos. E quando o MEC diz que a formação do fisioterapeuta, a partir de então, ela tem que se dar, no mínimo em 5 anos, já parte um reconhecimento de que esta profissão tem um potencial científico muito grande e que esta gama de conhecimento, necessita de maior tempo. [...] se você não tivesse uma profissão que tivesse o crescimento que a Fisioterapia teve, a nível científico, de conhecimento, não careceria você aumentar o tempo de formação desta profissão. Se você aumenta é porque você tem conteúdo para poder trabalhar. (TENS, 2009).

Sendo assim, as áreas de conhecimento dentro da Fisioterapia representam o manancial necessário que esta profissão necessita para ser uma representação social de destaque dentro das Políticas Públicas de Saúde do país.

Isto significa dizer que suas áreas de conhecimento, responsáveis em produzir saber, quando ampliam seu leque de possibilidades, ganham verdadeiro sentido quando postas em prática.

Dentre as diversas áreas de conhecimento que influenciam a Fisioterapia, por exemplo, tem-se a Antropologia quando aborda o estudo do ser humano em seus aspectos biológicos e sociais. A Sociologia, quando contribui no entendimento das relações sociais que definem o modo como a Saúde opera nesse meio; a Psicologia ao entender os processos comportamentais que direcionam as ações humanas coletivas e individualizadas em relação à sua Saúde e à vida dessas pessoas na sociedade; a Epidemiologia ao definir parâmetros e conceitos que direcionam diversas ações e políticas voltadas à Saúde de uma população; a Filosofia quando procura questionar princípios existenciais do viver em sociedade, o Direito ao estabelecer diretrizes e normas jurídicas de ordem social; a Economia quando toda atividade e/ou serviço engendra processos, motores ou não, de desenvolvimento de uma sociedade; entre outras, são muitas as áreas de conhecimento necessárias à ampliação do enfoque da Fisioterapia para uma melhor atuação, visando sua abrangência não só por sua inexorável responsabilidade e imperativa carga social, como efetiva profissão de nível superior capaz de gerar seletas ocupações especializadas.

### **2.3. Campo de Atuação**

O campo de atuação de uma profissão é o cenário propício para que todo o conhecimento produzido por uma ciência seja utilizado na prática. Porém, ele só ganha fidedignidade quando respaldado por uma gama de informações, oriundas de uma ou várias áreas de conhecimento, capazes de intervir numa realidade sequiosa de atuações mais resolutivas possíveis. Nesta medida, o campo de ação do fisioterapeuta se amplia espontaneamente quando encontra vieses de como atuar no SUS, a partir das obrigatoriedades ditadas pelas novas diretrizes curriculares estabelecidas pelo MEC, assim descritas:

Art. 5º - Parágrafo único. A formação do fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. (BRASIL, 2002, p.2).

Esses vieses são responsáveis pela formação, campo e tipo de atuação do fisioterapeuta, que personaliza sua prática profissional, determinando assim suas representações sociais. Segundo o que consta no inciso III do art. 6º do cap. I da Norma de Habilitação do Exercício Profissional do Fisioterapeuta, o exercício da profissão abrange:

III – a ocupação de cargo, função ou emprego em instituição de saúde, serviço de higiene e segurança no trabalho; empresa de prestação de serviços; consultórios, clínica, estabelecimento de ensino ou treinamento, associações de caráter assistencial, esportivo, cultural e outros, com finalidade lucrativa ou não, firma comercial ou industrial; entidade de caráter assistencial ou beneficente, da administração privada ou pública, direta e indireta, [...] (CEARÁ, 1994, p. 19).

Deliberato (2002, p. 3) reforça este campo quando cita "hospitais, clínicas, consultórios, centros de reabilitação, empresas de *home care*, centros aquáticos, centros hípicas, indústrias, escolas, entidades filantrópicas, centros universitários, centros de pesquisa, empresas e laboratórios de equipamentos de reabilitação". Além disso, temos ainda creches, asilos, unidades básicas de saúde públicas e congêneres, dentre tantas outras áreas de atuação que impliquem no desempenho do movimento, da postura, da atividade do ser humano e suas variáveis correlatas.

Na realidade nortista, mais especificamente em Belém do Pará, um olhar mais atento revela que o campo de atuação do fisioterapeuta está em ascensão. A fala de um dos informantes-chave expõe esta tendência:

[...] A própria informação por parte da população, dos serviços prestados pela Fisioterapia e do reconhecimento do profissional fisioterapeuta ao seu bem-estar e saúde, é um dos fatores que obviamente propiciou a penetração ou a inserção, melhor dizendo, deste profissional nas Políticas Públicas de Saúde. [...] A penetração do fisioterapeuta, o reconhecimento da profissão e o trabalho em si da Fisioterapia no seio da sociedade [...] (TENS, 2009).

Também não podemos perder de vista outro enfoque quando abordamos esta questão do campo de atuação. É o diferencial entre mercado de trabalho (ou profissional) e possibilidades de trabalho que o campo de atuação envolve. Rebelatto e Botomé (1999) fazem uma boa distinção entre esses dois conceitos:

[...] "mercado profissional" define-se, fundamentalmente, pelas "ofertas de emprego existentes" para um determinado tipo de profissional. [...] a expressão "possibilidades de atuação profissional" designa, mais apropriadamente, um campo de atuação profissional. Nessa concepção, o que interessa são as *possibilidades* de atuação e não apenas os "empregos oferecidos". Essas duas concepções precisam ser melhor esclarecidas em relação à sua importância para a orientação da formação de profissionais do ensino superior (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 221-222).

Outro ponto que chama atenção sobre esta dicotomia entre "mercado" e "campo de atuação" profissional, é o que Varsavsky (apud REBELATTO; BOTOMÉ, 1999) trata em seu discurso quando correlaciona o mercado ao "lucro a ser obtido" e campo de atuação às "necessidades sociais de uma população". Isto nos leva a outra questão, qual o verdadeiro sentido da formação universitária, já que estamos inseridos num país, em que vigoram fortes tendências neoliberais; tendências estas muito mais voltadas ao mercado?

Segundo os informantes-chave deste estudo, o campo de atuação da Fisioterapia no Estado do Pará e seus municípios, principalmente quando tratamos de Políticas Públicas de Saúde, ainda está em processo de formação; no início, e regado a muitas lutas. Algumas falas deixam isso bem claro:

Tá começando. Aqui no Pará, principalmente aqui no Estado, em Belém. É no Estado como um todo. Eu acho que ainda está iniciando, sabe por quê? A gente tem informações de outros estados, por exemplo. A gente vê..., agora fazendo curso, que eles já estão muito mais inteiros, muito mais dentro das políticas. Aqui onde é que nós estamos atuando? Praticamente nas secretarias estaduais de saúde, mas nós não temos nenhuma introdução [...] (LASER, 2009).

Eu acho que a Fisioterapia está contida dentro de algumas PPS, mas ela precisa de mais engajamento. Eu acho que isso foi uma conquista de inserção da Fisioterapia dentro dessas PPS, mas como tudo que acontece, em termos de saúde, a nível governamental, é tudo muito devagar, é tudo muito lento, é tudo muito carente, a Fisioterapia não se isenta disso. [...] Acho que precisa de mais força; eu acho que precisa de alguém que veja a coisa de cima, [...] mas por uma questão de política, por uma questão de governo, por uma questão de ser PPS, mas eu acho que ela realmente precisa de um lugar melhor. Ela precisa ser vista como realmente ela é. Ela precisa ser vista com tudo que ela tem para dar (BIOFEEDBACK, 2009).

Agora quanto às outras políticas de saúde, dentro do próprio Ministério a gente sabe que tem políticas de saúde, para a saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do deficiente. Agora até tá se tentando uma atenção a saúde do homem, então tem várias vertentes dentro do próprio Ministério em que a Fisioterapia poderia ser incluída e nessas vertentes se trabalha desde a atenção básica, que na verdade deveria ser mais investido, até a atenção terciária. Então, eu acho que nessas outras políticas, principalmente na atenção básica, a Fisioterapia precisa avançar muito. Nós já ganhamos alguma coisa com a inclusão nos NASF, mas o ideal fosse que o fisioterapeuta fosse incluído no PSF. O NASF é o núcleo e dentro desse núcleo tem vários PSF's; então a gente deveria batalhar mais. Eu acho que tanto a população quanto a profissão teria muito mais a ganhar se fosse incluído na atenção básica (ULTRA-SOM, 2009).

[...] Um... ponto que eu vejo assim, que traz uma importância muito grande, diz respeito às políticas adotadas pelo MEC. [...] que foi em 2002, com a aprovação das diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Fisioterapia que se deu de fato, o aparecimento do perfil, ou seja, a obrigatoriedade de que a formação do fisioterapeuta viesse ao encontro de uma necessidade existente em nosso país [...] Então diante disso, da necessidade, ou melhor dizendo, da obrigatoriedade imposta, não pelo Ministério da Saúde, mas pelo MEC, você tem esse profissional direcionado

ao SUS, numa forma de uma obrigação em sua formação. E uma vez estando inserido, estando voltado à sua formação ao SUS, ele começa a encontrar vários viés de como atuar no SUS (TENS, 2009).

Assim, o campo de atuação do profissional, com seus instrumentos de trabalho, por si só já é um processo de descoberta e aprimoramento. Mas este campo pode ser melhor aproveitado quando o profissional (cientista) apropria-se da "Ciência" para compreender como pode fazer melhor este processo. Daí, a importância da utilização não só da informação produzida à luz das várias áreas de conhecimento, como da apropriação destas informações para intervenções multiprofissionais, respaldado por uma legislação que beneficie diretamente a *práxis* do fisioterapeuta (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Esta legislação, como havia sido comentado, cinge-se de uma gama de resoluções, normas e vetos que respaldam ética e moralmente este exercício profissional do fisioterapeuta.

A título de exemplificação acerca da importância da legislação, ordenando o exercício profissional, cita-se o inciso XIII do art. 8º, do Código de Ética do Fisioterapeuta:

XIII - trabalhar em entidade, ou com ela colaborar onde não lhe seja assegurada autonomia profissional, ou sejam desrespeitados princípios éticos, ou inexistam condições que garantam adequada assistência ao cliente e proteção a sua intimidade; (CÓDIGO..., 1978, p. 2).

Estes conhecimentos do manancial jurídico e dos campos de atuação da Fisioterapia são consolidados durante o período universitário, engendrado pela inelutável relação docente-discente.

## **2.4. Os Papéis Docente e Discente**

Na história da implantação do Curso de Fisioterapia em Belém, começaram a se delinear os papéis dos docentes e discentes. Estes atores iriam compor o futuro cenário da Fisioterapia no Estado do Pará. Os primeiros docentes, também fundadores do curso, eram todos procedentes das regiões Nordeste e Sudeste. Os demais profissionais fisioterapeutas que fizeram parte do corpo docente das primeiras turmas, mesclaram-se a outros docentes da área médica, que já lecionavam na antiga FEMP e precisavam complementar suas cargas horárias na universidade (NOGUEIRA, 2000).

Nos anos seguintes, quando o Curso precisou acrescentar as disciplinas pré-profissionalizantes e profissionalizantes, foi necessário abrir concurso público

estadual para absorver profissionais fisioterapeutas visando complementar o corpo docente. Como havia uma população flutuante de fisioterapeutas na cidade, ou seja, "as pessoas vinham, experimentavam e como não tinham realmente oportunidade, elas iam embora" (informação verbal)<sup>19</sup>, a maioria dos docentes continuou migrando de outros estados. Entretanto, muitos chegavam sem qualquer experiência na docência ou mesmo na condição de recém-formados (NOGUEIRA, 2000).

Com a efetiva implantação da UEPA, seguiu-se uma exigência maior – providenciar as reivindicações da Nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) – disseminadas na época. Em seu bojo, estava incluso, entre outras exigências, um programa de capacitação docente que incluísse práticas pedagógicas que fossem além da sala de aula, ou seja, práticas mais direcionadas à pesquisa e extensão, de cunho científico, e voltadas às necessidades da população. Porém, a construção deste conteúdo começou de forma singular. Alguns dos informantes-chave revelam bem como se deu esse processo:

O que realmente era, o que existia, eram vários conteúdos vindos de inúmeros cursos que tinha no Brasil e aí, cada um ia estruturar o seu conteúdo. E aí algumas discussões coletivas surgiram exatamente em como construir isso. Então, na verdade, ele foi uma grande colcha de retalhos. Monta pedaço daqui, pedaço dali; não era um projeto pedagógico, era uma grade curricular. Não se falava em projeto pedagógico, se construía uma grade curricular e os conteúdos, mas não existia um norte, uma fundamentação teórica ou filosófica para poder seguir uma linha; e assim foi construído o curso. Isso foi no ano de 80 mais ou menos (FES, 2009).

[...] na época, o que nós tínhamos aqui dentro da universidade, o primeiro currículo que foi implantado foi tudo. Todos os conhecimentos do Nordeste e do Sudeste vieram porque os professores, que na época, iniciaram a implantação do Curso de Fisioterapia, que foram os fundadores, eram de lá. Então quer dizer, o curso, ele não tinha uma cara amazônica, ele tinha uma outra. E aí foi quando começou também, para que se implantasse um novo projeto pedagógico, os professores começaram a fazer uma análise crítica do currículo que nos tínhamos aqui, que não tinha nada voltado para a realidade amazônica. E aí foi que se começou a implantar também o novo projeto pedagógico aqui do curso (LASER, 2009).

Até 2001, nós tínhamos um currículo mínimo que era estabelecido pelo MEC, que traçava o perfil de educação do profissional fisioterapeuta. Só que era um perfil em que ele não desenhava, ou melhor, dizendo, ele não trazia em seu bojo, que tipo de profissional deveria estar sendo formado pelos Cursos de Fisioterapia até então. Ele se resumia basicamente a traçar uma matriz curricular, uma grade curricular que deveria ser cumprida tão somente (TENS, 2009).

Com estes relatos verifica-se que o desenvolvimento do Curso de Fisioterapia de Belém, ao longo dos anos, foi seguindo um modelo que já vigorava

---

<sup>19</sup> Parte de entrevista de um dos informantes-chave, de codinome FES, realizada em agosto de 2009.

em outros cursos da Área da Saúde. Isto quer dizer que os docentes, no processo ensino-aprendizagem, foram se especializando para dar uma formação profissional mais tecnicista aos futuros profissionais, para que os mesmos também pudessem atuar eficazmente em seus campos de trabalho.

Entretanto, estes novos profissionais, pela expansão que a Fisioterapia estava atingindo até os dias de hoje, e por questões de oportunidade de ampliação de atuação profissional, sentiram-se compelidos também a fazer parte do processo de formação de novos profissionais, seguindo a carreira docente.

Eu acho que os próprios docentes, como eles não foram assim traçados para serem docentes, eles foram aprendendo no caminho a ser docente. Então isso também dificultou uma visão da nossa realidade amazônica. Claro que você vai passando anos e anos dentro de uma docência, você tem que procurar se atualizar, se aperfeiçoar e isso aí vai surgindo. O SUS entrou aí e aí você tem que se atualizar dentro do que preconiza o SUS e aí você vai tendo uma visão melhor (LASER, 2009).

Como relatou um dos informantes-chave, estes profissionais, e novos docentes estavam iniciando uma carreira sem preparação pedagógica suficiente – já que sua formação não envolveu nenhuma disciplina voltada à licenciatura – comprometendo, de certa forma, a formação dos novos profissionais que estavam sob sua responsabilidade. Seus processos de aprendizagem na carreira do magistério foram se dando pelo processo *learning by doing* e que infelizmente ainda acontece, porém, como processo gradativo de mudanças, principalmente após a implantação, a partir de 2002, das novas diretrizes curriculares para os Cursos de Fisioterapia em todo o Brasil.

Os diversos discursos dos informantes-chave retratam esta realidade:

As pessoas da Pedagogia nos ajudaram muito porque nós não tínhamos essa formação da educação e que isso eu trato no meu trabalho, que profissionais de outras áreas, ele é chamado para ministrar aula, mas ele não tem as técnicas, não tem os recursos, não tem entendimento de como repassar esse conhecimento, de como despertar interesse pelo conhecimento do aluno. É muito atual e não é só atual esse tema da formação docente quanto é para outras áreas, não só da saúde como nas outras, mas dentro da própria Pedagogia, ainda é atual. Eles discutem isso da formação do professor (CORRENTE GALVÂNICA, 2009).

As diretrizes curriculares, elas deixam muito bem claro que o profissional fisioterapeuta deve estar sendo formado para o sistema de saúde vigente no nosso país; o que quer dizer que: todos os cursos, todas as IES no nosso país, que possuam o Curso de Fisioterapia, tenham que ter em seu projeto pedagógico um direcionamento à formação desse profissional fisioterapeuta para o SUS. Então, vamos dizer assim, uma inversão, pode se dizer assim. Ao invés de você ter um profissional fisioterapeuta já atuando, você começa com um futuro profissional... construindo esse

profissional [...] dentro do sistema. E ao término dessa construção, ele já passa a se inserir [...] (TENS, 2009).

[...] Então foi aí que começou, na década de 90, a discussão de como preparar esse profissional. Então foi uma década muito rica em construção, que aí veio as Diretrizes Curriculares Nacionais, que foi essa parceria junto ao Ministério da Saúde e começou a se preocupar com a formação de profissionais para atender essa reforma sanitária, então isso aí já veio depois. As diretrizes curriculares do Curso de Fisioterapia foram aprovadas em 2002, então os projetos pedagógicos que se implantou antes de 2002 ainda estão no modelo que não atende, não está voltado para as políticas públicas. Então quem adequou seus projetos pedagógicos para depois de 2002, aí já tem realmente toda essa fundamentação, porque o próprio MEC direciona pra isso (FES, 2009).

A universidade está com um projeto, principalmente o nosso, o projeto político-pedagógico, ele tá de acordo agora com as diretrizes curriculares nacionais, que ela pede a inserção do profissional fisioterapeuta desde a primeira série nas comunidades, que não existia até 2007. O nosso projeto era um projeto antigo, quer dizer, nós não tínhamos projeto; era um currículo mínimo que foi readaptado duas vezes e como houve a renovação das novas diretrizes curriculares, que preconizava essa introdução do profissional fisioterapeuta nas comunidades, foi que houve a reformulação (LASER, 2009).

Eu acredito que hoje, a grade curricular, o desenho curricular, ele contempla melhor esses aspectos de se formar um profissional crítico mesmo, acerca dos serviços públicos. E hoje, com essa nova metodologia, com esse novo desenho curricular que está se processando, que está acontecendo no Curso de Fisioterapia agora, eu acho que o aluno e futuro profissional, ele vai ter uma visão mais ampla, mais geral e mais crítica acerca mesmo dos programas de PP em relação à saúde. E não só à saúde porque se pensarmos em saúde, a gente vai pensar em saúde agregada a vários fatores (BIOFEEDBACK, 2009).

[...] houve uma evolução, graças a Deus; uma evolução muito grande, tanto nas metodologias que hoje os professores estão adotando, obedecendo também a legislação [...] A gente encontra barreiras, inclusive entre os próprios profissionais. Ah não quer? Então tá, tudo bem, eu boto outro. Mas é difícil você conscientizar que necessita disso. É isso que eu digo, eu não sei, eu não sei dizer o porquê. Não é opção. Trabalho tem. Não é medo de perder. Eu acho que eles não têm a consciência de que eles podem muito mais. Quando eu peço que ele vá para dentro de um setor desses desenvolver esse trabalho com o aluno, eu tô pagando para ele ir lá. Ele não está indo de graça. Então o que é? Eu não sei te dizer. Eu acho que é falta de consciência mesmo de que você é um... Eu acho que o professor, na realidade, ele quer dizer assim: ah, deixa para lá, eles são assim mesmo. Se não quiser que se lasque. Não tem uma visão de futuro daquelas pessoas. Quer dizer, falta uma visão... não quer ver o aluno como que faz parte...ele não quer fazer parte daquele processo. Ele não se deixa fazer parte do processo de desenvolvimento da própria turma, da formação daquelas pessoas. Enquanto nem os nossos professores se conscientizam, como é que você vai formar profissionais adequados? (ONDAS CURTAS, 2009).

As falas acima mostram o perfil atual dos docentes. Ainda hoje, encontramos professores que "fogem" às regras de formação básica para a licenciatura no ensino superior. Nos cursos de Fisioterapia das diversas IES encontradas em Belém, mesmo que ainda se encontrem muitos mestres e doutores,



muitos destes não tiveram essa formação básica nem antes nem depois de suas respectivas pós-graduações.

Nogueira (2000) afirma que ainda hoje, nas IES, a elaboração dos seus projetos político-pedagógicos é realizada, de um lado, por Profissionais da Educação – os Pedagogos - e por profissionais do Curso de Fisioterapia. Profissionais estes que são de disciplinas específicas, muitas vezes sem conhecimento pedagógico elaborado e formatado em cursos especializados de licenciatura ou afim, só construído pela sua experiência prática na docência.

Nogueira (2000) ressalta, além disso, que nessa dicotomia observam-se paradoxos que se interpõem e se complementam. Se são necessários profissionais de Fisioterapia para elaboração da grade curricular que contemple uma formação técnica e de pronta atuação profissional para o mercado de trabalho que assim exige; também o são os pedagogos que, mesmo não tendo este conhecimento técnico e específico, estão aptos a nortear o processo docente-educativo, para que os discentes se preparem, estando acordados com suas expectativas profissionais e adaptados ao Sistema de Saúde ora vigente no país, que preconiza mais a qualidade de vida, a prevenção, a proteção à saúde.

Eu acredito assim, a questão da prevenção, ela vem sendo feita por alguns docentes dentro da universidade de uma forma muito assim pontual. Faz aqui, faz ali, mas a maioria apontando mais para a parte curativa e tal, só que com a introdução do novo projeto, de novas concepções, a maioria já está indo muito para parte preventiva. Nós temos disciplinas que trabalham com prevenção, só com prevenção e eu acho que os nossos alunos já estão começando a saber que você tem que prevenir para que no futuro você não tenha que ficar só na questão da reabilitação. E hoje os trabalhos científicos, os trabalhos de pesquisa, eles já estão trabalhando nessa área de prevenção. Por exemplo, o Pec-Saúde aí, é muito nessa área de prevenção. Eles vão na casa dos...da comunidade, da população que elegemos e aí eles já estão fazendo um trabalho preventivo dentro da residência dessa população, só que claro que tem uns que você não consegue mais prevenir. Então lá você faz palestras educativas dentro de algumas disciplinas mesmo, nós vamos para o posto de saúde fazer palestras educativas, vamos falar de educação e saúde, então eu acho que nós já estamos bem avançados. Eu acho que precisa melhorar. Não vou te dizer que está uma coisa 100%, mas acho que 50% (LASER, 2009).

Por outro lado, o fato destes docentes, que também são profissionais técnicos da Área de Saúde, não contemplarem essa formação pedagógica de base, compromete o verdadeiro papel da Universidade. Quando se prioriza um processo ensino-aprendizagem especificamente técnico, desvincula-se "a proposta de Ação Educativa a qual se refere o projeto da Universidade enquanto instituição de ensino" e o "caráter acadêmico e investigativo que se envolva concomitantemente à

formação de cidadãos, a partir da interação docente-discente no âmbito da sala de aula" (NOGUEIRA, 2000, p.8).

As falas dos informantes-chave confirmam este processo:

[...] Eu tenho às vezes mais dificuldade com professores do que com aluno. São professores que tem uma visão muito tradicionalista, ser rígido, ser isso, ser aquilo, de manter o aluno que não faz parte daquele processo. De não mantê-lo parceiro. Eu discuto bastante. Eu tenho muita raiva, por exemplo, de professor que percebe que determinados alunos, grupinhos, não querem nada e ele despreza aquele grupo. Ele tá errado. Eu digo para o professor chegar junto desse grupo. Outro grupo que detesta o professor porque detesta o grupinho. Eu digo para ele mostrar direito, com clareza, chegar junto que eles mudam. Eu duvido que eles não gostem do professor e da profissão. Inclusive eles vão lhe imitar mais tarde. Eu tenho mais dificuldade de conscientizar o professor do que o aluno, porque os alunos estão se desenvolvendo e amadurecendo. E os professores têm de acompanhar os tempos, tem de acompanhar os alunos, procurar se desenvolver, procurar estudar cada vez mais. Alguns dizem por que X está fazendo doutorado? Aí se esse colega vem criticar X, eu não tô da idade de X, mas também eu tô quase lá né. Então, o quê esse povo precisa? Consciência (ONDAS CURTAS, 2009).

[...] Só que nós temos ainda muitos problemas porque o aluno e o professor não estão acostumados a trabalhar na comunidade, entendeu. O que é que eles querem? Que a comunidade venha até eles. Já se formou uma cultura, entendeu, então nós estamos tendo problemas com isso. Então eu acho que um dos problemas do profissional não ir para dentro da comunidade, de nós profissionais fisioterapeutas ainda não estarmos inseridos dentro do PSF vem também da formação que se dá a esse profissional, que não é direcionado a trabalhar em unidades básicas, a trabalhar dentro da comunidade, então eu acho que há uma falha. Agora não que eu acho que já estamos melhorando, mas há uma falha no currículo e para se mudar essa mentalidade que vem, no nosso caso, desde 1985, nós temos que lutar bastante. Vou te dizer uma coisa, qual o perfil do nosso docente? É trabalhar aula expositiva dentro da sala de aula, é isso. Agora que nós temos outros professores que estão entrando com outras perspectivas, direcionadas para as diretrizes, que gostam de trabalhar com a comunidade, que já estão com outro olhar e outra coisa, as PP's, elas pedem isso. Se o profissional não se inserir, infelizmente ele vai ficar alheio (LASER, 2009).

O papel do docente, como agente formador na Área da Saúde dentro da Universidade, portanto, deveria estar sempre mesclado à consciência de sua responsabilidade na construção das novas gerações de profissionais. E sendo porta-voz da Universidade, necessita reconhecer o verdadeiro papel desta Instituição formadora em Saúde, que Barroso (2007) assim destaca:

Reconhecer a saúde como um bem público, conhecer a epidemiologia e as necessidades de saúde da população, entender a importância da interdisciplinaridade e da equipe multiprofissional, são referenciais para que a Universidade tenha a responsabilidade de formar profissionais capazes de promover mudanças conceituais e estruturais no "fazer" saúde e ampliar os seus compromissos éticos com a sociedade (BARROSO, 2007, p.371).

Porém, este é um papel do docente, pelo histórico da Fisioterapia, que se delinea ainda como pouco presente nas IES de Belém.

Como representação social de uma classe, o docente poderia, e deveria, ser melhor formado dentro das universidades, para que sua intervenção pedagógica mister, gerasse efeitos mais contundentes na complexa rede de dimensões que permeiam, tanto a sua como a função social do discente e futuro profissional (DIAS, 2005).

Quanto aos discentes dos Cursos de Fisioterapia, estes apresentam algumas características distintas ao longo da história da profissão. Quando o Curso teve início em Belém, a maioria dos novos discentes fez vestibular, não pensando em ser propriamente fisioterapeutas, porque na verdade, grande parte deles sequer sabia o que significava a Fisioterapia. O Curso de Fisioterapia, na verdade, representava uma via de acesso mais fácil ao curso de Medicina da UEPA, tanto que muitos desistiram da Fisioterapia. Os que ficaram, foram descobrindo suas nuances e acabaram, porventura, se apaixonando pela profissão, porque na verdade o que eles procuravam era uma forma de cuidar das pessoas, já que seu foco era uma Área da Saúde e o que se sabia até então de profissões de Saúde era Medicina e Enfermagem.

A fala de um dos informantes-chave mostra isso:

Na realidade, o que a gente sabe é que a maioria dos nossos colegas, inclusive eu, a nossa vontade não era a Fisioterapia. Então, todos, a maioria era Medicina. Só que começou a surgir essa questão da introdução no curso da Fisioterapia na Universidade do Estado. E aí, em 85, quando surgiu o concurso vestibular, com 30 vagas, eu pelo menos me interessei em fazer, mas não tinha consciência do que era Fisioterapia e eu acredito que hoje isso ainda aconteça (LASER, 2009).

Apesar da fala do sujeito acima declarar que ainda hoje aconteça a entrada na Fisioterapia sem um conhecimento maior do seu papel, muito já mudou. Muitos dos novos discentes já entram efetivamente querendo ser fisioterapeutas. Outros, por questões diversas e mesmo imaturidade, no momento da escolha do que seria sua profissão futura, ainda continuam "em cima do muro". O relato de um dos informantes-chave mostra esta característica:

Tem pessoas que chegam no curso e não sabem o que é. Eu acho também que isso é uma falha da universidade porque nós devíamos estar mais ligados ao ensino médio, mostrando o trabalho, o que é o fisioterapeuta. Porque o que nós temos aqui para mostrar isso aí, é só a Feira da Seduc, a Feira do Vestibular que a Seduc faz, que nem todo mundo vai, é o que nós temos aqui. Também muitos alunos que fazem duas, três universidades, além do curso de Fisioterapia. Nós temos alunos aqui do 2º ano, do 3º ano que chegam e ainda não sabem se querem ou não a Fisioterapia. Tão fazendo porque a mãe quer, porque o pai quer, mas ainda não se

identificaram. Mas até hoje há essa confusão entre o que é saber a Fisioterapia [...] a maioria da minha turma não entrou sabendo. O X entrou em TO, cursou um ano e no outro ano fez para Fisioterapia. Então a maioria não sabia. Alguns desistiram. Da 1ª turma desistiram sem saber mesmo (LASER, 2009).

A idade média das pessoas que entram no ensino superior é de jovens adultos recém-saídos da adolescência. É uma fase repleta de dúvidas e ter que decidir pelo seu futuro, que parece tão distante, torna-se uma tarefa árdua. Muitos deles, já têm conhecimento de suas aptidões e já sabem que querem fazer uma Área da Saúde, sem, no entanto, ter esta definição clara. Poucos são aqueles que fazem testes vocacionais para descobrir suas verdadeiras aptidões. O fato é que, quando esses alunos não desistem, tornam-se verdadeiros apaixonados pela profissão, ainda que não seja, quando se tornam profissionais, como eles verdadeiramente esperavam quando discentes.

Um outro ponto a ser colocado acerca desta classe é que hoje, até em função das novas diretrizes curriculares implantadas nos cursos de Fisioterapia, estes alunos estão começando a vislumbrar a Fisioterapia de forma mais pública, mais convergente ao sistema de saúde que vigora no país – o SUS. Os relatos dos informantes-chave retratam este quadro:

[...] temos também as interações comunitárias que vai do 1º ao 6º período ele faz um corte no 7º e retorna no 8º período com estágio em saúde coletiva. Então desde o 1º momento do aluno no curso até a saída dele, ele está em contato exatamente com essas diretrizes, trabalhando e conhecendo os sistemas e todos os programas e todas as estratégias que o Ministério da Saúde preconiza para a formação de um profissional com vistas a atender esse sistema [...] Então todos os professores contratados ele vinha atrelado a isso, então era condição. Fora isso, nós temos disciplinas mesmo de saúde coletiva, de Fisioterapia Preventiva, pra dar estruturação pra isso, para esses alunos irem para as comunidades. Conhecimento das políticas públicas, conhecimento dos pilares do processo saúde X doença, perfil epidemiológico. [...] (FES, 2009).

[...] a gente tem percebido, mudanças da nossa época de formação. O aluno era bem menos engajado do que é hoje. Hoje o aluno ele já vai atrás da coordenação do curso, da direção do centro, do departamento para brigar por seus direitos. Então isso é bom porque o aluno que briga por seus direitos dentro da universidade, ele vai brigar pelos seus direitos como profissional lá fora. [...] eu vejo essa evolução também assim, pelo que a gente ouvia falar, eu vejo a questão do aluno. O aluno, tu falaste uma palavra aí, era bem mais elitista. Hoje ele já tem a preocupação de participar de projetos sociais, quando há um evento de participar na comunidade, [...] eu vi agora recentemente aquela Rios de Saúde e eu vi muitos alunos de Fisioterapia querendo participar [...] antigamente era mais Medicina que ia [...] e era projeto que não existia e que não estava vinculado ao Projeto Político Pedagógico, [...] Acredito ainda que tem muito o que avançar, mas vem avançando rapidamente, eu acredito que sim. (ULTRA-SOM, 2009).

[...] a nossa proposta é que o aluno também esteja ainda por aqui, não abandone, mas que o nosso aluno tenha conhecimento sobre essa área

hospitalar. Ele não vai ter conhecimento só da fisioterapia no hospital. O que nós estamos projetando é para que seja, o nosso planejamento é que você tenha conhecimento desde a cozinha, lá do lavatório, ele tem que passar por todos esses pequenos setores do hospital. Ter uma visão...a gente nunca tem conhecimento de tudo né (ONDAS CURTAS, 2009).

Contudo, o aluno ainda sai da Universidade com uma visão elitista. A maioria sai com a intenção ou de montar uma clínica particular ou, quando não, trabalhar em UTI – área que acredita lhe dará *status*. O SUS ainda não é uma realidade atraente para o alunado, a ponto de as disciplinas, tanto de Saúde Coletiva e Fisioterapia Preventiva, não serem acintosamente frequentadas, segundo o relato espontâneo de alguns ex-alunos.

[...] é, eles faltam muito, eles faltam (aula de Saúde Pública). Você vai ver, vai para aula de UTI? Sala, 50 alunos. Vai para aula de Saúde Pública? 20, entendeu. Todo mundo se mata para estudar UTI, mas para Saúde Pública, eu vou estudar um dia antes porque é fácil. Então, eu não me interesso, então é isso, é uma questão dos alunos também terem o próprio interesse com relação a isso (M. N.,2010).

Esta característica reflete, inclusive, quão críticos estes discentes se tornam quando ingressam no mercado de trabalho. Segundo alguns informantes-chave, esta visão crítica perpassa pela formação acadêmica. Vejamos alguns relatos:

Não, no nosso caso não. Acho que agora sim. É isso que eu te digo, nós não tínhamos uma formação para uma visão crítica da nossa profissão, de como ela poderia... da realidade. Mas eu te digo por que nós não tínhamos? Porque nosso currículo mínimo não contemplava isso. O nosso currículo na época, ele vinha de, vamos dizer assim, daquela questão do Nordeste, do Sudeste, que não tinham nada a ver com nossa realidade. Outra coisa, nós não estávamos de acordo com as diretrizes curriculares nacionais, que pede que o profissional seja crítico, reflexivo para sua realidade e nós não tínhamos isso. As nossas disciplinas não estavam voltadas para uma visão da nossa realidade amazônica, então eu acho que os profissionais saíram muito sem essa visão. [...] agora eu acho que aqui, com a introdução do novo projeto pedagógico, acho que nós estamos começando já. Dá uma visão mais crítica da nossa realidade (LASER, 2009).

Eu acho que anteriormente não, mas a partir do momento em que os Ministérios da Saúde e da Educação começaram a trabalhar, e fizeram algumas comissões em conjunto, e passaram essa demanda para as universidades, e hoje se diz respeito não só aqui dentro de uma universidade pública, mas a gente vê nas universidades privadas também que os projetos político-pedagógicos que estão em aprovação, que estão em desenvolvimento, eles já têm uma área bem específica, bem atuante nesta parte da saúde comunitária. Então, com essa nova visão pedagógica sim, o profissional da Fisioterapia, [...] o profissional da saúde vai sair com essa visão [...] (ULTRA-SOM, 2009).

Eu não sei te dizer se ela está começando agora porque nós temos assim alguns profissionais ou profissionais formados há tempo e que tem essa visão crítica. Se foi adquirido na escola, na formação acadêmica ou se não foi, eu não sei te dizer [...] (BIOFEEDBACK, 2009).

Como eu havia falado anteriormente, hoje todos os cursos, eles têm de estar coadunando com o que as diretrizes colocam, ou seja, eu tenho que ter um profissional crítico, reflexivo, generalista, com uma política de formação em saúde voltada ao sistema de saúde vigente no país. Isso tudo é contemplado nas diretrizes curriculares, e o MEC, com a política que vem adotando, de ter traçado essas diretrizes, para que todos os cursos de Fisioterapia, a nível de Brasil, sigam esta linha obrigatoriamente, ela faz o controle disso nos momentos que ele faz revalidações, os reconhecimentos e as autorizações de funcionamento destes cursos. Eu tenho participado, presenciado várias comissões de avaliação do MEC, no que toca aos reconhecimentos de curso, as autorizações de funcionamento de curso, as revalidações de reconhecimentos anteriores e os avaliadores do MEC. Eles prezam muito por essa questão, do tipo de formação que deva estar sendo dada nestes cursos de Fisioterapia e que este tipo de formação deva refletir um profissional crítico (TENS, 2009).

De acordo com esta breve explanação desta não menos importante categoria de representação social da Fisioterapia, fica indicado como a relação docente-discente deveria se estabelecer. Ambos devem ter o mesmo grau de importância no processo ensino-aprendizagem, quando "o aluno passa a exercer um importante papel ativo na aquisição e construção de novos conhecimentos", e o docente, por sua vez, devendo "ser levado a refletir sobre sua prática, visto que a mera transmissão de experiências, sem a preocupação real da efetivação do aprendizado por parte do aluno, parece estar em dissonância com as necessidades dos acadêmicos dos dias atuais" (PERPETUO, 2005, p. 38).

Assim, como atores destas representações sociais da Fisioterapia, rever estes papéis, para que ambos visem sempre ao fortalecimento e maior vislumbre da Fisioterapia dentro das Políticas Públicas de Saúde do país, deveria ser o foco central e final de todo este duplo processo de construção e formação continuada de docente e discente.

## **2.5. A Relação entre Fisioterapeuta e Paciente**

A terminologia que rotineiramente se dá ao indivíduo que esteja sob os cuidados do fisioterapeuta é paciente ou usuário. Esta relação sempre envolverá uma íntima ligação entre estes dois elementos e que dará consistência a mais uma indubitável representação social da Fisioterapia – a relação terapeuta-paciente.

No código de conduta do fisioterapeuta é apresentado o perfil que este profissional de saúde deve ter na busca do bem-estar de quem ele cuida, não importando em que nível de atenção à saúde este paciente se encontre. Por esta razão, pautar o comportamento deste profissional sob a égide da ética, do

compromisso e profissionalismo, determina seu lugar social, revelando desta maneira, uma necessidade medular para a sociedade quando inserido nas PPS.

Porém, este compromisso e profissionalismo que o fisioterapeuta deve possuir advêm inclusive da relação entre o seu personalismo e a sua experiência. Mesmo que sua personalidade não seja aquela imbuída da entrega em cuidar do outro, sua experiência profissional forçosamente o leva a este caminho quando tem a pretensão de ser considerado um bom profissional, pois ser fisioterapeuta é estar preocupado com o outro, ou melhor, com o doente, nas suas diversas dimensões que, de alguma forma, bloqueie seu bem-estar e qualidade de vida. Isto quer dizer que não basta diagnosticar e aplicar técnicas, mas é preciso considerar e respeitar os vieses que contribuem para a formação de uma doença no paciente tratado pelo fisioterapeuta.

A responsabilidade no tratar/cuidar não passa simplesmente, pelo que Downie (1987) relata ser a "injunção do bem". Ela destaca que:

[...] os terapeutas são frequentemente lembrados de que o preceito "não faça o mal" (*primum non nocere*) é uma obrigação moral e profissional mais fundamental do que a injunção de "fazer o bem". É nosso desejo fazer o bem para ou por nossos pacientes, mas é mais importante ainda que não façamos o mal, (quer seja físico ou de qualquer outro tipo), para aqueles a quem servimos, seja através do abandono e omissão, através de uma concepção má, excesso de zelo ou intervenção fora de hora. (p. 16).

Portanto, torna-se imprescindível ao fisioterapeuta o conhecimento de todas as etapas que envolvem o processo de avaliação. Sua tomada de decisão clínica envolve aspectos multidimensionais, tanto os seus, que O'Sullivan e Schmitz (2010, p.3) destacam como sendo: "habilidades cognitivas, metas, valores e crenças profissionais, habilidades psicossociais, estratégias de solução de problemas, habilidades de procedimento"; como do paciente (aspectos clínicos da doença, psicológicos, sociais e ambientais) para que o tratamento como um todo possa chegar a um nível de eficácia compatível com as capacidades e as necessidades funcionais do paciente, levando-o a ter um nível de qualidade de vida mais próximo do estado ótimo para este paciente em particular. São as representações sociais de ambos tentando ser respeitadas na relação terapeuta-paciente.

É a partir da relação fisioterapeuta-paciente que a Fisioterapia vai ganhando espaço e notoriedade. Pelos resultados alcançados junto a cada paciente tratado, atende o conjunto populacional que, a cada momento, aumenta sua

demanda pelos serviços prestados por estes profissionais. Com esta demanda sempre crescente, o fisioterapeuta amplia seu raio de inserção, que paulatinamente vai ganhando mais espaço, na medida em que esta insubstituível relação com as pessoas que lhe são incumbidas de cuidar, ajudam-no a construir sua participação no Sistema de Saúde vigente, conclamando uma ação cada vez mais pró-ativa do Poder Público para esta necessidade. As falas dos informantes-chave retratam esta realidade:

A conquista maior que nós devemos ter é nos fazermos presentes, é nos fazermos necessários nas equipes básicas e não nas equipes especializadas. Isso já conquistamos, posso te dizer assim. Mas precisamos estar nas equipes básicas, para nos fazermos presentes nelas e assim estarmos participando mais das políticas básicas de saúde, não tão somente das PPS, mas irmos mais à base, mais ao início, mais à origem da saúde no Brasil [...] Eu sempre parto do seguinte princípio. O poder público, ele não vai dar nada que não seja cobrado. Infelizmente, este é o tom que nós temos nos nossos serviços públicos no nosso país. Ele sempre reflete os anseios da nossa sociedade. Ele não tem uma conduta tão pró-ativa, ele tem uma conduta mais reativa e diante disto, eu sempre coloco que, uma profissão só vai passar a ter o seu reconhecimento, a sua importância, quando ela cria uma necessidade na sociedade. Então, quando a sociedade sente a necessidade daquele profissional, aquele profissional passa a ser importante e passando a ser importante, o poder público faz com que aquele profissional se faça presente. [...] o nosso enfoque deve ser sempre no sentido de chegarmos à sociedade e mostrarmos a nossa importância. Fazer com que a sociedade compreenda a necessidade deste profissional, a importância deste profissional para o seu bem-estar, para a melhora, para a qualidade da saúde de que ela possa estar usufruindo. É só assim que nós vamos ter abertura de novos postos de trabalho a partir do momento em que o cidadão encarar de fato os seus direitos: eu tenho o direito de ser atendido pelo meu Estado, de uma forma mais qualitativa (TENS, 2009).

[...] Por ser uma ciência em franca expansão, evoluindo da maneira como ela evolui, ela própria faz o seu caminho, ela própria acessa hospitais de vários níveis, de várias modalidades, de várias especialidades. Ela se faz presente pela sua própria ciência; por tudo que ela pode proporcionar. Eu acho que o importante é que você tenha profissionais seguros, profissionais competentes. Só isso faz a Fisioterapia seguir. Não tem outra coisa [...] Se ele não está no programa, ele não tem papel. Se ele está no programa, ele precisa mostrar. Não é só o fato dele estar no programa, fazendo uma ação, desenvolvendo uma ação, quer seja preventiva, quer seja curativa e receber o seu salário. A função do fisioterapeuta vai muito além disso aí. Vai além, porque ele precisa estar comprometido com esse sistema. Ele precisa fazer como fez o fisioterapeuta lá do hospital: mostrar o que a Fisioterapia tem, que a Fisioterapia pode. Quando ele está engajado dentro desse programa, ele precisa estar mostrando isso, porque senão ele é mais um e a Fisioterapia não pode caminhar com elementos e apenas é mais um. Ele tem que somar, porque se ele não somar, ele sempre vai ficar ao lado, sempre ao lado, nunca atuando de frente, buscando de frente, porque as pessoas só conhecem se você mostra. Se você não mostra! Porque o que é a Fisioterapia, o que o fisioterapeuta faz, como faz e porque faz, as pessoas não vão conhecer. E se as pessoas não vão conhecer, nunca vai haver um convite para inserir a Fisioterapia dentro de uma próxima PPS. Não vai, eu não conheço. (BIOFEEDBACK, 2009).



Diante destas falas, fica bem claro a importância do fisioterapeuta como Profissional de Saúde comprometido. Segundo o Código de Ética do fisioterapeuta, o capítulo I destaca as responsabilidades fundamentais que este profissional deve ter com aqueles a quem assiste e mesmo dirige. São elas:

Art. 1º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde.

Art. 2º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional zelam pela provisão e manutenção de adequada assistência ao cliente.

Art. 3º. A responsabilidade do fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional, por erro cometido em sua atuação profissional, não é diminuída, mesmo quando cometido o erro na coletividade de uma instituição ou de uma equipe.

Art. 4º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional avaliam sua competência e somente aceitam atribuição ou assumem encargo, quando capazes de desempenho seguro para o cliente.

Art. 5º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional atualizam e aperfeiçoam seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais em benefício do cliente e do desenvolvimento de suas profissões.

Art. 6º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional são responsáveis pelo desempenho técnico do pessoal sob sua direção, coordenação, supervisão e orientação. (CÓDIGO..., 1978, p. 1).

Estes princípios são básicos, contudo e infelizmente, existem profissionais e "profissionais". São fisioterapeutas que, em sua filosofia profissional, não estão imbuídos do verdadeiro espírito de cuidadores. São eminentemente tecnicistas, pouco humanistas, que visam à doença e não o doente, colimado em suas dimensões biopsicossocial e ambiental. A fala de um dos informantes-chave retrata este quadro:

Eu acho que essa coisa sempre aconteceu. Você tem fisioterapeutas que querem ser porque são fisioterapeutas por vocação, por entender, por sentir, de ser mesmo: eu sou, eu sou, eu sou e eu sou. Como tem fisioterapeutas que só tá pensando no dinheiro mesmo. Em fazer o curso, em se especializar, em ganhar mais... tá pouco engajado (BIOFEEDBACK, 2009).

Aliado a isto, encontramos ainda os pseudo-fisioterapeutas. São aqueles Profissionais de Saúde que, por conhecerem os processos de saúde-doença, acham que podem intervir com procedimentos fisioterapêuticos em sua prática. Exorta-se aqui a importância do COFFITO e dos CREFITO's, na luta contínua em defesa do profissional fisioterapeuta e sua prática, além dos constantes esforços destes Conselhos em manter atualizada a legislação que ora norteia os profissionais da Fisioterapia.

Diante destas breves explanações acerca da infatigável e imponderável relação terapeuta-paciente e como mais uma exegese das representações sociais

da Fisioterapia, fica ilustrado o grau de acuidade do profissional fisioterapeuta na incessante busca do mais próximo grau ótimo de saúde e qualidade de vida da sociedade em que vive.

Não se pretende aqui esgotar a discussão acerca das representações sociais da Fisioterapia. Seu conhecimento implica no entendimento dos processos evolutivos que ocorrem ao longo do tempo no círculo social de trabalho, vivências, relações interpessoais do fisioterapeuta, com diversos atores sociais que compõem o seu cotidiano, que também, e obrigatoriamente, influenciam novas formas do fisioterapeuta agir em seu meio. Os processos políticos, econômicos, ambientais, pessoais, dentre outros, interferem em toda sua rotina comportamental, perfazendo outras representações sociais que, na prática, engendram novos matizes de atuação, intervenção e desenvolvimento da Fisioterapia.

### CAPÍTULO III: O FISIOTERAPEUTA MUNICIPAL DE BELÉM

O profissional de Fisioterapia em Belém, em cada momento, vem ampliando seu raio de inserção em toda sociedade. Contudo, as demandas da população vêm aumentando muito mais rapidamente do que a classe consegue atender. Esta condição díspare é ocasionada também em função da existência de fatores paradoxais, pois ao mesmo tempo em que a sociedade necessita dos Serviços de Fisioterapia, ela não consegue minimamente custear o que o profissional oferece. Por outro lado, o Setor Público que deveria se responsabilizar mais em oferecer os serviços deste profissional em maior amplitude, não os disponibiliza na medida em que a população precisa.

Este abismo entre o real e o ideal não é diferente para a realidade do fisioterapeuta municipal – foco deste estudo. Segundo dados da OMS o número ideal de fisioterapeutas para um país deve corresponder a 0,1% de sua população. Tomando como exemplo a população estimada do município de Belém, seriam necessários, somente para a capital, 1.438 fisioterapeutas. De acordo com dados do CREFITO-12, o número geral de fisioterapeutas distribuídos no município de Belém, é demonstrado na figura 10 abaixo:

| FISIOTERAPEUTAS                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| Tipo de Inscrição                     | Total      |
| Fisioterapeutas inscritos no Conselho | 772        |
| Licença Temporária de Fisioterapia    | 94         |
| <b>Total Geral</b>                    | <b>866</b> |

Figura 10 – Quadro do quantitativo de fisioterapeutas no Município de Belém  
Fonte: CREFITO–12 (2009)

Como pode ser observado, o número de profissionais está aquém da necessidade da população. Considerando que a RMB corresponde a 2.161.191 habitantes, a quantidade de fisioterapeutas saltaria para 2.161 profissionais. Este número sequer corresponde ao total no Estado do Pará, que possui uma população estimada em 7.321.493 habitantes, para apenas 1.212 profissionais registrados no CREFITO–12, como mostra a figura 11 abaixo:

| FISIOTERAPEUTAS                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| Tipo de Inscrição                     | Total       |
| Fisioterapeutas inscritos no Conselho | 1060        |
| Licença Temporária de Fisioterapia    | 152         |
| <b>Total Geral</b>                    | <b>1212</b> |

Figura 11 - Quadro do quantitativo de fisioterapeutas no Estado do Pará  
Fonte: CREFITO-12 (2009)

Se considerarmos este valor para as cidades do Pará onde se tem registros de fisioterapeutas, estas também vão apresentar um número de profissionais abaixo do que suas populações necessitam. A figura 12 mostra essa relação.

| FISIOTERAPEUTAS INSCRITOS NO CONSELHO |                           |                                      |                                   |
|---------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Municípios                            | População Estimada (2009) | Nº de Fisioterapeutas/<br>Habitantes | Nº de Profissionais<br>Existentes |
| Ananindeua                            | 505.512 hab.              | 506                                  | 70                                |
| Santarém                              | 276.665 hab.              | 277                                  | 53                                |
| Marabá                                | 214.949 hab.              | 215                                  | 50                                |
| Parauapebas                           | 162.777 hab.              | 163                                  | 27                                |

Figura 12 - Quadro do quantitativo de fisioterapeutas nos municípios do Pará  
Fonte: CREFITO-12 e IBGE (2009)

Estes números não estão representando fidedignamente a realidade, haja vista que se sabe, informalmente, da atuação de profissionais fisioterapeutas em outros municípios do Pará. É o caso de Abaetetuba, Barcarena, Goianésia, Acará, Moju, dentre outros. Além disso, como mostra a figura 11, não fica bem discriminado em que esferas governamentais e mesmo na iniciativa privada, estes fisioterapeutas, distribuídos pelo Estado do Pará, atuam. Segundo o presidente do CREFITO-12, existem pelo menos dois mil fisioterapeutas em todo o Pará (NUNES, 2009). Ainda assim este número não contempla a quantidade de profissionais que a população necessita.

A figura 10 destaca esta afirmação quando só explana um total generalizado de fisioterapeutas que atuam em Belém, e que obrigatoriamente já estejam registrados no CREFITO-12. A figura 12 mostra apenas aqueles

fisioterapeutas que estão cadastrados no CREFITO-12, quando foi feito o processo de recadastramento de todos os profissionais na área de jurisdição dos municípios supracitados, em que o Conselho opera. Muitos fisioterapeutas ainda não fizeram seu recadastramento no Conselho, ficando, portanto, fora dos registros que os quadros acima aludem.

No município de Belém, a maioria dos profissionais fisioterapeutas municipais, que atendem pelo SUS, 14 são concursados. Quanto ao número de contratados, encontramos um total de 10 fisioterapeutas, espalhados pelos órgãos da Prefeitura, como Hospitais Municipais, Casas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde.

Há ainda, fisioterapeutas municipais que estão na condição de concursados e contratados, mas não atendem usuários do SUS. É o caso dos profissionais que trabalham no Instituto de Previdência e Assistência do Município de Belém (IPAMB). Estes profissionais atendem exclusivamente os conveniados deste Instituto.

Para Amorim (2004), a inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica – porta de entrada da população ao Sistema de Saúde - na realidade do Município de Belém, se deu de forma lenta. Esta realidade, mesmo após seis anos de tentativas de inserção no âmbito municipal, continua vagarosa, apesar das melhorias. Segundo registros feitos em seus estudos, o número de fisioterapeutas que atuavam na Atenção Básica no Município, era de um único fisioterapeuta, lotado em apenas uma Unidade de Saúde de todo o Município de Belém.

Vale ressaltar que o referido autor não registrou outros órgãos municipais que, porventura, possuísem fisioterapeutas em seu quadro funcional, pois não era o foco do seu trabalho. Hoje, a realidade mudou um pouco. Em toda Rede Municipal que atende exclusivamente ao SUS, localizamos 24 fisioterapeutas, distribuídos, como já mencionado, pelas Redes Hospitalares, Casas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde.

Basicamente, os fisioterapeutas municipais concentram seu campo de atuação em nível terciário de atenção à saúde. Incorre-se aí que, quanto mais tardia é a intervenção fisioterapêutica aos usuários do SUS, mais demorado e agressivo se torna o tratamento. Obviamente, a carência de recursos financeiros públicos e de

peçoal onera substancialmente o Sistema de Saúde, na medida em que exige um grau de complexidade maior na atenção fisioterapêutica, do que se fossem estabelecidas ações cada vez mais preventivas e de proteção à saúde, por parte destes profissionais, aos que recorrem a seus serviços.

Almeida (2008) trata deste assunto em seus estudos quando correlaciona o custo-benefício da inclusão do fisioterapeuta no serviço público:

Tomando-se como exemplo uma cidade com 100 mil habitantes, [...] Considerando que cada profissional ofereça 1.452 atendimentos por ano (30 horas semanais, conforme determina a lei nº 8.856/94), para que se ofereça um atendimento de fisioterapia [...] por ano por habitante, seria necessária a contratação de aproximadamente 70 profissionais, a um custo de R\$ 2.904.720,00 (dois milhões, novecentos e quatro mil, setecentos e vinte reais) por ano. O custo total de cada profissional ao ano ao município seria de R\$ 41.496,00 (quarenta e um mil, quatrocentos e noventa e seis reais). [...] Apenas com auxílio-doença, pago aos trabalhadores que ficam mais de 15 dias afastados, o Governo Federal gasta R\$ 12,5 bilhões por ano, o que daria um custo estimado de R\$ 6.944.000,00 (seis milhões, novecentos e quarenta quatro mil) anuais numa cidade com cem mil habitantes, [...] Portanto, o valor de R\$ 2.904.720,00 para oferecer um atendimento por ano por habitante representa um excelente investimento, [...] (ALMEIDA, 2008, p. 6-7).

Por outro lado, o aumento do número de profissionais fisioterapeutas nos órgãos municipais que atendem o SUS, dependeria bastante do esforço conjunto da classe profissional, para a construção de uma organização política fortalecida, e que lutasse pelos seus interesses. O Estado do Pará, hoje, já possui um sindicato representativo que já começa a dar suporte e legitimidade às lutas e ações em favor da classe. Estas, direcionadas, por exemplo, para a busca de remunerações mais justas, melhorias nas condições de trabalho e ampliação de vagas, através de concursos públicos, em todas as esferas públicas governamentais.

Diante do exposto, construiu-se uma configuração da contribuição do fisioterapeuta nas PPS, enfatizando o fisioterapeuta municipal. Sua importância neste estudo se deu pelo fato deste profissional, pelo menos teoricamente, estar mais próximo dos usuários da rede de assistência que, porventura, foi-lhe destinado a cuidar.

### **3.1. O SUS na visão do Fisioterapeuta de Belém**

A visão do SUS, por parte dos seus profissionais, deve passar ao menos pela compreensão e conhecimento dos conceitos mais usuais que o compõe. Este conhecimento deve encabeçar o processo de formulação e implementação deste

Sistema de Saúde e cabendo a cada integrante a responsabilidade de sua concretização. Os fisioterapeutas municipais fazem parte deste universo coletivo do SUS. Logo, terem estes conhecimentos básicos deveria ser condição precípua para exercício de sua função pública.

A Municipalização, discriminada na Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96), é uma estratégia de descentralização do Sistema, que visa reconhecer a autonomia dos municípios na Gestão em Saúde dos seus munícipes. Para tanto, transfere responsabilidades ao Município, ao mesmo tempo em que reconhece e respeita toda sua diversidade econômica, social, climática e cultural (BRASIL, 2009d). No artigo 198 da Constituição Federal, reforça-se esta intenção quando fala da rede regionalizada e hierarquizada em Saúde, compondo diretrizes do Sistema (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008).

Neste processo, o gestor de um município deve ter uma equipe de profissionais que se coadune e contribua para o desenvolvimento de sua gestão, direcionada à satisfação das necessidades de saúde de sua população adscrita, como regem os valores de uma democracia. O fisioterapeuta municipal é um desses atores sociais que, na atualidade, vem muito contribuindo para o alcance deste objetivo.

No entanto, em Belém, a realidade do fisioterapeuta no município ainda não está pautada pela ação integrada junto à gestão, visando à população. Segundo os sujeitos da pesquisa, apesar de sua inclusão e amplitude de atuação estar aumentando vertiginosamente, seu grau de inserção no âmbito do Município não corresponde ao volume crescente de solicitações pelos Serviços de Fisioterapia. Vejamos o que um dos sujeitos relata:

[...] então que eu vejo assim, tem lugar? Tem. Já está reconhecido? Tá, agora o que a gente vê é que tem uma deficiência enorme do número de profissionais. A inserção, a gente já se inseriu, mas só que no lugar de um, tem que ser vinte; no lugar de dez tem que ser cem; no lugar de três, tem que ser trinta (R. H., 2010).

O gestor municipal, tanto o imediato quanto o do mais alto escalão, apesar de conhecerem e reconhecerem cada dia mais a necessidade e essencialidade do fisioterapeuta, ainda esbarram em entraves políticos, econômicos, burocráticos, e mesmo de compromisso ético – moral com seus munícipes, para fazer valer a grande inserção do fisioterapeuta no âmbito de seu Município. A visão

dos sujeitos, a partir de suas realidades vividas cotidianamente, é destacada quando se questiona o nível de comprometimento do Poder Público. Assim se demonstram nas falas:

[...] não existe muito nível de comprometimento. Eu acho que falta interesse né. Não tem; é zero [...] até agora, desde que eu entrei, eu estou com 3 anos aqui, vou fazer 3 anos aqui. Eu não vi melhora nenhuma em relação à Fisioterapia, assim, em relação ao governante, melhorando nosso serviço de Fisioterapia; não. Continua a mesma coisa, os materiais são todos sucateados, falta muito material. Os materiais que nós temos aqui, muitos são de doação (C. M., 2009).

[...] não vejo muito engajamento não; do poder público eu não vejo não. Tudo que a gente consegue tem que ser um pouco na marra ou de maneira individual. Decisão política mesmo, vontade política, eu não vejo não. Coloca a Fisioterapia porque o SUS recomenda que Fisioterapia seja aqui no município né. Fisioterapia seja parte integrante, porque o SUS preconiza que a saúde é como um todo (E. C., 2009).

Eu acho que em Belém, a gente ainda tem muito a ganhar, muito, muito, muito. Tanto que, o que nós temos hoje de atuação profissional regulamentada por concurso público, foi de gestões anteriores. A atual gestão, por exemplo, não fez ainda nenhum concurso para fisioterapeuta dentro da... existe sim, fisioterapeutas contratados na atual gestão, mas não concurso, apesar de a gente já ter feito, inclusive no X (instituição) mesmo, vários pedidos de necessidade de demanda do SUS, então eu acho que e também nas outras, por exemplo, você vai ver, a nível de prevenção, as PPS de Belém não inclui fisioterapeuta no orçamento (E. B., 2010).

É porque o tempo todo quem tá sempre à frente se defende dessa fama de que, não adianta fazer essa melhoria aqui se precisa que o estadual também ponha pontos estratégicos em cidades estratégicas para poder não inchar aqui e um fica culpando o outro. Sei que no papel tá muito bonito, agora... (M. L., 2009).

Eu acho que está ruim. Eu sempre acho que as coisas podem melhorar, então eu acho que... [...] eu acho que passa por interesse próprio, eu acho que passa pelo fato de você achar que você precisa dar os serviços básicos para população e oferecer o que mais ou menos a população precisa, só para satisfazer a população [...] (M. N., 2010).

Como vimos, a vontade política, não só dos responsáveis pelo Município, mas de todos os entes federativos, precisa estar à frente de todo o processo de funcionamento do SUS. O capítulo IV da Lei nº 8.080/90 esclarece sobre as competências e atribuições destes entes federados com o SUS, e no artigo 18 desta mesma lei, ficam especificadas as competências administrativas do Município no âmbito do SUS. Já o artigo 197 da Constituição Federal, destaca a relevância pública para efetivação das ações e serviços de saúde (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008).

É sabido também que o Sistema de Saúde funciona a partir de um pacto federativo entre os entes governamentais para organização do Sistema e para fazer valer a atenção à saúde da população. Em um dos manuais do SUS, encontramos



claramente definidos os pactos que definem as diretrizes operacionais que cada gestor deve seguir, para o cumprimento de metas e compromissos, estabelecidos em função das necessidades da saúde da população. Pacto pela Saúde, Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela Gestão do SUS são alguns desses acordos que falam das responsabilidades dos gestores com o SUS e com sua população. (BRASIL, 2009d).

Além do fundamental papel do gestor, o funcionamento do SUS depende de outros fatores não menos importantes. Segundo os sujeitos da pesquisa, um dos grandes entraves para que a Fisioterapia se sedimente como Ciência essencial no SUS, perpassa pela sempre e interminável falta de recursos que são destinados à Saúde.

[...] eu acho que no Município, a gente tem uma dificuldade, principalmente com relação a recurso voltado para Fisioterapia [...] É difícil porque toda vez que você quer fazer alguma coisa, alguém diz assim: poxa, a gente não tem recurso, a gente não tem isso (M. N., 2010).

[...] às vezes a gente fica limitado no atendimento por causa dessas carências com o próprio paciente. Se o paciente não tem um lençol ou então, o serviço de lavanderia não presta, sem lençol, aí o paciente fica sujo, acamado, tu tens condição de atendimento nele? Não tem. Tu vais atender um paciente que tá todo sujo? Tu tens que pensar muito também em te resguardar, a tua própria saúde. Tu já trabalhas num setor que é contaminado, que tem bactéria em tudo que é lado e ainda tu vais *in loco* lá e ver que o negócio tá pior ainda, não tem como atender, né, ou então, não ter luva, não ter máscara. Eu acho que isso é geral. O andamento, a administração pública que não é boa, que não tem recursos. Lógico, que o nosso trabalho não vai funcionar, não tem como. Fica limitado (A. B., 2009).

Durante o Fórum Social Mundial, realizado em janeiro de 2009, em Belém/Pará, foi distribuído um encarte do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, denominado O Manifesto<sup>20</sup>, que destacou estes problemas de falta de recursos. Segundo este documento, a falta de recursos é o resultado do sistema neoliberal implantado desde a época do governo Collor, com repercussões até os dias de hoje. O objetivo desta política de Estado Mínimo era alavancar o desenvolvimento nacional a partir de uma economia forte, porém, tendo como pano de fundo o individualismo dominante de certas corporações privadas e o caráter excludente da maioria.

Esse padrão é o resultado da política neoliberal implantada desde a década de 90, com consequências irreversíveis e/ou altamente deletérias para a

---

<sup>20</sup> Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. Documento desenvolvido pela junção de diversas entidades em favor do SUS: ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA e AMPASA. Rio de Janeiro, julho de 2006.

sociedade, face à efetuada transferência de responsabilidades governamentais e do patrimônio público para mãos privadas, ao dismantelamento da inteligência e das carreiras do Estado, às restrições orçamentárias para as políticas sociais universais e à ameaça permanente de desvinculação das receitas constitucionais a elas destinadas (FÓRUM..., 2006, p. 01).

Segundo Bobbio (apud A SAÚDE..., [entre 2000 e 2010]), "os direitos sociais são mais difíceis de proteger que os direitos de liberdade". Isto significa dizer que os custos com a saúde da população são mais onerosos que os custos com a saúde individual, pois estes últimos abstêm o Estado de certas responsabilidades:

Os direitos individuais tem reduzido custo, uma vez que, basicamente, implicam abstenções do Estado, ou seja, são garantias que o indivíduo tem de não ser molestado pelo agente público. Contrariamente, os direitos sociais, e especificamente o direito à saúde, implicam altos custos, porque demandam prestações, ou sejam, obrigações de fazer, consistentes em ações e serviços de saúde cada dia mais complexos, em face dos avanços tecnológicos, bem como custo político, porque o alargamento da atenção social implica, muitas vezes, a abolição de privilégios de determinadas classes. (A SAÚDE..., [entre 2000 e 2010], p.22).

Esta realidade vem sendo experimentada de perto por toda a população de Belém. Dos R\$ 268,6 milhões de reais que foram destinados ao Município de Belém em 2009 (MELLO, 2010), as condições estruturais da Saúde do Município em nada mudaram. Ao contrário, pioraram, pois o contingente populacional que procura os Serviços de Saúde do Município aumentou drasticamente, principalmente com o forte escoamento de pessoas oriundas dos outros municípios do Estado, que também necessitam de atendimento em Saúde e são encaminhadas à capital paraense.

Quanto aos fisioterapeutas, estes fazem parte das Equipes de Saúde do Município que sofrem estas contingências. Os sujeitos da pesquisa relatam que não houve qualquer mudança, no sentido de melhoria, em suas rotinas profissionais. Os aspectos estruturantes das instituições, a aquisição de equipamentos e insumos de uso direto e indireto, assim como o aumento do número de fisioterapeutas para o atendimento de uma demanda cada vez maior de usuários que procuram os Serviços de Fisioterapia dentro do Município; nenhum destes fatores sofreu qualquer intervenção, para que os fisioterapeutas pudessem realizar normalmente seus atendimentos. A realidade os levava a atender de forma sucateada, limitada, prejudicada por falta de material e às vezes até mesmo por falta do próprio atendimento de outros profissionais, tão lesados quanto os da Fisioterapia. A

situação piora ainda mais em relação aos prontos-socorros, onde se dão os atendimentos de urgência e emergência. As falas abaixo destacam esta realidade:

[...] mas, às vezes, até o nosso atendimento fica um pouco prejudicado por certas outras coisas, por exemplo, falta de material, às vezes é por falta até do próprio atendimento de outros profissionais no paciente que, às vezes precisam de atendimento, por exemplo. Às vezes se não tem a medicação pra dar ao paciente; ele tá com um quadro infeccioso, a gente não vai poder trabalhar com o paciente; fazer o quê, se a parte da medicação não trabalha, né. Eu acho que tudo é um conjunto, ou se a alimentação do paciente não está adequada, ele vai ter um valor nutricional muito pequeno e a nossa atuação também é em cima também da alimentação do paciente; se ele não tiver um bom aporte nutricional ele não vai ter força pra fazer esse exercício. Então, às vezes a gente fica um pouco limitado em algumas coisas (A. B., 2009).

[...] o poder público... porque o que a gente vê é sempre a carência. A gente tem carência de profissional, carência de material, carência de espaço, carência de tudo, então a impressão que me dá é que o poder público, ele não dá valor para nada, né. Nem para gente nem para profissional nenhum, porque a gente batalha muito dentro da prefeitura municipal para conseguir alguma coisa, qualquer coisa. [...] É uma carência muito grande em todas as áreas [...] Então assim, de repente eles até sabem da necessidade. Sabem da necessidade, sabem da importância, podem até saber, mas não tem respeito por ninguém, por nenhuma área; pelo menos fora da área hospitalar. Na área ambulatorial, eu não vejo respeito nenhum com ninguém, porque todo mundo, aonde eu trabalho, todos; do neuropediatra, passando por todos os terapeutas, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, todo mundo leva material próprio; todo mundo tem que entrar com seus bens para conseguir trabalhar, porque se não entrar com que é seu, você não trabalha (R. R., 2010).

[...] a gente tem uma lista de espera de 150 pessoas, esperando Fisioterapia. Eles precisam, até porque a Casa X é o único lugar que atende né, nesse sentido é. Mas como se trata de uma unidade que não tem absolutamente nada, o que foi que eu procurei fazer. Eu fiz uma espécie de um documento, escrevi tudo o que é a Fisioterapia e o que a Fisioterapia representa e como a Fisioterapia pode contribuir para as unidades de saúde e para saúde pública, para que eu pudesse desenvolver meu trabalho e conseguir alguma coisa né, porque por mais que eu faça Fisioterapia Preventiva, eu sou fisioterapeuta, não sou mágica, então eu não posso fazer assim ó (estalar os dedos) e passou a dor. [...] Para eu conseguir, sinceramente, para eu conseguir colchonete, bola, alguns halteres, não para cá, lá para terapia, alguns halteres, bola, algumas coisinhas, precisou sair de um outro fundo que não foi o público, para que a gente pudesse trabalhar. [...] Por que que eles não equipam aqui a Casa X? A gente atende; a gente tem 4 box. Por que que não ajeita aqui e não aparece um serviço de qualidade? Então eu acho que é esse comprometimento que eles não têm. Basta dizer que tem e a gente puder atender aqui, pronto, tá bom. (M. N., 2010).

[...] é difícil né, mas a gente faz o que pode, entendeste. Cada um fez sua parte. Ficamos tristes? Ficamos. A Fisioterapia não escapa dessa também. Não é só a Fisioterapia, é todo mundo. A Nutrição vem, quer um alimento, não tem; a parenteral, não tem. O médico não pediu adrenalina? Mas como é que eu posso salvar se não tem a adrenalina! Não era, não tinha naquele carrinho de urgência, não tinha no hospital naquele momento. Tem dia que não tem uma luva para se atender (M. L., 2009).

Apesar de todas essas intempéries, a fala dos sujeitos acrescenta um ponto positivo à Fisioterapia. O lugar da Fisioterapia dentro do Sistema de Saúde do país ainda tem muito a crescer, principalmente porque a profissão ainda é nova e mesmo suas conquistas, ainda não agregaram todas as possibilidades de inserção e alcance à plena vinculação ao SUS:

[...] eu acho que ainda está em fase de crescimento. Tá uma coisa assim ainda gradativa. Eu acho que ainda falta muito abranger nessa área, principalmente da Fisioterapia. Aqui em Belém eu acho que ele teve um grande impulso a partir mais da própria UEAFTO e eu acho que ficou mais marcante para as pessoas... Ah! É tratamento do SUS direcionado para Fisioterapia. Em outros lugares tinha, mas assim, muitos, às vezes, que eram clínicas particulares que tinham atendimento também do SUS, muito antigas e pouco se falava (A. B., 2009).

[...] a Fisioterapia, como todo mundo sabe, ainda está crescendo né, então falta melhorar muito ainda. Em relação ao SUS, nos hospitais, por exemplo, falta melhorar a parte das cargas horárias dos fisioterapeutas; que o fisioterapeuta não tem plantão nem noturno nem final de semana. Pelo menos no município não tem. Isso é um ponto negativo que pode ser melhorado. (C. M., 2009).

Eu acho que a gente é pioneiro; ainda vejo a gente como desbravador, entendeu; eu acho que a gente ainda não está colhendo, eu acho que nós somos plantadores (R. H., 2010).

Todavia, suas conquistas concentram-se muito no nível de atenção terciária, onde o processo de reabilitação curativo é mais evidente. Muito pouco na atenção secundária e menos ainda em nível primário. Ou seja, a Fisioterapia no Serviço Público ainda tende a cuidar das pessoas num período de patogênese já instalada.

[...] eu acho que na parte de atenção terciária, a Fisioterapia está muito bem colocada, vamos dizer assim [...] Hoje a gente colhe os frutos do trabalho que se iniciou, então nós já estamos na atenção terciária realmente instalados e valorizados com o nosso trabalho reconhecido (E. B., 2009).

[...] o público alvo aqui é quem teve sequela de neurotoxoplasmose; o público-alvo, além de tuberculose. Outro serviço que a Casa X dispõe é exatamente o atendimento domiciliar terapêutico, que é quando a pessoa não tem condições, tem muitas sequelas e não têm condições de vir ao serviço, então, o serviço é disponível na casa do paciente, a domicílio, certo. Dependendo do local, porque aqui só atende Belém. Tem que ver o nível de segurança, direitinho, aí vai toda a equipe atendê-lo, mas o meu público-alvo aqui é tuberculose; tem muito AVC também e neurotoxoplasmose. Eu falo de reabilitação mesmo (N. B., 2010).

[...] Geralmente aqui não é lugar para infarto não, mas chegam muitos pacientes enfartando. Chega muito paciente com AVC, então eles já chegam já com a doença instalada né, já não tem como ter prevenção para esses pacientes que já chegam assim (C. M., 2009).

Esta característica é própria da Fisioterapia em função da sua gênese. Ela foi concebida em um caráter exclusivamente curativo-reabilitativo. Atendia aos

anseios de uma época que adotava "políticas setoriais que privilegiam a dicotomia histórica entre ações curativas individuais e coletivas de Saúde Pública" (MEDEIROS; ROCHA, 2004, p. 401). Só há alguns anos foi que a Fisioterapia começou a adentrar no campo da Saúde Coletiva - a nova Saúde Pública.

Contudo, o caráter preventivo da Fisioterapia não se mostra completamente inexistente no Serviço Público Municipal. Entretanto, este serviço e a atuação do profissional fisioterapeuta, incrivelmente, ocorrem porque muitas vezes, em determinada unidade ou instituição de saúde, o fisioterapeuta encontra total ausência de recursos materiais e outros que possa até intervir nos demais níveis de atenção com maior eficácia. Nestes casos, como o fisioterapeuta, em sua formação, aprende primariamente a usar o corpo pelo próprio corpo como alternativa de tratamento e/ou recuperação, na maioria das vezes a utilização de recursos manuais e da cinesioterapia<sup>21</sup>, além da Educação em Saúde, tornam-se fatores preponderantes para sua atuação eficiente dentro de um Serviço Público precário. Algumas falas demonstram isso:

[...] mas é isso, não muda muita coisa. É eletro... a gente sabe que a maioria dos aparelhos estão desregulados, né. O que mais. Crioterapia<sup>22</sup> que é bom, mas quase a gente não usa aqui... não dá tempo e é mais manual mesmo. E felizmente é o que resolve [...] a rápida recuperação [...] é isso é que fortalece mais a Fisioterapia né e principalmente a terapia manual que você consegue ter resultados excelentes e rápidos (P. H., 2010).

Aqui principalmente né, porque como tu vês a gente já tem uma dificuldade de material mesmo em si, de espaço, então, a Fisioterapia Preventiva, principalmente aqui no meu trabalho, ela é bem focada (N. B., 2010).

Mas este fator não chega a ser completamente desfavorável à Fisioterapia. Ao contrário, expõe suas formas de atuação em um nível de atenção à Saúde que, num país como o Brasil, ainda privilegia as ações curativas em detrimento das ações de promoção e prevenção à saúde da população.

Outro ponto considerado importante da entrada da Fisioterapia no Município recai na falta de efetivação destes profissionais via concurso público. A maioria ainda encontra-se na condição de temporários, ou seja, servidores

---

<sup>21</sup> É a terapia física do movimento. Apresenta como etimologia as raízes gregas *kinésia* (movimento) e *thérapéia* (tratamento). A particularidade da cinesioterapia é, como propôs Douthett (apud DOFOUR et al., 1989, p.77): "A cinesioterapia não é um tratamento através do movimento, mas o tratamento do movimento". Pode ser ativa (movimento provocado pela atividade muscular do paciente), passiva (aplicação de técnicas de tratamento empregadas pelo fisioterapeuta).

<sup>22</sup> Tratamento fisioterapêutico fazendo uso do gelo.

contratados pelo Município sem a efetivação via concurso público, em relação ao número de concursados no Município. A fragilização destes vínculos empregatícios gera insegurança, baixa autoestima, ansiedade e mesmo desmotivação, por conta muitas vezes da baixa remuneração e benefícios, que muitos profissionais fisioterapeutas tendem a se submeter quando atuam na Saúde Pública em nível municipal, quando comparados à condição dos concursados.

O profissional que ele é concursado, ele tem sim já, já é um nível diferente né. Eu tiro por outros terapeutas que teriam o mesmo salário da Fisioterapia; já é um salário bem melhor, com certeza, mas como o meu caso é contrato e aí... (risos) (R. R., 2010).

A gente não vê vagas de concursos, a gente, até mesmo nas contratações são poucas, a gente vê que tem um fisio ali e outro láááá! Ou seja, unidades que realmente, de referência, que a gente vê que precisa, que tem necessidade e não tem. Tipo Casa X não tem, nem pediátrica nem as duas Casas X de referência adulto; não tem Fisioterapia, entendeu, então são coisas, são unidades de referência que poderiam ter e não tem, então, é um nível baixíssimo. Só por aí eu já tiro e não oferecendo as vagas pro concurso principalmente (N. B., 2010).

{...} Agora um município deste tamanho nós temos só 7 concursados. É pouquinho né, muito pouco. Isso porque nós podemos fazer... O trabalho que o fisioterapeuta deve fazer é chegar e atender praticamente todo mundo. 100% deveria ser atendido {...} (M. L., 2009).

Isto, por um lado, demonstra o tipo de valor atribuído ao profissional fisioterapeuta. A inserção no serviço público fez-se necessária, e bem-vinda, quando ainda se observam dificuldades, e mesmo escassez de postos de trabalho na esfera privada. Vertente esta que, de certa forma, também precariza o reconhecimento do fisioterapeuta quando paga baixos salários em consequência dos módicos valores que os planos de saúde definem aos seus procedimentos fisioterapêuticos. O fisioterapeuta, profissional liberal, autônomo, que atende em domicílio ou trabalha em outros locais que não sejam Clínicas de Fisioterapia, também sofre as mesmas dificuldades de remuneração. A fala de um dos sujeitos resume bem isso:

Se você trabalhar em serviço particular, você pode chegar um pouquinho próximo ao que você ganha, mas não é a mesma coisa, principalmente em clínica. Hospital se iguala um pouco; chega mais próximo um pouco você trabalhar em hospital particular como o hospital público. Chega um pouco mais próximo, mas não chega tanto ao hospital.... e em relação a clínica fica muito abaixo. Clínica paga muito mal, muito mal mesmo. Fisioterapeuta trabalhar 6h como aqui... [...] Em relação às clínicas que atendem, eu acho que tinha que aumentar... assim como, tanto na parte particular também. O problema maior é o plano de saúde que não paga muito, paga muito pouco pela sessão. A mesma coisa o SUS. Se o plano de saúde particular paga pouco, o SUS paga menos ainda. Então é outra coisa que tem que melhorar. Para 1 procedimento nosso, é uma miseriazinha que eles pagam. É diferente das outras profissões (C. M., 2009).

O mercado de trabalho a cada dia torna-se mais competitivo, fazendo com que muitos dos profissionais fisioterapeutas, para manterem-se no mercado, sujeitem-se muitas vezes a qualquer remuneração ou atividade. Mais uma vez retomamos à iniciativa da vontade pública para que a inserção do fisioterapeuta se torne mais ampla e concreta, a partir do desenvolvimento de Políticas Públicas de Saúde que o valorizem e o agreguem às Equipes de Saúde, promovendo sua interação maior com a sociedade (TRELHA; GUTIERREZ; CUNHA, 2000). Ainda que o fisioterapeuta mostre, a partir do seu grau de competência e compromisso profissional, sua importância em qualquer esfera do serviço público, esta só se efetivará se houver aspiração política e força da categoria para compelir esta entrada. Vejamos o relato de um dos sujeitos:

Eu acho que quando o poder público não atua, não tem como a gente... não vai acontecer nunca, não tem como, se o poder público não atua não tem pra onde a gente correr, a gente fica limitado (A. B., 2009).

O problema está na política. Enquanto os políticos só pensarem em si, de fazerem tudo para si, não fazerem para população, a gente vai ficar sempre nessa mesma estirpe. Sempre lá em baixo, sempre perdendo, sempre tendo estes problemas todos que a saúde tem. Enquanto eles continuarem... enquanto tiver muita corrupção, enquanto o Brasil... isto é histórico não é. Então é muito difícil de mudar de uma hora para outra e muito... não é a curto e longo prazo, é a longuíssimo prazo para melhorar. Infelizmente não tem jeito. O problema tá aí entendeu. Melhorando essa parte política, acaba com isso (C. M., 2009).

Outros problemas conjunturais aumentam a dificuldade de inserção do fisioterapeuta no mercado de trabalho. É sabido que nos últimos anos houve um aumento expressivo no número de IES oferecendo Cursos de Fisioterapia. É sabido também que uma das grandes metas das IES privadas, como todo empreendimento capitalista, é obter lucro, construído a partir da entrada de um número maior de alunados cursando seus respectivos cursos: "[...] o que é que a gente vê? Um monte de faculdade formando um monte de gente... [...] preocupados só com isso e por exemplo, a gente vê que continua..." (R. H., 2010).

A realidade da Fisioterapia dentro destas instituições de ensino privadas não está sendo diferente dos outros cursos de graduação. O grande problema é que o mercado não está conseguindo absorver o número crescente de profissionais que estão saindo, tanto dessas IES privadas como das IES públicas, de onde normalmente já saíam. Ocorre então que a demanda apresenta-se maior que a oferta, principalmente quando a grande maioria dos formados mantém-se na região metropolitana de Belém. Esta realidade é comum na maioria das profissões, pois

grande parte dos egressos prefere manter-se na capital, a deslocar-se para as zonas interioranas. Este processo é dificultado também pelos gestores dos demais municípios circunvizinhos a Belém, que também não inserem de forma contundente a Fisioterapia como Profissão de Saúde, tão essencial como a Enfermagem e a Medicina na atenção à saúde de sua população. Muitos destes gestores recorrem ao velho jargão da falta de recursos para contratação e mesmo efetivação de um concurso público. Segundo o presidente do CREFITO-12, com sede em Belém, a carência no interior do Estado está parcialmente sendo suprimida pelo campus de Santarém da UEPA, porém, ainda não chega a ser suficiente para atender a crescente demanda (NUNES, 2009).

As falas dos sujeitos retratam esta realidade:

Precisa ainda expandir-se, precisa ainda ir para área de interiorização, principalmente. Na nossa região, nós somos a área mais carente de interiorização da Fisioterapia. Pelas normas da OMS, nós deveríamos ter 1 fisioterapeuta a cada, se eu não me engano, 1000 hab. Tem regiões aí, que a gente tem áreas inteiras, municípios e municípios, macrorregiões sem nenhum atendimento feito. Então, a interiorização precisava ser, mesmo a parte terciária, precisava ter uma interiorização mais eficaz. Mas isso é uma coisa que não é só da Fisioterapia; na verdade todos os profissionais de saúde, profissionais liberais, de dentro da região, eles não procuram essa interiorização. Esperam ficar nas regiões metropolitanas e nas áreas próximas (E. B., 2009).

E por falarmos em IES, atualmente, em função das novas diretrizes curriculares ditadas pelo MEC, a realidade das universidades quanto aos seus projetos políticos pedagógicos, paulatinamente começa a mudar. Estes devem ser obrigatoriamente seguidos e coadunados ao Sistema de Saúde vigente no país, o SUS. Porém os efeitos destas mudanças serão mais futuros. A fala de um dos sujeitos nos remete a esta ideia:

[...] eu acho que isso vai começar a mudar agora também porque os nossos próprios currículos, os nossos próprios projetos pedagógicos das universidades estão mudando, até por uma exigência do SUS em conjunto com o MEC e o MS. Não só a Fisioterapia, mas todos os cursos da saúde estão sendo voltados para atendimento comunitário e para atenção básica [...] E agora, os alunos que estão entrando agora, eles estão vendo esta atenção comunitária, saúde comunitária, é saúde preventiva, tudo isto já está sendo a base deles, então eu acho que o que tá sendo plantado agora vai ser colhido daqui a 10, 15, 20 anos (E. B., 2009).

Entre os sujeitos pesquisados encontramos alguns com menos de cinco anos de formados. Quando questionados acerca do quanto receberam, em sua formação acadêmica, de aprendizado que lhes fornecessem uma visão crítica acerca dos Serviços de Saúde e do SUS, as respostas foram consideravelmente



unânicos, independente do tempo de formação. Como afirmam Rocha e Zuliani (2006):

A universidade com suas práticas cada dia mais reducionistas e, com sua cultura elitista e classista, mostra-se burocratizada, compartimentalizada, especializada e isolada da comunidade a qual está inserida. A formação extremamente técnica e centrada no profissional, além da pedagogia bancária utilizada de forma quase unânime na universidade, contribui para o desconhecimento da realidade social e/ou o não atendimento das demandas sociais por parte dos profissionais (p. 18-19).

Esta é uma realidade de que Belém não foge. Daí as respostas tão comuns acerca da formação crítica em relação à realidade social em que estão inseridos. Como entre os sujeitos entrevistados encontramos alguns formados desde a época da criação do Curso de Fisioterapia em Belém até os dias atuais, podemos constatar que mesmo assim as realidades ainda se repetem. Antigamente, os alunos saíam da Universidade tendo em seus imaginários profissionais, dois distintos campos de atuação: o trabalho hospitalar em UTI ou a montagem de uma clínica particular, menos Saúde Pública. O paradigma de atendimento da Fisioterapia em UTI, como sinônimo de *status*; assim como ser "dono" de clínica particular (empresário do ramo da saúde), ainda perdura entre os futuros profissionais. A fala de alguns sujeitos demonstra isso:

[...] na época da faculdade, eu saí da faculdade com a mesma visão que todo mundo, né, eu tenho que admitir isso, que eu sempre saí com aquela visão de: preciso montar uma clínica, preciso trabalhar, preciso fazer uma especialização em UTI, que eu fui fazer e não suportei, que eu não me vejo enfiada dentro de um hospital o dia inteiro e é isso. Agora, depois quando eu comecei a trabalhar com Saúde Pública, eu sentia uma preocupação com a Saúde Pública, mas eu não... Confesso que eu não me mobilizava muito, não estava muito envolvida com isso e aí, hoje eu sempre procuro; tudo que eu vou fazer, eu sempre procuro solidificar minha profissão dentro, voltada sempre para Saúde Coletiva, para Saúde Pública [...] (M. N., 2010).

Incrivelmente estes sonhos ainda persistem em muitos dos recém-formados. Isto se reflete no considerável número de clínicas que estão sendo abertas no Município. Entretanto, quando os egressos se deparam com a realidade, até mesmo pelas oportunidades de trabalho que vão surgindo, sua visão dos campos de atuação da Fisioterapia começa a se ampliar.

A Saúde Pública ganha mais importância quando muitos dos fisioterapeutas adentram o Serviço Público e começam a vivenciar uma realidade até então distante do que sua formação acadêmica pudera lhes proporcionar. A partir de então, começam a ter esta visão crítica da realidade dos Serviços Públicos

oferecidos à massa social que compõe a população – o SUS. As falas de alguns sujeitos nos reportam a este questionamento:

Então assim, a universidade ela expõe muitas áreas de atuação né; o fisioterapeuta pode trabalhar no hospital, pode trabalhar nisso, pode trabalhar na empresa, mas ela dentro do SUS em si, dos serviços públicos, ela não dá aquela visão crítica do serviço ou ser bom ou ser ruim; ela não dá essa formação crítica nenhuma [...] na época não era nem Saúde Coletiva, nem tive essa disciplina, com esse nome. Ou era Fisioterapia preventiva e uma outra matéria que era APIF, que era Atuação Profissional Interdisciplinar Fisioterapêutica. Aí tive essa matéria, então nem tive essa parte de Saúde Coletiva e na minha época o professor de Fisioterapia Preventiva, ele era extremamente fraco [...] ele passava uns trabalhos assim que não... Então ele passava uns trabalhos assim que a gente não fazia muita coisa nova, entendeu. Então ele passava uns trabalhos que não foram nem no serviço público [...] que eu me lembre, eu só fui 1 vez, que foi no Demétrio Medrado. O resto era tudo clínica ou, enfim, era uma coisa mais... não era serviço público. Hospitais, assim, hospitais bons mesmo, nada... serviço público que a gente possa, poderia ver mesmo aquela dificuldade da fisioterapeuta dentro do serviço público. Essa realidade realmente não nos foi mostrada (N. B., 2010).

Não. O nosso curso foi muito superficial. Não tão superficial. A gente aprendeu muita coisa, aprendeu, só que faltou muita coisa também, então infelizmente a gente vai aprendendo só com a vida mesmo, no decorrer do tempo. Na faculdade a gente só aprende o básico do básico para você aqui fora, correr atrás do que é preciso, do que você precisa, infelizmente [...] agora foi melhorando já minha visão crítica, com certeza. Nesses X anos, eu melhorei bastante. Aperfeiçoei minha visão crítica (C. M., 2009).

Não. É um pouco limitada. A gente sai da faculdade, digamos assim... eu saí em X e chegamos a ter uma disciplina, não direcionado ao SUS, eu principalmente só fui ter conhecimento realmente, como é que estruturava o SUS, como é que eles trabalhavam, tendo um pouco mais de conhecimento, estudando pro concurso para fazer uma explanação maior, mas dentro da faculdade... [...] hoje, sempre a gente vai aprendendo aos poucos, vai tendo um pouco mais de conhecimento do trabalho do SUS. Eu acho assim (A. B., 2009).

Não. Acadêmica não. Hoje sim, mas isso veio depois que a gente acabou se inserindo, mas a gente não teve nenhum, na época da faculdade, nada que falasse sobre o SUS. Falava algumas coisas em Saúde Pública, mas nada que falasse do SUS, então em termos de faculdade, nenhuma. [...] depois que a gente começa a ter contato mais no serviço público, a gente começa a procurar ver o quê que a gente está fazendo aqui dentro né, e aí começa a estudar mais, começa a se inteirar mais, e também no quê que a gente pode contribuir e no que a gente não é necessário. Não é necessário não é bem o termo, é aonde a gente não tenha que saber não é, então isso foi sendo acrescido durante a minha vivência mesmo no serviço público. Então hoje eu já sei com certeza mais. Ainda não é total porque é um caminho longo, mas já é bem melhor. Se tivesse isso na faculdade, seria bem melhor né, a gente já teria outra visão né, porque a gente vai se inserindo, porque no início a gente acha que tudo a gente tem que fazer, o médico vem, manda e a gente tem que fazer. Hoje não, a gente tem que saber, tem que se respeitar um pouco; existem coisas que eu não vou fazer né, até dentro da visão mesmo do SUS (E. C., 2009).

Muitos se engajam em seus trabalhos, gostando das atividades da Fisioterapia que desenvolvem naquela unidade ou instituição pública em que atuam.

Alguns se identificam de tal forma com a Saúde Pública que já "adoram" estar atuando nesta área. Alguns sujeitos nos declaram isto:

Eu me considero uma profissional de saúde pública; eu me considero, apesar de também trabalhar num serviço privado, eu acho que a minha essência, eu sou da saúde pública (R. H., 2010).

[...] essa equipe que tá aqui, ela tá trabalhando sim porque só fica... eles vêm, mandam vir, às vezes até cansados, mas eles vêm. Todos nós chegamos até aqui e faz o que tem de ser feito, mesmo a X com essa vida, com as dificuldades, toda chique, ela vem, às vezes, trabalhar de blazer, porque ela vai para audiência, ela vem impecável, mas ela vem. Ela dá o melhor dela e eu acho todos muito legais. Essa equipe que caiu aqui, ela caiu aqui mesmo porque Deus providenciou, porque todos que estão aqui fazem do seu melhor. Poderia ser mais ainda porque cada um tem suas dificuldades, cada um tem sua disciplina, mas todo mundo que tá aqui, com certeza gosta de trabalhar aqui e sabe que aqui mais a questão sabe, a gente tá esbarrando o tempo todo no social (M. L., 2009).

Todavia, nem por isso observa-se um aumento do nível de conhecimento acerca do SUS para que as intervenções dos fisioterapeutas tornem-se cada vez mais preventivas na saúde da população, ganhando inclusive mais espaço de atuação. Muitos até desconhecem as nuances do SUS, onde e como podem atuar mais preventivamente como profissionais do Serviço Público Municipal.

[...] é. A gente tem algum conhecimento, mas é... seria necessário uma... cada vez, aprimorar isso né. A gente acaba... a gente não é preparado para entender o SUS. A gente começa a ter contato, começa a entender melhor porque a gente tá aqui dentro né, mas é que, acaba sendo uma coisa assim, é, parcial, quebrada. Entendo até onde eu tenho contato, mas a gente não tem. Não sei se poderia vir da época de faculdade, alguma coisa assim, um contato maior com o SUS. Eu estudei mais SUS quando eu fui fazer concurso, que caiu SUS, aí eu fui ler mais. O que eu tinha de conhecimento era muito vago. Acho que eu tenho algum hoje, que já estou há tanto tempo trabalhando isso, mas deveria ser melhor, entender melhor e aí poder contribuir mais. Não é total, assim (E. C., 2009).

[...] sempre a gente vai aprendendo aos poucos, vai tendo um pouco mais de conhecimento do trabalho do SUS [...] se a gente for ler o que o SUS... é algo absolutamente organizado, ótimo, que ninguém precisava pagar plano de saúde, fantástico, mas só que não funciona, a gente não sabe por que, esse é o problema, [...] (A. B., 2009).

Não. Vou ser honesta, não tenho... até te falei no começo da... olha o que eu posso te ajudar eu vou te ajudar. Realmente eu passei a ler mais isso quando eu fui morar no sul do Pará. Então eu era a única fisioterapeuta que estava... cada representante de uma categoria para fazer parte da... de lá do conselho, fazer aquelas reuniões [...] (M. L., 2009).

Alguns sujeitos ressentem-se da possibilidade de um trabalho mais preventivo da Fisioterapia em suas instituições ou unidades, haja vista as dificuldades estruturais, burocráticas, pedagógicas e outras particularidades dos seus locais de trabalho que os impossibilitam ter tal atuação. Algumas falas mostram-se como indicadores destas dificuldades:

[...] é porque eu acho assim que nessa área preventiva... A gente aqui no hospital, as pessoas aqui não vêm só pra prevenir, elas já vêm com aquela patologia já instalada, não tem como prevenir. Eu acho que esse trabalho do SUS dever ser feito justamente nos postos e que é carente da Fisioterapia. Então, eu acho que sim, que o conhecimento pode, mas aqui... (A. B., 2009).

Eu acho que conhecimento nós temos. Possibilidade de atuação não porque onde eu trabalho é de uma atuação terciária que já é de um hospital pronto socorro. Se eu trabalhasse num posto de saúde ou numa outra unidade que eu pudesse, onde eu pudesse fazer ações preventivas, talvez isso fosse mais efetivado, mas o conhecimento de como atuar, a gente tem. Só que a limitação da instituição onde eu trabalho, é que não me dá essa possibilidade. Ali dentro do X não (E. B., 2010).

Eu acho que é isso, eu acho que estar no SUS é isso. É porque estar na atenção básica porque é possível estar, enquanto fisioterapeuta, nessa prevenção, saúde da família, atenção básica mesmo. No nível intermediário que eu acho que é o que já historicamente é onde a gente já está e no terciário que eu acho que a gente está em pronto socorro. A gente está em hospital, então eu acho que em nível de SUS, eu acho que essa questão preventiva na saúde, eu acho que é aí mesmo, entendeu, é esse saúde da família, vigilância do desenvolvimento infantil. Eu acho que é isso aí (R. H., 2010).

A falta de uma atuação mais preventiva dentro das unidades ou instituições municipais onde os fisioterapeutas se encontram, passa também muito pelo padrão de atividade daquele local. A Fisioterapia no PSF da região metropolitana de Belém, ainda não está aberta a atuação do fisioterapeuta, embora esteja contemplada no NASF. Isto novamente decorre de problemas, principalmente, de ordem política para a verdadeira inserção. O Programa de Saúde da Família é mais atuante em alguns parques municípios circunvizinhos a Belém, porém, sem a presença do fisioterapeuta. O relato de alguns sujeitos nos mostra esta realidade:

[...] hoje o fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família, ele é um profissional recomendado, mas ele não é englobado como... você sabe que o Programa de Saúde da Família recebe verba do Ministério. Então o Ministério não se responsabiliza, apesar de recomendar, ele não se responsabiliza pelo pagamento do profissional fisioterapeuta como ele faz com o dentista, com o médico, o enfermeiro e outros. Então ele recomenda, mas ele joga isso pro gestor. Ele não tem a obrigatoriedade de compor a equipe. O gestor, se ele quiser, ele vai ter que arcar com os custos do fisioterapeuta, o que não acontece com os outros profissionais. Então se a gente conseguisse... está tendo uma... essas negociações estão ocorrendo em várias comissões lá dentro do Ministério com os nossos órgãos gestores máximos. O conselho federal tá se empenhando para que isso saia, para que saia portaria e incluía o fisioterapeuta dentro dessa área. Se isso realmente acontecer, o que a gente pode ter é uma atuação do fisioterapeuta dentro de uma área preventiva, então o fisioterapeuta ele vai... (E.G., 2009).

A gente vê que os Programas de Saúde da Família que deveria... tem locais que não tem, que obrigatoriamente a Fisioterapia deveria estar. Inclusive no interior, a carência é enorme. Vem gente para cá para Belém, para as capitais, de Redenção, de Marabá, quando a gente sabe que já tem

fisioterapeuta lá. A própria Ananindeua que eles mandam para Belém porque o volume não é suficiente (G. S., 2009).

Diante do quadro apresentado, a visão do fisioterapeuta acerca do SUS, configura-se da seguinte maneira. A Fisioterapia Municipal é somente mais um reflexo do caos na Saúde Pública de Belém. De tudo que lhe acontece, as poucas inserções no âmbito municipal em todas as suas vertentes; o número reduzido de profissionais atuantes e concursados; a falta de estruturação básica para uma ação mais eficaz por parte do profissional fisioterapeuta em sua área de atuação; o próprio nível de conhecimento acerca do SUS como um todo, que possa efetivamente ajudá-lo em seu processo de inserção, dentre outros problemas, são representações do descaso que se dá à Saúde Pública, por um conjunto de gestores pouco comprometidos com o fornecimento adequado de Serviços de Saúde aos seus municípios. Os demais Profissionais de Saúde, de igual importância, também sofrem este mesmo processo de descaso. A prova disso são as incessantes informações alardeadas nos noticiários locais, nacionais e até mesmo em nível internacional, denunciando estas situações.

Apesar de tamanhas dificuldades, o fisioterapeuta insistiu e a cada dia vem ganhando "seu lugar ao Sol", como essencial à saúde do Município. Há 10 anos, esta realidade era inimaginável. Hoje, a sociedade anseia pelos cuidados da Fisioterapia, tanto no Município de Belém, como em todos os outros municípios que compõe o Estado do Pará. Insistindo nesta leitura, falta a firme vontade política para a Fisioterapia sedimentar-se nos domínios do Município.

### **3.2. A Mobilização do Fisioterapeuta no SUS**

Segundo o dicionário da Academia Brasileira de Letras, a palavra mobilização significa "o ato ou efeito de mobilizar (-se)" (DICIONÁRIO..., 2008, p.867). Mobilizar, segundo o mesmo dicionário, significa "movimentar (-se) em prol de uma atividade ou de uma campanha social" (p 867).

O movimento do fisioterapeuta em prol da Fisioterapia dentro do SUS passa por diversos fatores. Entre eles, temos suas diversas práticas no cotidiano, além do já explanado conhecimento sobre o SUS e seus matizes, para que se saiba ampliar as oportunidades e os espaços de atuação profissional.

De acordo com os entrevistados, a contribuição que poderiam oferecer, como profissionais do Município, para que sua profissão se fortaleça dentro do SUS de Belém, decorre, principalmente, do curso das suas apropriadas atuações nos locais onde trabalham. Isto significa mostrar resultados, a partir de evidências, nas pessoas que assistem.

[...] eu acho que é o nosso próprio trabalho né, atuando mesmo com pacientes, mostrando que com atuação da Fisioterapia, o paciente fica menos tempo internado dentro do hospital e isso favorece muito mais... é menos custo pro município devido a permanência dele e mostrando pros demais profissionais também a nossa doação que é necessária, que até muitas vezes, apesar da gente estar aqui já há bastante tempo aqui, ainda tem alguns que são antigos, já conhecem, mas tem alguns profissionais que são mais novos que não conhecem, eles não solicitam o nosso atendimento (A. B., 2009).

[...] o que eu posso contribuir é fazendo melhor possível meu trabalho né, tentando mostrar para equipe toda a função da Fisioterapia... nem tanto a função, mas sim é importante é que ela tem pros pacientes né, pro pós-operatório, pro pré-operatório né, tanto na enfermaria quanto dentro do CTI, que há necessidade do fisioterapeuta, mas isso a gente vai mostrar fazendo um bom trabalho e fazendo um bom trabalho a gente tem bons resultados. Aí, a partir daí, a gente fortalece a nossa profissão, que aí os outros observam e vêem e estão vendo que a Fisioterapia está dando resultado, aí somos cada vez mais respeitados, cada vez mais solicitados. Isso tudo fortalece (C. M., 2009).

[...] mostrando a importância da profissão, dentro da nossa área de atuação. [...] a gente já conseguiu grandes avanços de quando começamos lá, de X para X, para hoje. Já aumentou o número de profissionais, já aumentou as áreas de atuação dentro do hospital, já tendemos para outras áreas que hoje nós não tínhamos lá dentro. Hoje os outros profissionais da instituição já sabem a importância, então eu acho que é dessa forma que cada um pode aumentar a importância da atuação da Fisioterapia dentro das Políticas Públicas (E. B., 2010).

Além disso, segundo um dos entrevistados, é sempre importante o fisioterapeuta estar atualizado no que concerne à sua especialidade e a sua área de atuação, para efetivamente, produzir bons resultados: [...] é só se atualizar né. Não tem outro jeito, assim [...] e o SUS aceitar os tipos de tratamento que a Fisioterapia tem né (P. H., 2010).

Dentre outras formas de contribuição explicitada pelos entrevistados, decorre o contínuo esclarecimento do que seja a Fisioterapia, tanto para usuários, quanto para os outros Profissionais de Saúde e Gestores. Muitas pessoas, mesmo o fisioterapeuta já estando inserido no Município, ainda não sabem sequer o que significa fazer Fisioterapia e como ela pode estar contribuindo sobremaneira para a saúde da população. Daí a divulgação, esclarecimentos, propagandas internas nas instituições, unidades de saúde e similares; e externas junto à população.

Eu acho assim, que o fisioterapeuta, onde ele se encontra, ele precisa mostrar quem é. Os outros profissionais, eles precisam saber o que o fisioterapeuta faz [...] a gente precisa esclarecer, dizer que a Fisioterapia está ali, que a Fisioterapia é importante, porque às vezes, pequenas coisas que eles vêem, como se fosse simples e comum [...] eles precisam saber que não é. Precisa saber que pode sofrer uma intervenção. [...] Pode estar atuando nesse sentido, de esclarecimento mesmo, de mostrar que a gente está aqui, que a gente está fazendo um trabalho que é importante. Você deixar ficar apagado lá num local só e eu acho que isso é em todas as áreas de atuação. [...] eu acho que é mesmo o desconhecimento de que a nossa atuação, ela é efetiva (R. R., 2010).

[...] Se a gente mostrar com o nosso trabalho e dar resultado, se a gente mostrar as informações pro paciente, então ele vai solicitar aquele serviço né, ou seja, tem muitos serviços que dão aquelas 10 sessões...[...] padrão né; 10 sessões, mas com 10 sessões ainda não deu para ficar bom e tal, paciente vê que precisa de mais 10, precisa de mais 20 e ele quer aquilo, ele pede aquilo, ele solicita isso, por que? Porque tá dando resultado. Então eu acho que a partir realmente de um trabalho sério, que dê resultados no paciente, que ele veja que a Fisioterapia ela é importante, eu acho que dá para fortalecer muito mais a profissão, baseado com as informações que ele tem (N. B., 2010).

Quanto às práticas que o fisioterapeuta municipal executa em seu cotidiano que corroboram a importância de se manter a Fisioterapia como Área de Saúde essencial ao SUS, provém não só do esforço contínuo e eficiente junto aos pacientes durante uma ação intervencionista, mas da forma humanizada de como aquele paciente está sendo assistido. O olhar do fisioterapeuta deve ser holístico, contemplando uma pessoa doente e não em pedaços doentes, coisificados. Esta questão alinha-se inclusive com uma das propostas do SUS, que é a humanização no atendimento<sup>23</sup>.

Eu acho que um profissional de saúde, ele precisa ser O profissional de saúde dentro da unidade. Não basta que ele seja só fisioterapeuta, então eu acho que a contribuição que a gente tem (interferências), a contribuição pelo menos que eu procuro dar aqui no meu trabalho, trazendo para cá, é fazer, obviamente, meu trabalho como técnica, como fisioterapeuta e tentar me envolver com a saúde do X integralmente [...] Me envolver com os médicos, saber porque e tudo e eu acho que é essa contribuição. A gente se preocupar com um ser humano, com o usuário como um todo e não com uma perna, com um braço, com uma coluna (M. N., 2010).

Além disso, segundo a visão de um dos sujeitos entrevistados, o fisioterapeuta do Serviço Público, deve estar comprometido com a Saúde da população como um todo. Isto significa observar, assessorar outros Profissionais da Saúde e intervir, quando necessário, em todas as nuances que envolvam, direta ou indiretamente, a melhoria, o bem-estar e o bom atendimento daquele usuário ou

---

<sup>23</sup> A humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar estes usuários em seus problemas e demandas (BRASIL, 2009d, p. 21).

paciente que procura os Serviços de Saúde. Incluso aqui os Serviços do Município, que é onde, basicamente, deveria se dar a entrada da população aos Serviços de Saúde Pública.

O fisioterapeuta, especificamente falando do fisioterapeuta, dentro de uma unidade de saúde, ele não pode se dar ao luxo de simplesmente ser o fisioterapeuta. Eu não posso ser unicamente fisioterapeuta dentro de uma unidade de saúde; não no Brasil né. Não aqui; não sei em outros países, mas aqui não e aqui em Belém, principalmente, não. Então, se eu estou dentro de uma unidade de saúde eu sou um servidor, um profissional da saúde pública; eu tenho que contribuir para saúde. [...] Então, eu fazia trabalhos junto com os psicólogos, junto com o pessoal da farmácia, que eu tinha que orientar, eu tinha que ir lá perguntar que tipo de medicamentos os usuários estavam tomando e tal. Os médicos, os dentistas, todo mundo, então, eu acho que eu tenho que ser um integrante dentro da unidade de saúde, um profissional da saúde, porque se eu me der o luxo de ser fisioterapeuta eu nem vou [...] (M. N. B., 2010).

Dentre as outras práticas, foi observado que muitos fisioterapeutas fazem um esforço para mostrarem-se necessários como Profissionais de Saúde dentro das instituições em que trabalham ao evidenciarem sua viável relação custo-benefício junto aos gestores e demais Profissionais de Saúde. Estas provas são apresentadas quando diminuem o tempo de permanência de um paciente no leito e as despesas médicas com a internação. Este processo ocorre também com aqueles atendidos em nível ambulatorial. O fisioterapeuta promove também a acessibilidade da população quando, lotados em serviços de Fisioterapia descentralizados, conseguem atender um número maior de pessoas, mostrando resultados quantitativos e seu leque de possibilidades de atuação, em nível mais básico de atenção à saúde, minimizando possíveis custos aos outros níveis de atenção de maior complexidade. Além disso, o fisioterapeuta, também adotando práticas de apresentação de trabalhos em congressos e outras modalidades, de vivências cientificamente comprovadas no Município, contribui para que a Fisioterapia se fortaleça dentro do Sistema de Saúde. A fala de alguns dos entrevistados revela esta realidade:

Eu acho que é o nosso próprio trabalho com os pacientes, levando também com isso um conhecimento aos demais profissionais daquilo, pra mostrar justamente que com a atuação do fisioterapeuta, o paciente não vai mais permanecer muito tempo no leito, não vai permanecer muito tempo acamado. Vai ser muito mais viável também pro paciente para que ele possa ser tratado mais rápido e continue fazendo suas atividades que fazia antes ou não. Adaptar o paciente a isso. Eu acho que o próprio trabalho em si que a gente faz (A. B., 2009).

[...] quando a gente pensa na gente, Município de Belém, então a gente é parceiro do SUS com o Estado. O Estado, enquanto gestor de SUS, nós enquanto executores do SUS, a gente pensa na descentralização. Então a Fisioterapia enquanto tratamento contínuo, que a criança tem que ir muitas vezes, você tem que descentralizar, né. Acessibilidade. Então, quando você



dá acessibilidade pro usuário do SUS, você está contribuindo e a Fisioterapia ela entra aí. Questão da acessibilidade, então tu garante o direito ao usuário, dele usar o sistema que ele é o dono desse sistema. Ele paga por esse sistema através dos seus impostos, então quando você descentraliza você dá acesso a essa população [...] que é o grande nó. Acessibilidade é um grande nó. Então, quando a gente está nesses serviços, a gente está ajudando o SUS a se efetivar, com certeza. Quando a gente garante esse nível intermediário, não só o nível básico para esse usuário, também a gente está colaborando para que o SUS se efetive, realmente enquanto uma política pública boa, para melhorar a vida das pessoas que é a grande proposta. O SUS é isso, melhorar a vida das pessoas. Então eu acho que a gente, no nosso dia-a-dia, a gente faz tudo isso. Quando também a gente tá ali, dividindo nossa prática com os alunos que vão ser os futuros trabalhadores do SUS, seja eles lá no interior, seja eles num outro município, mas que eles vão estar levando a nossa experiência, as nossas práticas de SUS para este usuário que realmente é o nosso objeto, é quem a gente quer alcançar; é o usuário do maior sistema de saúde que tem no país (R. H., 2010).

[...] você tem mil leitos disponíveis aqui para Fisioterapia ou para outra área de atuação ou para profissão, mas o paciente aqui já chega num estado precário né. Vai ter sempre que precisar sempre cada vez mais vagas, cada vez mais gente, cada vez mais leito. [...] Se desse atenção primária, se fosse dado atenção primária de Medicina, de Fisioterapia... a Fisioterapia tem como contribuir muito e isso em outros Estados isso acontece, poderia evitar com que o paciente chegasse e que fosse necessário uma quantidade cada vez maior de leitos. Acho que a Fisioterapia pode contribuir com isso, já numa atuação primária, não só a terciária, do atendimento, a gente contribuiria muito com isso (E. C., 2009).

Porém, mesmo diante das possibilidades que a Fisioterapia apresenta na Arena Municipal, um dos grandes problemas de que ainda se ressentem os fisioterapeutas, são as questões relacionadas ao respeito e reconhecimento dos demais Profissionais de Saúde. Este fator é importante haja vista a necessidade de efetivação do trabalho multiprofissional dentro do SUS de Belém. Um dos imbróglis dessas multirrelações profissionais continua sendo o médico.

Nós tivemos... inclusive alguém que tomou conta da nossa... do nosso hospital, onde ele dizia que o hospital bastava ele, por ser médico, e apenas uma enfermeira. "Essas demais profissões", ele falou assim mesmo, "elas estão aqui só para ganharem, não por"... por ele, não chega ninguém até a mão dele, então algumas pessoas ainda tem essa visão (M. N., 2009).

Muitos deles continuam tentando manter sua hegemonia em relação àqueles que dão assistência. Tanto que ainda querem decidir, muitas vezes por um simples capricho ou quem sabe, querela com a Fisioterapia, quando seus pacientes devem ou não ser atendidos por ela. Pior, determinando a forma do atendimento, quando o decoro profissional orienta que se encaminhe o paciente a um determinado profissional, no caso o fisioterapeuta, deixando-o decidir qual a melhor conduta, procedimento, tratamento e mesmo a necessidade mais adequada da Fisioterapia àquele paciente.

Eu acho que não. Definitivamente não. Porque eu acho que quando existe, eu não quero generalizar, deve ter um ou outro né, [...] Quando eu quero alguma relação multiprofissional, eu tenho que ir atrás né, então eu tenho que bater no consultório do médico e olha, vamos tentar discutir esse paciente aqui, que ele tá precisando disso, disso e disso [...] a gente depende da prescrição deles para fazer Fisioterapia, mas eu posso conversar com quem eu quiser. Eu tenho nível superior, eu estudo, eu sou inteligente. Eu posso chegar assim: "olha não é assim, não é assado". Agora também eu tenho que me respaldar; eu não posso chegar lá e querer discutir uma coisa com ele se eu não sei do que se trata, entendeu, então, "olha, não precisa de Fisioterapia por causa disso, disso e disso. Não, ele precisa" [...] Então tem algumas coisas que a gente precisa se impor. Então eu acho que a gente ainda precisa de muito reconhecimento e eu não estou falando só no serviço público não. Acho que no privado também, porque eu trabalho em clínica e tem médico por aí que tá querendo dizer o quê o fisioterapeuta tem que fazer e quanto a isso, eu me considero absolutamente rebarbada. Eu não aceito e não. Eu estudei e se você souber fazer uma Cinesioterapia, tudo bem, mas se não souber fazer, ninguém vai fazer por mim e eu tenho que fazer, então, eu acho isso. Eu acho que na rede municipal, falando assim, de serviço público, eu acho que menos ainda. Parece assim, que a gente não tem importância, parece que a gente é um profissional secundário e agente não é [...] Sinceramente, eu acho assim, que todos os profissionais da saúde são importantes, afinal de contas quando ele quiser reabilitar ele vai fazer com quem? Quando ele quiser que ele vá, sei lá, se é um problema psicológico vai fazer com quem? Ou ele vai assumir todas as funções? Ele vai fazer tudo sozinho? Então eu acho que a gente ainda não é reconhecido aqui. Acho que na saúde pública menos ainda, porque como eles querem só fazer, como eles querem fazer o básico e ir embora, atender "meia-boca", pois eles reclamam que não ganham bem [...] "Não, eu não vou te atender, tá bom". "Não, não precisa de fisioterapeuta não, depois você volta". Ou eu me preocupo com a saúde de quem está na minha frente ou eu me preocupo comigo ou eu vou fazer outra coisa, então eu acho que na saúde pública, menos ainda a gente é valorizado (M. N., 2010).

Além disso, muitos ainda continuam não respeitando as intervenções dos fisioterapeutas, para posterior conduta adequada do mesmo, aos seus assistidos. Afora o desconhecimento e mesmo desinteresse em conhecer o quanto o fisioterapeuta pode contribuir na assistência e recuperação dos seus pacientes, conjuntamente.

Já ganhou bastante, mas ainda tem médicos que se acham bam-bam-bam, entendeu, e... [...] a gente, o fisioterapeuta chegar, vai atender um paciente, chega no ventilador dele, os parâmetros mudaram e não tem nada no prontuário dizendo quem foi que mudou. Não sabe se foi o médico, se foi a enfermagem, se foi técnico, não sabe quem mexeu! [...] eles deveriam informar no prontuário o porquê [...] porque não tem como ser responsabilizado, ninguém escreveu nada! Quem que vai se acusar? Ninguém. Não tem câmera, não tem nada! Agora tem médico que não mexe, deixa só para o fisioterapeuta. Aqui tem, mas tem médico que se acha o bam-bam-bam que mexe (C. M., 2009).

Entretanto, encontram-se exceções. Alguns médicos comprometidos com o bem-estar dos seus assistidos, procurando a firme colaboração da Fisioterapia na recuperação daquelas pessoas que estão sob seus cuidados. Além disso, muitos

destes médicos estão dispostos à troca de informações, ampliação dos seus conhecimentos e empenhados numa apropriada atuação interdisciplinar.

[...] uma coisa que eu venho sentindo e até no decorrer desse tempo que eu estou, é assim, da credibilidade que a Fisioterapia passa, porque os médicos, por exemplo, eu vejo que hoje, o médico, pela visão que a gente via antigamente, ele não tinha o interesse de mandar ninguém para a Fisioterapia. A gente sentia isso. Hoje eu vejo que a classe médica...[...] vamos pôr assim, ela procura sim um apoio, vamos dizer assim, considera um apoio [...] mas credito também que este reconhecimento já existe muito, porque hoje eu vejo até nas reuniões de gestão, os próprios médicos reconhecerem a trabalho da Fisioterapia (G. S., 2009).

[...] as conquistas, cada vez mais está melhorando. Por exemplo, em CTI, por exemplo, já os médicos, os enfermeiros, eles estão cada vez mais respeitando o fisioterapeuta lá dentro do CTI [...] O médico vem, conversa, pergunta, tira as dúvidas, a gente também com eles... [...] havendo uma interdisciplinaridade nisso, nessa área. Então, tá melhorando, mas ainda não está o ideal ainda. Pelo menos aqui (C. M., 2009).

Quanto aos demais Profissionais de Saúde, encontramos diversos matizes nessa interrelação com o fisioterapeuta. Muitos Enfermeiros, por exemplo, acham que o fisioterapeuta tende a se achar demasiado importante hierarquicamente. Outros profissionais como Psicólogos, Técnicos de Enfermagem, Assistentes Sociais e outros profissionais da área administrativa ainda desconhecem o trabalho da Fisioterapia, e nem sempre pretendem estabelecer uma competitividade com os fisioterapeutas, porém, de alguma forma, dificultam o desenvolvimento do trabalho do fisioterapeuta.

Não, eu acho que ainda falta muito, eu acho que... Está muito pouco ainda, eles ainda não conhecem o trabalho, por mais que a Fisioterapia já tenha sido falada, mas quando a gente vai entrar naquele grupo acham que... Ah! Mas vocês fazem isso? Vocês podem fazer isso? Vocês trabalham com orientação? Eu acho que a falta de conhecimento está grande em termo profissional [...] Sinceramente eu não sei te dizer. [...] de alguns profissionais que já conhecem, que sabem como a gente atua, [...] eles pedem, solicitam normalmente. [...] acho que sinceramente, se eles acham que não é importante ou então às vezes, sabe, quando faz tudo e o paciente não melhora, aí vamos mandar para a Fisioterapia para ver se melhora. Às vezes acontece isso sabe, quando tá no último caso aí chama a Fisioterapia. Bora ver se melhora. Muitas vezes já tá num quadro tão avançado que não pode fazer milagre, não chamou antes. Não sei, sinceramente eu não sei dizer o que passa por algumas cabeças assim que... eu acho que é de pessoa pra pessoa, muitos tem a mente aberta, sabe o que é importante e o que não é, mas outras acham que: "a minha profissão é mais importante, as outras são complemento" (A. B., 2009).

[...] por exemplo, uma sequela de toxoplasmose, por exemplo, ele procura a Psicologia. A Psicologia nota que ele fez uma sequela de neurotoxoplasmose, mas a Psicologia não fala: "ah tem Fisioterapia aqui na casa", entendeu, então eu acho que falta essa visão crítica também. Porque muitas das vezes o paciente vem para cá, a gente nota que ele precisa da Psicologia, a gente vai lá e diz que tem o serviço, mas o contrário muitas das vezes não acontece, então acho que falta um pouquinho mais de integração (N. B., 2010).

Contudo, segundo os entrevistados, a razão maior destas dificuldades de relacionamento encontradas nas Instituições e Unidades de Saúde Municipais, decorrem da falta de uma estrutura de base que dê um bom suporte e condições satisfatórias de trabalho. Todos estes profissionais poderiam atuar condignamente e satisfeitos em seus campos e setores de trabalho, não precisando viver à sombra da insatisfação, insegurança, desânimo e outros sentimentos negativos que permeiam e dificultam ainda mais as relações multiprofissionais.

Eu acho que só a nível focal. Em algumas unidades, em algumas instituições sim, a gente consegue ter esse trabalho multiprofissional. Lá no X, precariamente. Realmente ainda não tem realmente essa estrutura de... por causa da estrutura que também o hospital nos oferece. Não tem como a gente fazer um trabalho. Pra trabalhar dentro do CTI, numa equipe integrada, eu teria que ter todos os membros da equipe lá no mesmo horário. Têm dias que a gente não tem médico, têm dias que falta enfermeiro. Quando estão todos, não tem estrutura de logística necessária para interação, o que precisaria ter. Um bom suporte de exames, gasometria, Rx, que viesse no mesmo horário para que a equipe sentasse junto, decidisse junto. Isso também não acontece lá por conta da estrutura do hospital, mas eu acho que para a realidade que nós encontramos lá, há anos atrás, quando começamos, para realidade que nós temos hoje, posso te dizer que a gente já deu vários passos à frente. Nós chegamos lá e tinha gente que não sabia o que um fisioterapeuta fazia no hospital e hoje a gente já tem uma demanda que a gente não consegue atender, então isso já é bom; essa estrutura já mudou e eu acho que essa relação já mudou porque hoje todos os profissionais do hospital sabem que existe este serviço de Fisioterapia no hospital [...] E tem aqueles que reclamam como a gente reclama também, como, na verdade todos os profissionais, todas as categorias envolvidas lá tem sempre alguma reclamação por quê? Por conta da estrutura, por falta de materiais, então isso acaba interferindo também na relação multiprofissional [...] alguma dificuldade de relacionamento sempre você tem quando você trabalha num ambiente multiprofissional (E. B., 2010).

Portanto, o devido respeito e reconhecimento profissional do fisioterapeuta, para que haja uma ação multi e interdisciplinar nos Serviços Públicos Municipais, advém muitas vezes das dificuldades inerentes a cada pessoa, de como ela encara outro profissional congênere e do quanto este pode contribuir, inclusive para seu melhor desempenho profissional e o bem-estar daqueles a quem acolhe. Como também, as condições mínimas de trabalho poderiam e deveriam ser melhor alicerçadas pelos gestores, políticos e governantes. Esta questão, bem trabalhada, poderia ser um caminho para a consolidação do Princípio da Integralidade do SUS, que visa pactuar trocas e reciprocidade de todos seus profissionais que complementam esta Rede de Assistência Pública. Vejamos algumas falas dos sujeitos entrevistados:

Eu acho que não totalmente. Também eu acho que no município, ainda não. Não dão a... eles acham que é necessário Fisioterapia, mas não dão o devido valor, o devido respeito [...] Ainda há, ainda tem a ideia... muitos, não são todos, mas ainda tem uma ideia de que Fisioterapia, por exemplo, é para aspirar né. Fisioterapia é para fazer uma massagem, não sabem, é, realmente... isso vem mudando paulatinamente, mas ainda não é totalmente, entendeu. Ainda tem uma ideia um pouco equivocada do que é Fisioterapia, o que a gente faz, como a gente pode atuar melhor no... [...] E eles dão importância, mas ainda não acham essencial não. Acham que a gente pode ser descartável. Se tiver o fisioterapeuta, ótimo, mas se não tiver, também não tem problema não. Eu acho que já foi bem pior. Hoje em dia vem mudando, até porque o SUS mesmo vem preconizando isso né [...] Eles dão importância, mas eles não... essa importância não é assim, ideal né, quer dizer, pedem para gente fazer protocolo de isso, protocolo daquilo, outro de não sei o que mais, mas não utilizam os protocolos (E. C., 2009).

Nós já ganhamos sim, não teríamos ganhado. Já podemos estar mais adiante, mas eu creio que não é só da gente que depende. Pouquinho, mas ainda tem, mas a maioria já sabe, já reconhece. "Cadê o fisioterapeuta?" Até briga! Já chega até na direção: "eu preciso do fisioterapeuta!" Sabe, já tem essa visão de que tem que ter essa equipe mesmo para atuar, vira e mexe são chamadas [...] "cadê o fisioterapeuta do setor daqui?" Porque tipo assim, o reconhecimento já tem [...] (M. L., 2009).

Para mim ainda falta, principalmente aqui. Aqui até que a equipe não é ainda nem tão grande, mas eu já vejo que falta. Falta tipo fazer um encaminhamento para mim; às vezes aqui na própria casa. O profissional, ele poderia ser mais crítico a observar que aquele paciente é OT [...] (N. B., 2010).

Alguns entrevistados, em suas experiências profissionais, acreditam que já há o respeito e reconhecimento adequado do fisioterapeuta na Rede Municipal pelos outros Profissionais de Saúde. Porém, estes mesmos entrevistados questionam o quanto estes profissionais sabem a dimensão da oferta que a Fisioterapia pode proporcionar para a saúde da população que atendem.

Acredito que sim. Aquele profissional, o profissional que trabalha com o fisioterapeuta já tem o respeito; eu acho que a gente já conquistou isso. De ter o respeito e o valor dos demais né, seja médico, seja os outros terapeutas das outras áreas; acontece sim, já com bastante... [...] da amplitude da Fisioterapia, mas reconhecem o profissional. Reconhecem que aquele profissional é importante, agora muitas vezes não sabe até onde a gente vai (R. R., 2010).

Quanto aos outros processos de mobilização do fisioterapeuta para fortalecimento da Fisioterapia dentro do SUS, questionou-se o papel da categoria neste intento. Primeiramente, se os entrevistados acreditavam que a categoria tinha real interesse coletivo de fortalecer a Fisioterapia no SUS ou se decorria somente de interesses individualizados. A grande maioria optou pelo interesse individualizado e só alguns disseram que havia as duas opções.

Dos que disseram que na categoria prevalece o interesse individualizado, muitos atribuíram isto a uma falta de organização e corporativismo da categoria.

Esta forte predominância pode ser atribuída ao tipo de formação acadêmica recebida. Pelo processo histórico da Fisioterapia, ainda hoje impera uma tendência elitista, que enfatiza o individualismo, em detrimento do coletivo. Somente nos seis primeiros meses de 2010 é que a categoria conseguiu formar um sindicato que pudesse estabelecer coletivamente suas lutas. Entretanto, a fala de alguns dos entrevistados reflete uma realidade anterior a este período.

Eu acho que a nossa profissão, ela ainda é individualizada. Acho que não é só a nível de SUS; eu acho que todas as nossas discussões, sejam elas a nível de conselho, de sindicato, de qualquer movimento onde a gente tenha que realmente tá envolvendo pessoas, tá tentando fazer uma movimento mais coletivo, eu acho que a gente tem dificuldade. Aí eu acho que vem dessa história acadêmica mesmo, entendeu; dessa formação mais individual, uma questão mais competitiva, uma questão mais comercial; daquele profissional como forma assim... (R. H., 2010).

Eu acho a nossa classe muito desorganizada, é muito individualizada mesmo. Interesse acho que todos têm, mas eu acho que não querem entrar de cabeça naquilo pra organizar, pra ter... "Ah! Tu vai fazer? Faz. Eu vou ver, se for bom eu entro, mas tu trabalha primeiro, organiza pra mim". Aí, depois que tá funcionando, que eu sei que vale à pena, "agora eu quero trabalhar nisso". Eu acho que é muito por aí sabe, eu acho que as pessoas ainda pensam muito... Quando a gente diz assim, vamos se reunir, bora organizar uma coisa pra que a gente trabalhe pelo SUS mesmo! Eu acho que é muito por aí (A. B., 2009).

Eu acho que como categoria [...]. O problema nem é o interesse de organizar ou de mostrar o quanto a Fisioterapia é importante coletivamente, tanto coletivamente como categoria. Eu acho que nosso problema é não nos organizarmos como categoria, não como importância. Tudo que a gente faz acaba tendo... hoje já melhorou muito; graças a Deus vem melhorando, mas eu acho... [...] , então a maioria das coisas que nós conseguimos ao longo desses anos, ainda é individual. Ah, a X faz um bom trabalho num determinado local. Tá vendo como Fisioterapia é bom! Mas a colega dela que está no setor da tarde já não faz; ah, então não presta! Entendeu. A pessoa até sabe fazer, até o profissional sabe da importância, mas ele não consegue porque como categoria, a gente não consegue organizar. [...] Como categoria a gente não tem uma organização; a importância a gente sabe que tem, falta organização como categoria. A importância, acho que hoje todo mundo sabe (E. C., 2009).

Aos fisioterapeutas, falta uma visão mais "corporativa" da classe. Observando mais detidamente a fala de alguns sujeitos que mencionaram o termo corporativismo, parece que houve uma interpretação errônea deste termo, pois, ao que tudo indica, a intenção destes sujeitos era falar acerca da importância do processo de sindicalização da categoria. De acordo com Antunes (1985), os sindicatos compreendem o seguinte conceito:

Os sindicatos têm como finalidade primeira impedir que os níveis salariais coloquem-se abaixo do mínimo necessário para manutenção e sobrevivência do trabalhador e sua família. [...] são, portanto, associações criadas pelos operários para sua própria segurança, para a defesa contra a usurpação incessante do capitalista, para a manutenção de um salário

digno e de uma jornada de trabalho menos extenuante, [...] (ANTUNES, 1985, p. 12-13).

De acordo com o autor mencionado acima, é justo que os fisioterapeutas tentem estabelecer uma espécie de "corporativismo do bem". Assim destaca um dos sujeitos da pesquisa:

Eu acho que a gente ainda precisa trabalhar um pouquinho mais esse corporativismo, corporativismo do bem. Existem vários tipos de corporativismo, mas eu acho que existe esse corporativismo do bem, que é as pessoas se unirem em prol do crescimento da profissão. Eu acho que nós, fisioterapeutas, ainda estamos um pouquinho aquém daquilo que a gente precisaria para desenvolver isso aí. Então nós precisamos fortalecer um pouquinho mais esse corporativismo que tem dentro da profissão, para poder crescer como um todo [...] E não só médicos, eu vou te dizer mais, os próprios profissionais, irmãos, pela formação ou pelos nossos órgãos reguladores quando estão na Terapia Ocupacional, é bem mais corporativista do que fisioterapeuta [...] (E. B., 2010).

Porém, é importante que a categoria saiba fazer a real distinção dos termos corporativismo e sindicalismo. A intenção de colocar o termo "corporativismo do bem" como proposta positiva vem do exemplo da classe médica que, unida, luta vigorosamente em função dos seus interesses, porém, sabe-se que o corporativismo dos médicos carrega em seu cerne uma veia altamente egoísta, subestimando, ignorando e até mesmo combatendo interesses nobres de outras profissões em detrimento de seus interesses individualistas. A concepção mais acertada de corporativismo é esta, pois, carrega a lógica egoística do "se dar bem".

Portanto, é importante que a classe de fisioterapeutas tenha em mente que a proposta mais bem sucedida é o sindicalismo. A formação de um sindicato tenderia a fortalecer e a prosperar toda a categoria. Assim, fortalecida, a categoria poderia estabelecer um processo de consenso e corresponsabilidade com o poder público ao mostrar sua eficácia política como entidade forte e autônoma, onde todos sairiam ganhando quando interesses fossem respeitados.

Segundo Schwartzman (1987), já existe hoje na Europa, um corporativismo com um sentido de sindicalismo mais avançado, ou seja:

[...] o movimento sindical e associativo é tão independente, competente e organizado que pode, quando quer, paralisar a economia e impor sua vontade. O resultado, no entanto, não é o impasse, mas a corresponsabilidade, e um entendimento social que permite que soluções consensuais sejam buscadas para as questões de interesse nacional, com benefícios para todos. (p. 1).

Este poderia ser o entendimento mais adequado de corporativismo. Porém, esta realidade de corporativismo como força sindical avançada entre os

fisioterapeutas não é falha exclusiva de Belém e muito menos da categoria de fisioterapeutas municipais. Em nível nacional, este é um fato infeliz que ainda acomete à categoria como um todo, sendo mais contundente na Região Norte, pois o sindicato dos fisioterapeutas está no início do seu processo de consolidação, e em algumas capitais brasileiras, este sindicato já se encontra devidamente formalizado e atuante.

Ainda que noutras capitais brasileiras existam sindicatos formados, a força política da classe de fisioterapeutas ainda não é suficientemente forte nas conquistas de grande relevância para a classe, principalmente no que concerne à questão salarial. Esta realidade é mais pujante para a categoria de todo o Estado, pois falta a noção para cada fisioterapeuta da importância da luta coletiva.

A Fisioterapia, ela tem ainda, e não só aqui, hoje eu posso ter essa visão mais nacional, então eu sei... eu pensei que era uma coisa regionalizada, que aqui nós éramos assim, mas hoje eu vi que não, nós somos assim tanto nacionalmente e dos médicos, dos terapeutas ocupacionais, pelo menos os enfermeiros têm, os educadores físicos, eles têm essa visão mais corporativista do bem, do que nós. Nós ainda não conseguimos ter essa visão, de lutar pelo coletivo. A gente prefere lutar individualmente, pelo nosso desempenho pessoal (E. B., 2010)

Quanto às respostas dos sujeitos que disseram que a classe encontra-se em ambas as categorias de interesses (individualizados/coletivos), houve certo predomínio pelo interesse individualizado.

Olha, eu acho que tem os dois. Tem aquele profissional que pensa assim, quer fortalecer, quer atuar junto, quer melhorar e tem aquele profissional que tanto faz para ele. O importante foi ele arranjar um emprego que dá estabilidade que é o emprego público, o único que existe hoje em dia, e pronto, acabou. Fica pro resto da vida dele trabalhando, com o tempo vai aumentando seu dinheiro e aquele dinheiro é certo todo mês e pronto, ele não quer saber de mais nada. Tem esse e tem o outro que gosta de sempre melhorar, sempre trabalhar mais e... (C. M., 2009).

Quando eu falo geral, categoria, eu tenho que me incluir e tenho que incluir pessoas que eu conheço que realmente se preocupam com a Fisioterapia dentro do SUS, mas eu acho que é um pouco dos dois, mas eu acho que por mais interesses pessoais assim, porque eu acho que à medida que você valoriza...[...] Então eu acho, como eu tô te falando. Têm pessoas preocupadas com a formação, com a estruturação da Fisioterapia dentro do SUS? Tem, mas eu acho que a maioria está um pouco preocupado com, por que que o SUS não paga bem né. 2,50 por esse procedimento! Podia receber mais. Então eu acho que é por aí. Eu acho que é um pouco dos dois, mas vamos lá... (M. N., 2010).

Eu vejo assim. Não sei se eu entendi bem essa tua pergunta. Com relação à classe, fisioterapeuta pensar em coletivo, isso daí eu acho que, pelo menos aqui na nossa região, a gente ainda está um pouco fraco. Fisioterapeuta não se une ainda, assim, com afinco. Vamos lutar pela Fisioterapia. Sempre chega um momento em que um ressalta seu interesse pessoal e sai daquela linha. A gente vê muito, mais na questão dessa parte particular e



onde a gente vê os planos de saúde jogando aquele valor lá para baixo e todo mundo lutando. "Não, vamos lutar, vamos brigar, ninguém vai mais atender esse plano" e vem um que vai lá e atende. Então, eu acho que dentro do SUS, acontece isso também. Há um interesse sim, claro, da pessoa entrar no serviço público né. Todo mundo, acaba numa hora ou outra preferindo ou querendo aquela certa estabilidade e tudo, mas a Fisioterapia, fora do município, também atende SUS e aí eu acho... poderia também haver uma união maior para brigar dentro do SUS, mas não acontece. É puxando o interesse pessoal [...] eu acho que até uma parte dos fisioterapeutas em Belém, eles já são mais conscientes, ainda buscam mais a coletividade, mas eu acho que o que predomina é o interesse individual mesmo (R. R., 2010).

Além do mais, um dos entrevistados destaca que pelo fato do fisioterapeuta não estabelecer um lugar, numa suposta classificação hierárquica na Área da Saúde, ele não consegue definir em que "categoria profissional" se inclui. Ele não sabe se é "doutor" ou se é basicamente "subordinado" ao Médico. Subordinar-se ao Médico, ele não admite, mas também não consegue se fazer respeitar pelos outros Profissionais de Saúde na mesma medida de importância que o Médico. Este já conta com sua secular posição hegemônica, dentre os Profissionais de Saúde.

[...] eu sempre digo, eu acho que o médico, ele é mais assim. O médico ele diz assim: "não, não brigo. De qualquer maneira eu vou ganhar dinheiro, eu não vou entrar em luta, eu vou ser rico mesmo!", entendeu. Então assim, eu acho que o fisioterapeuta, ele fica naquele espaço. Ele tem espaço que ele ficou assim no meio, num meio tênue. Ele nem é este aqui, que é o médico, que tem muitas regalias, mas ele acha que ele é, e ao mesmo tempo, ele acha que ele não é esse aqui, tipo um professor de educação física, um assistente social, um técnico de enfermagem, um enfermeiro até. Ele acha que ele não é isso, mas na verdade, ele está nesse espaço mais para esse lado daqui (dos demais outros profissionais de saúde), mas ele insiste em ficar para cá (lado dos médicos) [...] ele tem um conflito e o que é pior, como ele está aqui, ele não briga pelo que é dele [...] até hoje, então eu acho que essa história aqui do coletivo, eu acho que a gente é enfraquecido, entendeu. Eu acho que a gente foi criado para ser o "doutor" (R. H., 2010).

Este processo de não "saber" seu lugar na escala dos Profissionais de Saúde, incide no segundo decurso de mobilização da categoria pelo engrandecimento da Fisioterapia dentro do SUS. Compõe-se da informação acerca do nível de engajamento da classe para uma maior participação nos Conselhos de Saúde<sup>24</sup>. A pesquisadora questionou inclusive o nível de participação pessoal dos informantes da pesquisa. Segue a fala de um dos entrevistados como exemplo:

---

<sup>24</sup> "São órgãos colegiados deliberativos e permanentes do SUS, existentes em cada esfera de governo e integrantes da estrutura básica do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Atuam na formulação e proposição de estratégias, e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros", conforme § 2º do artigo 1º da Lei nº 8.142/90 (SUS DE A a Z..., 2008, p. 98-99).

Sinceramente, eu não tenho engajamento nenhum [...] até porque eu ainda não vi assim uma perspectiva boa para brigar por uma causa que eu ache... eu fico assim até limitada... Ah! Eu acho que não vai dar em nada, eu vou brigar e não vai dar em nada, questionar algumas coisas. Agora, eu ainda sei algumas coisas assim, por intermédio de outros profissionais que estão engajados, que falam, que dizem o que acontece na parte política. Aí sim, o meu conhecimento é por aí, entendeu, mas não no meio, não estar lá. Eu acho que até às vezes é bom... não digo que eu não tenho vontade, todos nós temos. Não sei... eu acho que é até por falta de oportunidade, pode até ser por causa disso também. Acho que às vezes, que também nessa parte de engajamento, dessa parte política, eu acho que é muito fechada. Só é aquele grupo e aí quem entra no grupo tem que conhecer aquele grupo. Eu acho que os outros, o próprio grupo não deixa participar, não abre. Acho que é assim (A. B., 2009).

Dos entrevistados, somente dois conheciam o que sequer significavam os Conselhos de Saúde. Estes possuem em seu currículo profissional uma boa participação política, pois já fazem parte de conselhos de classe, ou já fizeram parte de partidos políticos e/ou já foram gestores em saúde. Os demais não sabiam nem se existia Conselho Municipal de Saúde. Isto se atribui novamente ao processo de formação acadêmica do fisioterapeuta, mas também a quase nula participação da categoria na arena política e governamental. Aliado a este fator, o que se percebe é uma formação política de base incipiente.

Eu acho que é o próprio interesse até do profissional. Se não tem algum profissional lá, que seja engajado, que trabalhe nisso e que procure entrar em contato, não é o outro profissional que vai brigar pela nossa classe, né (A. B., 2009).

Grande parte dos profissionais quer somente atuar, ser técnicos em sua especificidade dentro da Fisioterapia. Preocupações na ordem direta ou indireta, de participação em questões administrativas e do governo que possam beneficiar a classe, não são a tônica da maioria dos fisioterapeutas municipais: “Eu acho que a gente precisava sim ter alguém mais político dentro da nossa profissão. Eu acho isso incipiente. Não nos formam para isso né (R. H., 2010)”.

A classe de fisioterapeutas do Pará não tem nenhum representante político na arena parlamentar. A classe é representada por outros políticos, mas que atendem aos anseios da classe quando lhes aprouver: “[...] tu podes te juntar com um político, o político quer te jogar para pegar votos da tua categoria, ponto. Mas é o cara que quer, não é você, não é teu, entendeu (R. H., 2010)”.

Como se sabe, são nos Conselhos de Saúde que as pautas das Políticas Públicas de Saúde são discutidas, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A participação dos Profissionais de Saúde deve ser de 25%. (BRASIL,

2009d, p.95). No Conselho Municipal de Saúde de Belém não existe nenhum fisioterapeuta participante. Deste modo, perdem-se excelentes oportunidades de fortalecimento da categoria, até para uma contundente inserção da classe na Saúde Pública. Vejamos as falas dos entrevistados:

Isso é uma coisa que, mesmo para os conselhos de classe, [...], a gente tem discutido muito isso e é outra coisa que a gente sente falta e que as outras profissões conseguiram, que tem mais corporativismo do bem. Elas sabem a importância de estar vinculada ao conselho de saúde para melhoria de sua profissão e na nossa, a gente não sente assim. Para você fazer parte de um conselho de saúde, você tem que se dispor realmente. [...] e as pessoas não se interessam por isso. Então hoje, eu posso dizer que eu tenho sim, uma atuação no conselho de saúde [...] Então lá dentro, a gente tá vendo a importância de ter um representante, porque às vezes, são discutidas... são os mais variados temas que são discutidos lá dentro, que logo existe em todo lugar, então, no momento em que você pode lançar o seu *lobby* também, em favor de sua profissão, se você estiver lá dentro, você briga por aquilo. Se não tiver ninguém representando, aquilo passa e vai passando por baixo de outras coisas, então era uma coisa que a gente precisaria trabalhar assim, muito mais [...] Eu só acho que eu precisaria ter uma coisa não só minha, tua, precisaria ser da categoria [...] não temos representantes na área legislativa, [...] a gente sente muita falta disso, [...]. quando tem os projetos de lei que, ou vão nos beneficiar ou vão de alguma forma nos prejudicar, e a gente não tem um suporte de alguém que tenha conhecimento e que alguém que abrace a causa, como outras profissões têm. Têm seus representantes e é diferente. É uma visão diferente você conversar com um deputado, com um senador que tem uma formação em Medicina, advogado, e você conversar com alguém, como nós temos uma deputada só que é fisioterapeuta, [...] ela tenta realmente de todas as formas, mas a gente precisa ainda trabalhar nisso. [...] a nível de Câmara dos Vereadores, Assembléia Legislativa, isso poderia nos fortalecer em atuação municipal, em atuação estadual, então a gente precisa realmente desse engajamento [...] E representantes comprometidos com a classe [...] Tem que ter uma pessoa comprometida em estar lá para representar, para não esquecer que a base dele é a Fisioterapia (E. B., 2010).

Olha, eu acho que ainda é muito político nossos conselhos. Eu acho que eles ainda não são muito técnicos. Eu acho que existem grupos, determinados grupos [...] a gente tem que ter o nosso poder político de articular com quem? Com essas pessoas que tem seu assento, entendeu; aí sim. Não é tu sentares na mesa de decisão, que aí eu não sei até em que nível a gente conseguiria isso. Acho que não existe cadeira para lálálá não, mas nós temos que nos inserir em algum grupo. Um grupo, onde as pessoas passam, a saber, o que é Fisioterapia. Não cara! Sabe, o médico mesmo [...], a gente vai estar lá, junto com ele e aí o sindicato dos hospitais vão saber que ele vai lutar por nós também. Assim, eu não vejo que haja necessidade de ter uma cadeira de Fisioterapia, [...] Não é ter assento de Fisioterapia, porque também senão a gente volta aqui para essa pergunta aqui, olha, do... [...] do interesse individualizado [...] Eu acho assim... [...] tens que te inserir não como fisioterapeuta, tu tens que te inserir como profissional de saúde de uma equipe. Então eu acho que a gente não tem que ter isso como um objetivo: ter um assento da Fisioterapia. [...] Eu acho que a gente tem que amadurecer para gente poder assentar lá para estar representando um Município, um Estado. [...] Por exemplo, o Fernando Henrique, ele era um Sociólogo, ele não fortaleceu a profissão dele? [...] (R. H., 2010).

Como se pôde observar, o fisioterapeuta ainda não tem o engajamento político necessário que lhe dê suporte suficiente para as lutas de classe de forma mais expressiva e decisiva. Há um contínuo esforço dos CREFITOS e do COFFITO em luta de algumas causas político-ideológicas dentro de suas alçadas. Porém, seus poderes não são absolutos diante dos grupos políticos da Área da Saúde mais organizados, como é o caso da classe médica. O Ato Médico é uma das grandes manifestações que põe em xeque, a necessidade urgente de organização, mobilização e envolvimento político da classe de fisioterapeutas em defesa do seu espaço arduamente conquistado, e a ser conquistado, na arena da Saúde Pública.

### **3.3. A Situação do Fisioterapeuta nas Políticas Públicas de Saúde em Belém**

Nas Políticas Públicas de Saúde de Belém, o fisioterapeuta municipal ainda necessita trilhar seu caminho, com mais firmeza de propósito, para concretizar a Fisioterapia no SUS. Estando quase que totalmente alicerçado no nível de atenção terciária, precisa se mobilizar para aprofundar-se nos demais níveis de atenção à Saúde. Uma das formas de mobilização que precisa empregar é unir forças em entidades, associações, cooperativas, sindicatos, comprometidos com a ética, dignidade e respeito pela Fisioterapia como profissão. Profissão esta que tem um compromisso social amplo com sua comunidade; que tem o dever de cuidar de sua sociedade, a partir dos seus conhecimentos, aperfeiçoados a cada momento evolutivo.

O fisioterapeuta municipal configura-se como mais um elemento da rede de profissionais que devem estar engajados na defesa e funcionamento do SUS, para uma sociedade mais justa e fraterna. Além disso, é fundamental o exercício do fisioterapeuta, no que Sampaio (2005) denomina as dimensões básicas do cuidado em Saúde, para sedimentar a Fisioterapia dentro das PPS:

**A da competência técnica**, que envolve a formação profissional e a condição de exercício do cuidado, desde o salário do trabalhador até o espaço físico do posto de trabalho; **a da competência narrativa**, que envolve a capacidade de observar e respeitar a subjetividade do outro, valorizando a história irrepitível do outro; **e a competência relacional**, que envolve a formação para a cidadania, superando a mera compaixão, o favor ou a troca mercantil, fazendo com que o trabalhador em saúde e seu cliente estabeleçam um vínculo entre dois cidadãos, e, deste modo, o trabalhador não pode ter a arrogância ou a frieza burocrática de não tratar com cuidado, qualidade e sensibilidade (SAMPAIO, 2005, p. 09).

Algumas destas dimensões, para certo número de fisioterapeutas municipais entrevistados, já é uma realidade, enquanto as demais dimensões estão em processo de formação. Porém, encontram-se entremeados, profissionais sem estas competências básicas no cuidado com o outro, comprometendo a imagem da Fisioterapia como um todo perante outros Profissionais de Saúde. Vejamos um exemplo com estas falas:

Pelo que eu fico sabendo das outras pessoas... mas também as pessoas falam muito mal também né. Falam mais mal do que bem [...] então, a nossa reputação no meio do médico... no meio médico que eu digo, no meio hospitalar. Todo mundo, técnico de enfermagem, enfermeiro, é muito mal falada. [...] É a atuação do fisioterapeuta. Por exemplo, o médico pede uma solicitação do fisioterapeuta, uma avaliação. O fisioterapeuta às vezes nem vai avaliar. Vai no prontuário do paciente, bota bonitinho lá que fez tudo bonitinho, mas na verdade nem foi fazer, entendeu? Isso acontece e muito, principalmente no SUS. [...] a falta de responsabilidade do fisioterapeuta. [...] Então, todo mundo tá olhando, observando e falando mal. [...] Ah, porque o fisioterapeuta não sei da onde não faz isso, o fisioterapeuta não sei da onde chega assim, o fisioterapeuta de não sei o quê só faz isso, então tem muita, mas muita reclamação (C. M., 2009).

Diante do relato de um dos entrevistados, observa-se que a Fisioterapia precisa ter cuidado com o traçado do seu caminho. Por ser uma profissão nova, precisa estar constantemente se provando necessária, competente e oportuna. Seus agentes devem ser cuidadosos em suas atuações, compromissados em suas práticas e coerentes nas suas atitudes e discursos.

[...] eu atribuo tudo isso a uma profissão nova, que a gente não pode achar que a nossa profissão ela é muito antiga, ela não é muito antiga, ela é muito nova [...] Então eu atribuo um pouco a questão do que... de você estar realmente mostrando a que se é [...] a que nós estamos aqui, o que é que a gente faz. Então eu acho que nós ainda somos pioneiros sim e que a gente tem que estar provando a cada dia o que é que a gente faz, ainda hoje. Então hoje, quando a gente chega no serviço, a gente ainda tem que estar dizendo assim: "olha, eu reduzo custo; ah, olha, eu posso integrar uma equipe; ah, isso também tem a ver com Fisioterapia; ah, olha, Fisioterapia também é isso, não é só massagem, não é só quem quebra o braço", tás entendendo [...] Porque eu acho que a gente tem que ter a nossa colocação enquanto fisioterapeuta, enquanto profissional de saúde, mas enquanto cidadão. Isso a gente só conquista, muitas conquistas. Hoje quando a gente olha pro lado, poxa, tem fisioterapeuta em tal lugar, pô cara, não tinha! Em hospital, né! Então eu acho que é isso que a gente vem construindo. Por que que não pode chegar pronto? Porque é construído. É novo? É novo, então a gente ainda está engatinhando, mas a gente vai chegar lá. É isso que eu vejo do futuro. Eu acho que é concretizar tudo isso que a gente [...] é... eu acho que a gente ainda está só plantando (R. H., 2010).

Todavia, no discurso dos entrevistados, encontraram-se profissionais sem aquele compromisso com seus assistidos e com a instituição que trabalham. Seus trabalhos permeavam uma dinâmica, como bem definiu Sampaio (2005) "operativa, pontual e mecânica" (p. 14), com o intuito final de só ganhar seu dinheiro e ir

embora. Afinal, o SUS paga muito pouco ao fisioterapeuta, pelos procedimentos fisioterapêuticos executados.

Na área de CTI, por exemplo, eu não acredito que o fisioterapeuta tenha que chegar tarde, atender rápido e ir embora. Eu acho que não existe. Fisioterapia em terapia intensiva, já se diz o nome. O nome do setor é terapia intensiva. Então ele tem que ficar lá, intensivo com o paciente, porque a qualquer momento, ele pode vim fazer alguma intercorrência que, vai lá que o fisioterapeuta precisa atuar, entendeu. [...] Quer dizer vai, vai, aí pula pro outro, vai pro outro. Aí, tipo assim, atendeu todos, acabou, pronto. Eu acho que isso não existe (C. M., 2009).

[...] eu acho que a Fisioterapia ainda precisa de algumas coisas; por exemplo, aqui a gente enfrenta algumas dificuldades quando se trata de procedimentos de Fisioterapia. Os procedimentos, eles são muito vagos ainda. A gente trabalha... a gente nunca consegue trabalhar com uma coisa específica. Então se eu quiser colocar, se eu quiser mandar um paciente para fazer neuro fora, eu nunca consigo colocar uma coisa específica porque parece que os nossos procedimentos são sempre baseados nos procedimentos médicos [...] (M. N., 2010).

Outros, porém, encontravam-se completamente envolvidos, mobilizando-se em áreas que, *a priori*, fugiam de suas alçadas. Mas o que estava importando naquele momento, era a pessoa necessitada em seu processo subjetivo:

[...] uma moça que passou o caminhão em cima dela, no quadril, ela ficou logo em seguida grávida e aí pra ela vir para cá ela tinha que bancar tudinho. Ela vinha nos procurar e aí a gente dizia: "não, tem que fazer assim sabe". Colegas daqui: "não, vamos fazer isso, mobilizar". A gente acionava um monte de coisa, tudo que a gente podia fazer pra poder ajudá-la. Já, só já não era só a nível de Fisioterapia, sabe, uma equipe mesmo todinha se mobilizava aqui para poder ajudá-la. Mas é assim, pontual aqui, pontual ali, porque não dá para agradar a todos porque senão fica difícil. É muito difícil. É uma demanda muito grande (M. L., 2009).

O SUS é um sistema envolto em problemas. Aliado aos casos de excesso de burocracia, escassez de recursos, esperas intermináveis para um atendimento, dentre outros; ele ainda tenta funcionar, mesmo que as soluções sejam efetivadas na pressão, de forma emergencial, imediata e espontânea, tentando calar o grito da necessidade pretérita.

Apesar desta estrutura nefanda, os fisioterapeutas municipais ainda encontram boas motivações para continuar atuando com disposição no Serviço Público Municipal. Mesmo que as desmotivações sejam mais numerosas que as motivações em si, os relatos dos entrevistados demonstram estas gradações da atuação no Município.

Entre as motivações, o surpreendente e louvável, é o amor que os profissionais demonstraram em relação à Fisioterapia. Em seu cerne, ser fisioterapeuta é querer cuidar do outro, ajudar o outro a buscar minimamente seu

bem-estar, com a aplicação dos seus conhecimentos. Descartando as exceções, todos gostavam do que faziam e se dedicavam, apesar de todas as atribuições que envolvem o Serviço Público.

Eu só tenho uma motivação aqui. Na verdade duas. Uma, tem a ver com que todo mundo deveria ter, que todo mundo deveria ter essa motivação que é: prestar serviço e ajudar as pessoas. A minha motivação ainda tem essa motivação. Ainda tenho e espero não perder tão cedo. Outra motivação, a segunda, é a parte financeira, porque o serviço público ainda é o melhor que paga. Então, quem trabalha em prefeitura, quem trabalha em governo, sendo contratado ou não, é o que melhor ganha. [...] Então a 1ª motivação é trabalhar, é servir às pessoas que estão necessitadas, que é para isso que a gente faz um curso, que é para isso que a gente se forma né, fisioterapeuta. Então todos da área de saúde se formam com esse objetivo; pelo menos deveriam ser. E a 2ª motivação é a parte financeira, no serviço público (C. M., 2009).

As motivações. Eu acho que saúde tem de ser uma coisa pública mesmo né, então eu acho que é função nossa, como profissional de saúde, servir ao público em primeiro lugar. A particular é outra coisa. A filosofia do SUS preconiza isso. Eu acho que a gente tem mesmo que participar, a gente tem.. isso muito me motiva. Tratar o paciente como um todo, sair daquela visão antiga, que era o médico, era a enfermeira e isso acaba motivando mais. Então eu acho mesmo que a gente tem que, como profissional de saúde, a gente tem que ser voltado pro público, em primeiro lugar, serviço público né. Isso é o que mais motiva (E. C., 2009).

Eu acho que a principal motivação da atuação no setor público é a estabilidade. Hoje a gente sabe que, por conta de toda uma situação mundial que nós estamos passando, a instabilidade profissional é muito grande. Então você tá no serviço público, pelo menos ele te dá essa estabilidade. E posso também dizer que, eu acho que, em termos de remuneração que nós temos na prefeitura de Belém, enquanto profissionais atuantes no X, eu não posso falar de outras áreas de atuação, [...] nós, comparativamente, claro que não é o ideal, que ninguém quer, que ainda falta muito para gente chegar aonde realmente seria uma condição justa de remuneração, mas se você for comparar com outras, com outras unidades, com outras instituições, eu acho que a gente tem uma boa remuneração. Então a motivação maior seria isso (E. B., 2010).

Olha, é como eu tinha te falado, as minhas motivações são pessoais assim. Eu trabalho no serviço público porque eu gosto. Eu trabalho no serviço público porque eu me identifico com o trabalho, com o público que eu trabalho e eu sempre acho, eu sempre vejo o copo meio cheio, eu evito ver o copo meio vazio. Eu sempre prefiro ter uma visão otimista das coisas, então, a minha motivação, às vezes, a gente pensa que é pouco, mas às vezes a gente tá aqui, trabalhando no serviço público e ouvir de um X assim, que há muito tempo ele sentia aquela dor e que agora ele tá melhor. É isso entendeu, além da gente estar fazendo o que a gente gosta, a gente poder ter, observar nas pessoas que o seu serviço foi bem feito [...] (M. N., 2010).

Quanto às desmotivações, que ultrapassaram, e muito, o número de motivações, são os velhos e perenes problemas que envolvem a Saúde Pública como um todo. Falta de infraestrutura física; falta de material; de reconhecimento e valorização profissional; regularização das relações de trabalho via concursos públicos, funcionalidade, estrutura organizacional, gestão, entre tantos outros.

A desmotivação, quais são? São essas todas essas complicações que a gente tem de origem política, de problemas políticos, que a gente não tem recursos, que a gente não tem os incentivos a mais que algumas áreas têm, ao nível do município, mas, por exemplo, tem hospitais que investem num fisioterapeuta. Um X, às vezes investe num fisioterapeuta. Paga cursos para o fisioterapeuta, paga congressos para o fisioterapeuta, [...] a gente não tem e que se torna uma desmotivação, entendeu. Não existe plantão extra, não existe nada, [...] para aumentar nosso trabalho, para melhorar cada vez mais, a gente quer buscar mais para trabalhar melhor. Se não tem tudo isso, você não vai querer se melhorar vai! [...] Para quê você vai se melhorar tanto? [...] Para quê você vai buscar mais conhecimento, correr mais atrás, já que você não vai ter nenhum reconhecimento depois? (C. M., 2009).

O que desmotiva é, às vezes, a pouca importância que se dá a outros serviços que não sejam só o médico, portanto, te enquadra muitas vezes, te coloca num serviço porque o SUS recomenda isso né, porque o SUS é bem completo, é bem legal. Mais também é por causa disso, não é porque te acham tão importante assim [...] Então se tá lá, muito bom, porque até vai ajudar muita coisa. Se algum momento mudou e tal, se não quer mais, então acabou. Então isso acaba desmotivando um pouquinho, mas eu acho que isso é um pouquinho culpa da gente não é. A gente quer trabalhar, a gente quer ter um emprego, mas a gente acaba não se dando o devido valor, nós fisioterapeutas. Então no nível que eu estou, ótimo, eu vou fazer o que eu sei, sabe. Então como classe, isso também é uma coisa que desmotiva, essa falta de organização como categoria, acaba levando a divisão. Se nós tivéssemos uma categoria mais organizada, as outras pessoas iriam dar um outro tipo de valor, iam ter um outro olhar e nós também poderíamos ficar mais motivados a trabalhar no serviço público, que não é ruim. É muita coisa que a gente faz no serviço público que no particular não faz. [...] (E. C., 2009).

Desmotivação seria essa falta de estrutura. Estrutura física, estrutura logística, infraestrutura geral, para gente desenvolver realmente um trabalho que acabasse mostrando a importância e os serviços de suporte tão, para um entrosamento até multiprofissional mais adequado, que a gente pudesse, através dessas atuações, mostrar a importância da profissão e onde ela poderia ser inserida. E a outra desmotivação também seria essa luta da gente que nunca é entendida por uma maior inserção, nas 3 esferas. Também falta de representante, municipal, estadual e federal, dentro das PP (E. B., 2010).

E as minhas desmotivações vem o lado financeiro, vem o fato de você sempre ter que quebrar muitas barreiras para conseguir alguma coisa mínima que seja. [...] você quer fazer o que você pode pelo paciente, você quer fazer o que você quer, mas você nunca pode fazer aquilo. Então se eu quiser colocar, sei lá, um aparelho aqui, eu não consigo, porque eu tenho que fazer isso, isso e isso, e eu não consigo oferecer um serviço de qualidade para ele porque está me faltando alguma coisa. A dificuldade que a gente tem é até no próprio atendimento. Assim, é muito burocrático, depende dos médicos e os médicos às vezes não colaboram. A gente quer devolver um paciente para eles, eles não aceitam, mas eu acho que é muito político mesmo, [...] pública mesmo, de você não conseguir as coisas que você quer. Tem que matar mil dragões para conseguir uma coisinha, então essa é a desmotivação que você, [...] eu tô me virando para fazer isso e eu não consigo, simplesmente porque o cara não assinou [...] (M. N., 2010).

Desmotivação é tudo. O total desrespeito, o total desamparo pelo poder público mesmo. A gente não tem nenhum suporte para trabalhar, nenhum e eu acredito que isso seja generalizado, não sei te falar em nível de Estado, nada, mas a nível de Prefeitura, as queixas são gerais e eu tenho certeza que não é só no serviço onde eu estou. Essas queixas são gerais, então desmotivação é isso, [...] A gente trabalha com o mínimo possível tá, eu



acredito que até se houvesse uma mobilização, uma atuação mais efetiva de conselho de Fisioterapia, muita coisa por aí já estava fechada, já não estava mais nem acontecendo, porque o nível tá muito desgastado [...] o salário, ele passa, com certeza, pela desmotivação (R. R., 2010).

Neste entremeio, alguns aspectos, dependendo da condição trabalhista que o fisioterapeuta se encontrava, poderiam ser agentes de motivação ou desmotivação. Salário, carga horária, benefícios, entre outros.

Muita coisa que a gente faz aqui, particular não faz, então é para isso mesmo que a gente está aqui, então isso é uma motivação. [...] salário passa pela motivação. A gente não é qualquer empregado, a gente é profissional. A gente precisa ter um salário adequado. O salário no serviço público ele tá longe de ser o ideal, mas também não é tão baixo assim. Acaba sendo melhor que o particular, para gente fisioterapeuta então, é bem melhor. Talvez outra categoria possa falar ao contrário né. Para gente não. Acaba motivando sim. É um dos motivos de eu estar aqui (E. C., 2009).

[...] é o local, bem ou mal, sabe, nessas condições que nós estamos vivendo aqui, que ainda acaba aceitando todo mundo e no final, acaba também isso motivando sabe ao mesmo tempo que desmotiva. Não, isso prepara a gente aqui para ser jogado lá no Xingu, lá na mata do Xingu mesmo, porque passou aqui tá preparado para tá lá, porque realmente aqui é difícil. [...] o salário, é importante sim, mas não é que seja um ponto assim para desmotivar. Claro que poderia ser assim bem mais ser melhorado, tanto é que se fosse olhar pelo salário acho que a maioria não estaria nem aqui. Então eu acho que ele concorre, mas pelo menos para mim não é o ponto, sabe...pra ser honesta eu nunca me passou na cabeça; agora que tá despertando isso para mim. É.. o quê que eu podia estar...esse salário para ficar ali, aturando tudo aquilo, nunca passou! Inclusive um dia nós estávamos conversando, eu, mais a colega, e ela estava falando: "já passei tanta dificuldade aqui, que eu já vinha para cá quase que chorando". Eu brigava. Eu não desisti porque meus pais: "não desiste, continua, continua, era uma luta". Aí eu olhei para ela e disse assim mesmo: "eu posso te falar uma coisa. Eu nunca vim para cá com raiva". Mas é desse jeito, sempre vim com muito carinho para cá. Creio que nasci mesmo para ser fisioterapeuta, essa é a verdade (M. L., 2009).

Ainda assim falta aquele envolvimento necessário do fisioterapeuta municipal com seu entorno e as dificuldades que permeiam seu trabalho em Saúde. Isto quer dizer, o fisioterapeuta estar envolvido, numa visão macro de seu papel social, sendo o Profissional de Saúde-Cidadão, ou seja, ser aquele profissional que se preocupa, a partir do seu exemplo, em modificar o perfil social de sua comunidade com sua influência cidadã.

Eu acho que falta a gente se inserir, nós mesmos, nossa consciência. Acho que vem da nossa formação, a gente se inserir enquanto profissional de saúde. Saúde no contexto maior, no contexto de cidadão. A saúde de não jogar o lixo na rua porque aquilo vai trazer o rato, que vai trazer a doença, que quando chove tu pisas e pega leptospirose. Então eu acho que nós da Fisioterapia, eu acho que é isso que a gente ainda... falta a gente conquistar isso entendeu. Da gente ser profissional de saúde, mas o profissional de saúde cidadão (R. H., 2010).

Na mesma medida em que o fisioterapeuta municipal ainda tem que mostrar a que veio, também tem que mostrar onde ele pode se inserir, em toda a dimensão da sociedade. Acessibilidade, auditoria, finanças, estética, reciclagem, comportamento humano, etc. Palavras que parecem distantes da realidade e do dia-a-dia do fisioterapeuta municipal, que ele mesmo ainda desconhece, mas que dentro de sua profissão poderia se lançar sem medo do futuro. No SUS, estas palavras podem ser postas em prática quando o fisioterapeuta municipal tridimensionar a visão de suas capacidades dentro do SUS.

[...] quando a gente pensa na acessibilidade, seja ela em que setor seja, o fisioterapeuta, ele é imprescindível [...] por exemplo, tem uma criança que ela é atendida no Sarah? Tem, tudo bem, mas por exemplo, quem é que vai adaptar a casa dessa criança; quem é que dá acessibilidade para essa criança? Então, a Fisioterapia, ela entra inclusive nisso. A prefeitura deveria ter na sua Secretaria de Urbanismo fisioterapeuta? Vários, vários. Por que deveria ter nessa Secretaria de Urbanismo? Poxa, ele não vai ter que construir as calçadas, ele não vai ter que adaptar as praças? Vai. Então, nós, técnicos, a gente tem que, infelizmente convencê-los no sentido de que eles vão gastar menos. Não é dizendo assim, olha, é melhor para população, porque isso ninguém escuta. A gente tem que ser: "olha, tu vais gastar menos". "Faz isso que é mais barato", entendeu. "Poxa, tu estás gastando muito, bora economizar, entendeu. Então quando nós fomos explicar o custo disso tudo, entendeu [...] E aí, o gestor, ele começa a perceber e aí ele diz: "é mesmo, eu vou economizar". "Eu vou internar menos, porque a criança vai fazer a Fisioterapia Respiratória", entendeu. A gente viu o número de internamento de crianças com Paralisia Cerebral. Como se movimenta pouco, vive internada, e vive no médico e vive no não sei quê e pede auxílio no não sei quê e pede bolsa de não sei quê e pede não sei quê e aposenta o pai, o pai não trabalha, a mãe não trabalha, tá entendendo, então, tu tens que infelizmente ir no bolso e dizendo que eles vão ganhar. Não que eles vão pegar lugar no céu porque isso tudo não comove. Então, nesse momento a gente sabe que o fisioterapeuta, ele tem um papel fundamental dentro dessa hierarquia que existe dentro do SUS (R. H., 2010).

Afirma-se com isso que, todos estes fatores discutidos até aqui podem se configurar como os aspectos que caracterizam o processo de construção da Fisioterapia nas Políticas Públicas de Saúde em Belém. O fisioterapeuta faz parte deste universo em construção. Há espaço, campo, necessidade e até urgência do fisioterapeuta na esfera do Município, pois a realidade escancara este imperativo. Falta união, força política da classe e pressão nos meios governamentais para a Fisioterapia aumentar seu grau de penetração nesta seara e fincar-se definitivamente no âmbito das Políticas Públicas de Saúde em Belém.

## CONCLUSÃO

Este estudo foi desenvolvido em três capítulos para compreensão da importância do fisioterapeuta municipal na arena das Políticas de Saúde em Belém. No capítulo I a ênfase foi dada ao surgimento da Fisioterapia, desde sua base, que é a Saúde Pública, passando pela sua constituição histórica, e se estreitando até a realidade belenense atual. No capítulo II, foram consideradas as representações sociais da Fisioterapia, pois são elas que constroem o teor evolutivo de como esta profissão vem se configurando no cenário da Saúde de Belém. No terceiro e último capítulo, o destaque ficou com o arranjo do fisioterapeuta municipal e seu papel básico e pontual, porém relevante, na edificação da Fisioterapia enquanto força política no campo da Saúde Pública de Belém.

Nosso principal objetivo foi investigar as contribuições da Fisioterapia no SUS, a partir da atuação do fisioterapeuta municipal de Belém. Este profissional, teoricamente sendo um dos promotores do alicerce da Fisioterapia no Serviço Público, ainda se encontra em fase de aprimoramento e de descobertas nesse campo para que sua profissão adentre definitivamente as Políticas Públicas de Saúde de Belém. Motivos não faltam.

O processo de formação acadêmica corrobora este fator, pois este ainda se atravanca no continuísmo do passado. Além disso, formam-se profissionais sem uma visão crítica mais apurada do meio em que vivem, espelhados num modelo acadêmico médico, de caráter elitista e individualista. Este modelo é reforçado e ajustado ao sabor do sistema político-econômico vigente no país, que prioriza o mercado. No mundo do trabalho são lançados milhares de profissionais formados, em sua maioria, num sem-número de instituições de ensino privadas. Nestas instituições, suas políticas educacionais muitas vezes são voltadas quase que somente ao ensino e a extensão. Seus interesses tendem a priorizar o mercado em detrimento da pesquisa, aspecto que os próprios entrevistados reconhecem.

Teoricamente, o SUS é a perfeita concepção do altruísmo social. No entanto, ainda se encontram atores sociais, como alguns gestores, dirigentes e políticos responsáveis em agilizar o seu funcionamento, descompromissados com o Sistema, que acaba emperrado, principalmente em relação a questão orçamentária e de gestão. Deste modo, o SUS não consegue cumprir seu propósito na íntegra,

que é oferecer Serviços em Saúde de forma integral, equânime e universal, com eficácia e resolutividade, aos problemas de saúde da população.

Uma das hipóteses elucidadas neste estudo, de que a Fisioterapia ainda não se encontra definitivamente atrelada às Políticas Públicas de Saúde em Belém, foi ratificada quando esta profissão, no âmbito do Município, também sofre o reflexo de um Sistema asfixiado em si mesmo. O SUS padece com grandes barreiras, inclusive com a possível falta de compromisso de alguns dos nossos líderes governamentais, enfatizada até mesmo pelos sujeitos da pesquisa, que sentem estas dificuldades em seu dia-a-dia. Neste encalço, seguem em ritmo de cascata, as problemáticas da falta de planejamento em Saúde que não se efetua na prática.

Não fugindo ao arquétipo da relação Estado e Saúde da população, as Políticas Públicas de Saúde de Belém para a realidade da Fisioterapia, são apenas mais uma amostra de como está configurada a Saúde no país. Entre as esferas governistas, seguindo uma organização em grandeza escalar decrescente, o Município precisaria chegar na ponta do Sistema, ou seja, junto da população, tentando garantir o que de mais próximo deveria ficar dela - a Atenção Básica. Este foi um dos achados da pesquisa. O destaque dado à Atenção Básica confirma que ela não funciona a contento, pois seu forte não são as ações de Promoção e Prevenção à Saúde. O que era para funcionar num processo sucessivo e fluido, de atenção às demandas diversas da população de Belém, estrangula-se logo no começo, ou seja, no acesso da população ao Sistema de Saúde. O resultado são os consecutivos sufocamentos, do que poderia ser uma Rede eficaz de Atenção em Saúde a esta população.

O fisioterapeuta do Município tem certa responsabilidade sobre esta questão quando ainda não definiu seu lugar no SUS. Infelizmente, o fisioterapeuta ainda não se localizou; não se colocou completamente do lado do servir socialmente, pois ainda não se deu ao trabalho de conhecer mais profundamente o SUS. Este achado diz respeito a um dos objetivos específicos que a pesquisa procurou retratar: verificar os saberes dos fisioterapeutas acerca de sua profissão no contexto do SUS. Sem esse *know-how*, questionar e exigir fica mais difícil, assim como lutar com mais afinco pelo seu lugar no Serviço Público, como Profissional de Saúde tão importante quanto o Médico e outros profissionais, para a Saúde da população.

Esta situação indica também que o fisioterapeuta municipal carece de propósito político-social para um maior engajamento da Fisioterapia no SUS de Belém. Esta hipótese é confirmada porque o fisioterapeuta municipal não deslança suas ações para a grande ascensão da sua profissão no SUS, como vimos no capítulo III. Esta falta de propósito decorre de uma carente formação universitária mais politizada, mais voltada às demandas sociais, de professores e profissionais atuantes, dando exemplo de militância em favor da Fisioterapia.

As mobilizações realizadas entre os fisioterapeutas municipais atem-se muito a sua atuação particular no campo profissional. Este fator foi observado em um dos objetivos específicos da pesquisa, que procurou verificar como o fisioterapeuta municipal mobilizava-se em seu cotidiano profissional para o fortalecimento da Fisioterapia no SUS. Segundo o relato de muitos dos entrevistados, o fisioterapeuta ainda é muito técnico, procurando seu reconhecimento profissional somente pelas vias intervencionistas da relação terapeuta-paciente. Falta-lhe descobrir os caminhos da participação política mais engajada, mais ampla, com representantes fisioterapeutas na arena parlamentar. Só assim, alarmando, bradando, aparecendo no cenário político e fazendo acontecer na e com a população é que os entes governamentais poderiam tornar-se mais pró-ativos, por força da pressão popular e por representatividade política significativa.

Aliado a este fator, a categoria poderia também atuar na carreira docente com um papel mais decidido, de formador de opinião, entre aqueles que serão futuros profissionais. Além disso, adentrar outras searas. Até o momento, em alguns locais, o fisioterapeuta ainda é considerado desnecessário; é preciso provar contraditoriamente sua essencialidade. O resultado seria o decisivo atrelamento da Fisioterapia ao SUS de Belém, a começar pelo Município. Entretanto, não é o que ocorre, ainda.

Quanto à construção da Fisioterapia nas Políticas Públicas de Saúde em Belém, podemos dizer que a Fisioterapia é uma profissão jovem na área da saúde, quando comparada a outras profissões deste campo. Apesar disto, seu processo de consolidação segue em ritmo acelerado, em função dos inúmeros resultados baseados em evidências, tanto nas manifestações alardeadas por cada paciente atendido, quanto pela crescente produção e divulgação científica.

Dentre outros achados na pesquisa, ratificamos mais uma das hipóteses lançadas. O fisioterapeuta municipal, em seu cotidiano profissional, continua atuando mais em nível terciário, pouco contribuindo para a relevância da Fisioterapia nos outros níveis de atenção. Seus resultados ainda ocorrem mais na Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade. A Fisioterapia já está consolidada no Nível Terciário, porém sua entrada, principalmente em Nível Primário e Preventivo ainda precisa aparecer, mostrar-se necessária para que, tanto a população quanto os demais Profissionais de Saúde, que trabalham numa dimensão multiprofissional com o fisioterapeuta, sintam a essencialidade desta profissão no Serviço Público, em todas as esferas governamentais.

O fisioterapeuta já conquistou um espaço respeitável no campo da Saúde de Belém. Contudo, estes avanços ainda causam muita insegurança, desconforto e individualismo em diferentes membros de um corpo profissional das Instituições Públicas de Saúde e congêneres. As hegemonias, preferências e "louros" de outros profissionais, sutilmente vêm sendo desmantelados pelos consecutivos resultados de compromisso e responsabilidade de muitos fisioterapeutas.

A força conjunta desta classe só tende a fortalecer estes propósitos para a profissão. Atualmente e felizmente, o sindicato dos fisioterapeutas conseguiu formar-se. As participações em assembleias ainda são pouco expressivas quando se conhece o contingente de profissionais existentes na capital. Mas os primeiros passos já foram dados e a continuidade, sem perder a esperança, revolverá em favor não só de cada profissional como de toda a população que, certamente necessitará da orientação, apoio e mesmo intervenção do fisioterapeuta, em algum momento de sua vida, para a promoção do seu bem-estar e de uma qualidade de vida mais funcional possível.

O SUS constitui-se como o melhor indicador de uma sociedade equitativa. Todos devem trabalhar em prol de sua contínua melhoria, pois ele foi criado para e em função da sociedade. População, Profissionais de Saúde, agentes administrativos e políticos, todos deveriam unir-se em defesa deste sistema, que beneficia invariavelmente o país como um todo, sinalizando este esforço em sinônimo de democracia. O fisioterapeuta é um dos membros capitais deste exército democrático em favor da Saúde de todos.

## REFERÊNCIAS

A AMAZÔNIA. [S.l.: s.n.], [entre 1998 e 2009]. **Órbita Starmedia**. Disponível em: <<http://orbita.starmedia.com/geoplanetbr/amazonia.html>>. Acesso em 25 out. 2009.

AGÊNCIA Pará. Webconferência vai falar sobre tratamento da hanseníase. **Conselho Regional de Farmácia**, Pará, jan. 2007. Seção Notícias. Disponível em: <<http://www.crfpa.org.br/Noticias/janeiro%202007/2201not637.htm>>. Acesso em: 26 out. 2009.

A INQUIRIÇÃO à situação do operariado. In: GRAÇA, Luís. História da Saúde no Trabalho. **A situação do operariado no final da monarquia (1909-1910)**. Lisboa, 1999. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos79.html>>. Acesso em: 18 out. 2009.

A SAÚDE como garantia fundamental e a política pública como seu limite. Rio Grande do Sul. [entre 2000 e 2010]. **Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/doutrina/id537.htm>> Acesso em: 18 mar. 2010.

ACUPUNTURA é especialidade fisioterapêutica. **O COFFITO**. São Paulo, n. 10, p.31, mar. 2001.

ALVES, Micarla Xavier. Émile Durkheim. [2010]. Disponível em: <<http://jornalista.tripod.com/teoriapolitica/2.htm>>. Acesso em: 04 jul. 2010.

AMORIM, Ricardo Braga de. **A construção do sistema único de saúde (SUS) e a inserção do profissional fisioterapeuta nas unidades básicas de saúde**. 2004. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2004.

ANTUNES, Ricardo L. C. **O que é sindicalismo**. São Paulo: Brasiliense, 1985. 96 p. (Coleção primeiros passos; 24).

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, v. 1, 2008, 215 p.

AZEVEDO, Andréia da Silva; SERRÃO, Carla Cristina A. **Uma análise do curso de Fisioterapia no estado do Pará no período de 1985 a 1997**. 1997. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 1997.

BARATA, Luis Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, jan./mar. 2004.

BARROS, Fábio Batalha Monteiro de. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 941-954, abr. 2008.

BARROSO, Regina Fátima Feio. A universidade e as políticas públicas de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n.3, p. 371-372, jul/set. 2007.

BENEDITO, Marcus. Pacientes agonizam sem atendimento em Belém. **Além da Frase: políticas e derivados**, Belém, 13 jul. 2009. Disponível em: <<http://alemdafrase.blogspot.com/2009/07/pacientes-agonizam-sem-atendimento-em.html>>. Acesso em: 17 ago. 2009.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1169](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1169)>. Acesso em: 14 mar. 2008.

BOTAZZO, Carlos. **Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada**. São Paulo: EDUSC, 1999, 238 p. (Coleção Saúde Sociedade).

BOTSARIS, Alex. Salutogênese: você sabe o que é? In: **Medicina complementar: dicas para a sua saúde integral**. [S.l.]: Vyaestelar, 1999. Disponível em: <<http://www1.uol.com.br/vyaestelar/salutogenese.htm>>. Acesso em 21 set. 2007.

BRASIL. Decreto-lei n. 938, de 13 de outubro de 1969. Dispõe sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=507&psecao=5](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=507&psecao=5)>. Acesso em: 10 ago. 2009

BRASIL. Decreto-lei nº. 5.029, de 18 de dezembro de 1958. Provê sobre a criação do Instituto de Reabilitação. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 dez. 1958.

BRASIL. Resolução n. 29, de 13 de dezembro de 1982. Dispõe sobre as normas reguladoras complementares da fiscalização do exercício profissional. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=956&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=956&psecao=9)>. Acesso em: 04 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 60, de 22 de junho de 1985. Dispõe sobre a prática de acupuntura pelo fisioterapeuta e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=987&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=987&psecao=9)>. Acesso em: 04 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 97, de 22 de abril de 1988. Baixa atos complementares à resolução COFFITO 60, que dispõe sobre a prática de acupuntura pelo fisioterapeuta, e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1024&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1024&psecao=9)>. Acesso em: 05 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 122, de 19 de março de 1991. Determina aos conselhos regionais de fisioterapia e terapia ocupacional - CREFITOS, priorizarem a



fiscalização dos órgãos públicos, quer a nível federal, estadual ou municipal, e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1049&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1049&psecao=9)>. Acesso em: 05 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 183, de 02 de setembro de 1998a. Proíbe o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e aquelas empresas cujas finalidades estejam ligadas diretamente aos campos assistenciais da fisioterapia e da terapia ocupacional e registradas no CREFITO da respectiva jurisdição, de cumprir normas, instruções e outras exigências oriundas de empresas de saúde de grupo, de seguro saúde e similares, contrárias à lei federal n.º 6.316, de 17.12.1975 e aos atos regulamentadores estabelecidos nas resoluções do COFFITO, e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1264&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1264&psecao=9)>. Acesso em: 05 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 188, de 09 de dezembro de 1998b. Reconhece a especialidade de fisioterapia pneumo-funcional e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1269&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1269&psecao=9)>. Acesso em: 05 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 189, de 09 de dezembro de 1998c. Reconhece a especialidade de fisioterapia neuro-funcional e dá outras providências **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1270&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1270&psecao=9)>. Acesso em: 05 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 201, de 24 de junho de 1999. Dá nova redação ao art. 1º da resolução COFFITO-97 (D. O. U. n.º 090, de 16.05.88, Seção I, Pág. 8.506), que dispõe sobre a prática da acupuntura pelo fisioterapeuta, e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1373&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1373&psecao=9)>. Acesso em: 05 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 211, de 17 de agosto de 2000. Veta o exercício profissional da fisioterapia aos portadores de certificados de cursos sequenciais e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1293&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1293&psecao=9)>. Acesso em: 07 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 220, de 23 de maio de 2001. Dispõe sobre o reconhecimento da quiropraxia e da osteopatia como especialidades do profissional fisioterapeuta e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1302&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1302&psecao=9)>. Acesso em: 07 set. 2009.

BRASIL. Resolução CNE/CES 4, de 19 fevereiro, 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fisioterapia. **Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 259, de 18 de dezembro de 2003. Dispõe sobre a fisioterapia do trabalho e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1341&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1341&psecao=9)>. Acesso em: 07 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 260, de 11 de fevereiro de 2004a. Reconhece a especialidade de fisioterapia traumato-ortopédica funcional e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1342&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1342&psecao=9)>. Acesso em: 07 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 267, de 22 de maio de 2004b. Cria o CREFITO-12 e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1349&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1349&psecao=9)>. Acesso em: 27 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 318, de 30 de agosto de 2006. Designa especialidade pela nomenclatura fisioterapia respiratória em substituição ao termo fisioterapia pneumo-funcional anteriormente estabelecido na resolução nº 188, de 9 de dezembro de 1998 e determina outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1400&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1400&psecao=9)>. Acesso em: 12 set. 2009.

BRASIL. Resolução 337, de 08 novembro, 2007. Reconhece a especialidade de fisioterapia esportiva e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1419&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1419&psecao=9)>. Acesso em: 12 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 348, de 27 de março de 2008a. Dispõe sobre o reconhecimento da equoterapia como recurso terapêutico da fisioterapia e da terapia ocupacional e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1431&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1431&psecao=9)>. Acesso em: 12 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 351, de 13 de junho de 2008b. Dispõe sobre o reconhecimento da fisioterapia do trabalho como especialidade do profissional fisioterapeuta e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1610&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1610&psecao=9)>. Acesso em: 12 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 362, de 20 de maio de 2008c. Reconhece a fisioterapia dermato-funcional como especialidade do profissional fisioterapeuta e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1699&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1699&psecao=9)>. Acesso em: 12 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 363, de 20 de maio de 2008d. Reconhece a fisioterapia em saúde coletiva como especialidade do profissional fisioterapeuta e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1700&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1700&psecao=9)>. Acesso em: 12 set. 2009.

BRASIL. Resolução n. 364, de 20 de maio de 2008e. Reconhece a fisioterapia onco-funcional como especialidade do profissional fisioterapeuta e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_pesq.asp?psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_pesq.asp?psecao=9)>. Acesso em: 12 set. 2009

BRASIL. Resolução n. 365, de 20 de maio de 2008f. Reconhece a fisioterapia urogineco-funcional como especialidade do profissional fisioterapeuta e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1702&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1702&psecao=9)>. Acesso em: 12 set. 2009

BRASIL. Resolução n. 367, de 20 de maio de 2009a. Adota o referencial nacional de honorários fisioterapêuticos como padrão mínimo remuneratório-deontológico para o exercício profissional do fisioterapeuta. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1707&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1707&psecao=9)>. Acesso em: 15 out. 2009.

BRASIL. Resolução n. 370, de 06 de novembro de 2009b. Dispõe sobre a adoção da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1764&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1764&psecao=9)>. Acesso em: 25 jan. 2010.

BRASIL. Resolução n. 372, de 06 de novembro de 2009c. Reconhece a saúde da mulher como especialidade do profissional fisioterapeuta e dá outras providências. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1766&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1766&psecao=9)>. Acesso em: 25 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios. **Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. 480 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CAMPOS, Juarez de Queiroz, et al. **Abordagem quantitativa da pesquisa de campo na saúde**. São Paulo: Jotacê, 2001. 160p.

CASTIEL, Luis David; DIAZ, Carlos Alvarez D. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, 136 p.

CEARÁ (Estado). Legislação. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 6ª Região - **CREFITO – 6**. Fortaleza, 1994, 57 p.

CÓDIGO de ética profissional de fisioterapia e terapia ocupacional. Resolução COFFITO-10. **COFFITO**. Brasília, DF. 03 jul. 1978. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/conteudo/con\\_view.asp?secao=26](http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=26)>. Acesso em: 10 jul. 2010.

COFFITO veta registro e exercício profissional de tecnólogo nas áreas em que exerce controle social. **O COFFITO**. São Paulo, n. 16, p.36, set. 2002.

COMISSÃO parlamentar do Coffito discute PL 5979/09. **O COFFITO**. Brasília, DF, 14 dez. 2009. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1770&psecao=7](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1770&psecao=7)>. Acesso em: 30 dez. 2009.

CONFERÊNCIA nacional de saúde: a saúde que temos, o SUS que queremos, 12. **O COFFITO**. São Paulo, n. 20, p. 04-11, set. 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006, 164 p.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL da 6ª região. Legislação: Crefito-6, Fortaleza, Ceará, 1994. 57p.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Fisioterapia? E agora?** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.1apoliclinica.cbmerj.rj.gov.br/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=25>>. Acesso em: 09 dez. 2008.

CURSOS sequenciais não são reconhecidos pelo Coffito. **O COFFITO**. São Paulo, n. 12, p. 35, set. 2001.

DELIBERATO, Paulo César Porto. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações**. Barueri: Manole, 2002. 364p.

DIÁRIO da câmara dos deputados. **PL 4.261/04**. 19 out. 2004. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/Sileg/Prop\\_Detalhe.asp?id=266825](http://www.camara.gov.br/Sileg/Prop_Detalhe.asp?id=266825)>. Acesso em: 20 dez. 2009.

DIAS, Inês Aparecida de Paula. Formação do fisioterapeuta docente: aspectos de formação na contemporaneidade. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, 2005. **Anais eletrônicos...** Cascavel: Santa Catarina, 2005. Disponível em: <<http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau23.pdf>>. Acesso em 24 jun. 2009.

DICIONÁRIO escolar da língua portuguesa. **Academia brasileira de letras**. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008, 1312 p.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007. (Coleção Primeiros Passos; 324), 89 p.

DIRETRIZES curriculares: conselhos profissionais contestam CNE e defendem nos cursos de saúde. **O COFFITO**, n. 14, p. 4-9, mar. 2002.

DOWNIE, Patrícia A. **Neurologia para fisioterapeutas**. São Paulo: Panamericana, 1987, 454 p.

DUFOUR, M. et al. **Cinesioterapia**: avaliações, técnicas passivas e ativas do aparelho locomotor. São Paulo: Panamericana, v.1. 1989, 136 p.

EQUOTERAPIA: recurso terapêutico em discussão. **O COFFITO**. São Paulo, n. 11, p. 04-08, jun. 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2. ed. rev. aum, 1986, 1838 p.

FILHO, Blair José Rosa. História da fisioterapia. **Fisioweb**, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em [http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/historia\\_da\\_fisioterapia.htm](http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/historia_da_fisioterapia.htm). Acesso em: 17 fev. 2008.

FISIOTERAPIA dermatofuncional. **Fisioterapia em Revista**. São Paulo, n. 4, ano III, p. 7, jul. 2003.

FISIOTERAPIA uroginecológica: incontinência urinária e prolapso. **O COFFITO**. São Paulo, n. 14, p.28-32, mar. 2002.

FISIOTRAB apresenta avanços da fisioterapia do trabalho. **O COFFITO**. São Paulo, n. 19, p. 26-29, jun. 2003.

FLEURY, Sônia. Reforma do estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: MATTA, G. C. e LIMA, J. C. F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 410 p.

FONTES. Hélio Augusto Ferreira. **Dor crônica**. Copacabana Runners: corrida e saúde. Seção Corpo e Saúde. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.copacabanarunners.net/dor.html>. Acesso em: 02 jan. 2009.

FÓRUM da reforma sanitária brasileira. **O SUS pra valer**: universal, humanizado e de qualidade: manifesto. Rio de Janeiro, jul. 2006.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, v. 34, n. 121, p. 169-186, jan./abr. 2004.

GIUSTINA, Bianca Dela. **História da fisioterapia e ações multidisciplinares e interdisciplinares na saúde**. 2003. 15 f. TCC (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina, 2003. Disponível em: <<http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/03b/bianca/artigobiancadelagiustina.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2009.

GRAÇA, Luís. Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica. **Escola Nacional de Saúde Pública**. Lisboa, 1996. Texto policopiado. Disponível em: <[http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2\\_hospital.html](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2_hospital.html)>. Acesso em: 20 set. 2007.

\_\_\_\_\_. História da Saúde no Trabalho. **A situação do operariado no final da monarquia (1909-1910)**. Lisboa, 1999. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos79.html>>. Acesso em: 18 out. 2009.

\_\_\_\_\_. Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica. Parte III. Europa: o sistema tradicional. **Textos sobre Saúde e Trabalho**. Lisboa, p. 87, 2000a. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos87.html>>. Acesso em: 18 out. 2009.

\_\_\_\_\_. História da saúde no trabalho. **Repressão, assistência pública e capitalismo liberal**: o contexto europeu sobre saúde e trabalho. Lisboa, p. 23, 2000b. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos23.html>>. Acesso em: 20 out. 2009.

GUSMÃO, Paulo Dourado. **Introdução ao estudo do direito**. Rio de Janeiro: Forense, 12. ed. rev., 1986, 556 p.

HUNT, E. K. **História do Pensamento Econômico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1986. 541 p.

IANNI, Octavio. **Karl Marx**: sociologia. 3. ed. São Paulo: Ática, 1982, 216 p.

JAHARA-PRADIPTO, Mário. **Zen shiatsu**: equilíbrio energético e consciência do corpo. São Paulo: Summus, 1986. 183p.

JUNIOR, Edinaldo Nascimento de Souza; GONÇALVES, Lígia. Rodi; BARBOSA, Mayara Mara Comério. **Estudo do perfil profissional dos fisioterapeutas na cidade de Belém**. 2008. 76 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade da Amazônia, Belém, 2008.

JUSTIÇA federal confirma acupuntura como especialidade do fisioterapeuta. **O COFFITO**. São Paulo, n. 13, p.38, dez. 2001.

LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 504 p.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed., 7. reimp. São Paulo: Atlas, 2009, 315 p.

MARQUES Amélia Pasqual, SANCHEZ Eugênio Lopes. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 5-10, 1994.

MASCARENHAS, Lilian Rose de Souza. **A implantação da fisioterapia no Pará: depoimento.** [29 de maio, 2008]. Belém: Entrevista Direta. Entrevista concedida à formanda em Fisioterapia Mayara Mara Comério Barbosa.

MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS,** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 410 p.

MCKEOWN, Thomas. **As Origens da Doença Humana.** Portugal: Caminho, 1990. 312 p.

MEDEIROS, Soraya Maria de; ROCHA, Semíramis Melani Melo. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** Manguinhos, Rio de Janeiro, 2004, Temas Livres, n. 9, v. 2, p. 399 – 409.

MELLO, Luiza. Afinal, por que essa equação não consegue ser resolvida? **Diário do Pará,** Belém, 07 fev. 2010. Saúde em crise, Série especial, p. 8-9.

MERHY, Emerson E; QUEIROZ, Marcos S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, n. 9, v. 2, p. 177-184, abr./jun.1993. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v9n2/09.pdf>>. Acessado em: 01 out. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 25. ed. rev. e atual. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007, 108 p.

MINAYO, Maria Cecília de S.(org.) **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MINISTÉRIO da saúde. Datasus. CNESnet. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27 jan. 2009.

MINISTÉRIO da Saúde define: presença de fisioterapeuta é obrigatória em UTI. **O COFFITO.** São Paulo, p. 27, dez. 1998.

MOSCOVICI, Serge. Introducción: el campo de la Psicología Social, In: **Psicologia Social I.** Barcelona: Ediciones Paidós, 1984.

NO CHÃO das fábricas, hipertensos e deprimidos. **O Globo,** Rio de Janeiro, 21 fev. 2009. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/mat/2009/02/21/no-chao-das-fabricas-hipertensos-deprimidos-754534903.asp>>. Acesso em: 05 out. 2009.

NOGUEIRA, Maria Luiza de Faria. **Formação de formadores: a formação dos docentes do curso de Fisioterapia da universidade do estado do Pará e ressignificação de suas práticas.** 2000. 83 f. Dissertação (Mestrado em Docência Universitária) – Instituto Pedagógico Latino-Americano e Caribenho/Universidade do Estado do Pará, Belém, 2000.

NOVA tabela das áreas do conhecimento: versão preliminar proposta para discussão. **Comissão Especial de Estudos CNPq, CAPES, FINEP.** Brasília, DF, 2 mar. 2005. Disponível em:

<[www.site.uft.edu.br/component/option,com\\_docman/Itemid.../gid,1462/](http://www.site.uft.edu.br/component/option,com_docman/Itemid.../gid,1462/)>. Acesso em: 03 jul. 2010.

NOVAES, Rivaldo. **Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil**. Texto utilizado no curso de graduação em Fisioterapia da UNISANTA, pela disciplina História da Fisioterapia e Ética, em 1998. [Não Publicado].

NUNES, Aycha. Interior do Pará ainda é carente de fisioterapeutas. **O LIBERAL**, Belém, 05 out. 2009. Trabalho e renda, Caderno poder, p.8.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Revista Interface** (Botucatu) [online]. 1998, vol.2, n.3, p. 107-116.

O PAN em boas mãos. **O COFFITO**. Brasília, n. 26, ano IX, p. 08-11, fev. 2008.

OLIMPIADAS: fisioterapia brasileira presente em Sydney. **O COFFITO**. São Paulo, n. 8, p. 04-09, set. 2000.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007, 184 p.

OLIVER, M.; BARNES, Colin. Disabled People and Social Policy: from exclusion to inclusion. London: Lohg-man, 1998, p 12. In: DINIZ, D. **O que é deficiência**, São Paulo: Brasiliense, 2007, 89 p. (Coleção Primeiros Passos, 324).

ONCOLOGIA: desafio para o fisioterapeuta. **O COFFITO**. São Paulo, n. 06, p 20-25, mar. 2000.

ORSIDA, Débora. SESI divulga diagnóstico da saúde do trabalhador da indústria. **Assessoria de Imprensa do SESI Goiás**. Goiás, 02 mar. 2009. Disponível em: <<http://www.sesigo.org.br/site/noticias.php?codnoticia=1127&modulo=appNoticia&titl e=Not%C3%ADcias>>. Acesso em: 11 ago. 2009.

OSTEOPATIA e quiropraxia: novas especialidades do fisioterapeuta. **O COFFITO**. São Paulo, n. 11, p. 38, jun. 2001.

O'SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 5 ed. Barueri, SP: Manole, 2010, 1506 p.

PAIM, Jairnilson S; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? São Paulo. **Revista Saúde Pública** [online]. 1998, vol. 32, n. 4, p. 299-316.

PARTICIPAÇÃO ativa do Coffito. **O COFFITO**. São Paulo, n. 20, p. 09, set. 2003.

PERPETUO, Adriane Mazola de A. **A prática pedagógica do fisioterapeuta docente**. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2005.

PLS 025/2002: tentativa de retrocesso revolta área da saúde. **O COFFITO**. São Paulo, n. 16, p.04-10, set. 2002.



PREVENÇÃO, defesa do SUS e foco no usuário: palavras de ordem na 13ª conferência nacional de saúde. **O COFFITO**. Brasília, ano 9, n. 26, p. 40-41, fev. 2008.

QUEIROZ, Marcos S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico**. Bauru, SP: EDUSC, 2003, 230 p.

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

REGIÃO Metropolitana de Belém. **Wikipédia: a enciclopédia livre**. 06 jun. 2010. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Regi%C3%A3o\\_Metropolitana\\_de\\_Bel%C3%A9m](http://pt.wikipedia.org/wiki/Regi%C3%A3o_Metropolitana_de_Bel%C3%A9m). Acesso em: 07 jun. 2010.

RESOLUÇÕES do Coffito: convênios não podem contrariar a lei. **O COFFITO**. São Paulo, p. 29, dez. 1998.

ROCHA, André Carlos de Oliveira; ZULIANI, Mercedes Queiroz. Formação universitária e luta social. **Revista Fisiobrasil**. Rio de Janeiro, ano 10, n. 78, p. 18-19, jul./ago. 2006.

ROSENBAUM, Paulo. **Lógicas da saúde**. 2008. Disponível em: <http://www.feg.unesp.br>. Acesso em: 11 dez. 2008.

SADER, Emir. Notas sobre a globalização neoliberal. In: MATTA, G. C. e LIMA, J. C. F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 410 p.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. Humanização em saúde: um problema prático, uma utopia necessária. In: CURSO FORTALEZA HUMANIZA SUS, 2005, Fortaleza. **Cadernos de Textos**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 16 ago. 2005.

SANTOS, Theotonio. **Forças produtivas e relações de produção: ensaio introdutório**. Rio de Janeiro: Vozes, 1984, 89 p.

SCHWARTZMAN, Simon. **Sentidos do corporativismo**. 1987. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/corporat.htm>. Acesso em: 30 mar. 2010.

SEGURIDADE social aprova a prestação de serviços fisioterapêuticos e terapêuticos ocupacionais no PSF. **O COFFITO**. Brasília, n. 26, ano IX, p. 17-18, fev. 2008.

SILVA, Jarbas Barbosa da; BARROS, Marilisa Berti Azevedo. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Pan-Americana de Saúde Pública**. São Paulo, v. 12, n. 6, p. 375 - 383, jun 2002.

SUS: atendimento domiciliar agora é lei. **O COFFITO**. São Paulo, n. 15, p. 26, jun. 2002.

TRELHA, Celita Salmaso; GUTIERREZ, Paulo Roberto; CUNHA, Ana Claudia Violino da. O Processo de Trabalho do Profissional Fisioterapeuta. **Revista Espaço**

**para Saúde (online).** Londrina, [2000]. Disponível em:  
<<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/indice1.htm>>. Acesso em: 28 jan. 2010

UM NOVO horizonte para a fisioterapia na saúde coletiva. **O COFFITO**. Brasília, n. 26, ano IX, p. 03-06, fev. 2008.

VIACAVA, F. et al. Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Relatório Final da Pesquisa**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001, 108 p.

VILLALBA, Wander de Oliveira. **Fisioterapia e a política**. Campinas, 27 jan. 2008. Disponível em:  
<[http://www.aficamp.org.br/upload/75hlz4ikr7\\_fisioterapia\\_e\\_a\\_politica.doc](http://www.aficamp.org.br/upload/75hlz4ikr7_fisioterapia_e_a_politica.doc)>. Acesso em: 06 dez. 2008.

WIKIPÉDIA: enciclopédia multilíngue online livre colaborativa Disponível em:  
<[http://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina\\_principal](http://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina_principal)>. Acesso em: 15 set. 2009.

## FONTES CONSULTADAS

ACHUTTI, Aloyzio, AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 09, n. 4, p. 833-840, out./dez. 2004.

ALMEIDA, L. M. et LOPES, C. V. M. **Dificuldades enfrentadas no processo de implantação do serviço de Fisioterapia na atenção básica no município de Lauro de Freitas/BA**. In: I Congresso Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva, 1./Mostra Nacional de Fisioterapia na Saúde Coletiva, 1., pôster 08, 2007, Brasília/DF.

ARANHA, Maria Lucia de Arruda; MARTINS, Maria Helena. **Filosofando**: introdução à filosofia. São Paulo: Moderna. 2. ed. rev. e atualizada, 1993, 395 p.

BRASIL. Ministério da saúde: secretaria de políticas de saúde: departamento de atenção básica. **Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil - 2002: Pará**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; set. 2002. 129. Disponível em: <<http://itd.bvs.br>>. Acesso em: 01 out. 2007.

BRASIL. Norma operacional básica do SUS: NOB-SUS 01/96. **Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Brasília, DF, 1996. 30 p. Disponível em <<http://www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/nob.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2007.

CAJUEIRO, J. P. M. **Saúde pública no Brasil nos anos noventa**: um estudo das políticas e dos seus limites e condicionantes macroeconômicos. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado em Economia Social e do Trabalho) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

CAMPOS, Juarez de Queiroz, et al. **Saúde e qualidade**. São Paulo: Jotacê, 2001, 160 p.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de campo e sua importância na saúde**. São Paulo: Jotacê, 1999, 160 p.

\_\_\_\_\_. **Planejamento e diagnóstico**: pilares da saúde pública. São Paulo: Jotacê, 1999, 160 p.

COFFITO - **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/#>>. Acesso em: 29 set. 2007.

DE VITTA, Alberto. **Atuação preventiva em Fisioterapia**, Bauru: EDUSC, 1999. (Cadernos de Divulgação Cultural; 67), 110p.

DOENÇAS músculo-esqueléticas afetam dia-a-dia de 80% dos doentes. In: Artigos. [S.l]: **Saude.sapo**, 2003. Disponível em: <<http://saude.sapo.pt/artigos/?id=793666>>. Acesso em: 29 jan. 2009.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 5, v. 2. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7107.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2007.

FERNANDES, A. L. M. **O Direito do Trabalho**: introdução às relações individuais de trabalho. 9 ed. Coimbra: Almedina, v. I, 1994.

FERRAZ, I. T. et MARTINS, J. A. Integralidade na atenção em saúde à pessoa portadora de deficiência. In: CONGRESSO NACIONAL DA FISIOTERAPIA NA SAÚDE COLETIVA/MOSTRA NACIONAL DE FISIOTERAPIA NA SAÚDE COLETIVA, 01., 2007, Brasília, **Pôster 18**, 2007. 1 CD ROM.

FISIOTERAPIA social: **Fisioterapia e controle social**. 2008. Disponível em: <<http://fisioterapiasocial.blospot.com/2008/10/fisioterapia-e-controle-social.html>>. Acesso em: 09 dez. 2008.

FREITAS, M. S. **A atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil**. 2006. 142 f. Tese em Medicina Social (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

GAVA, Marcus Vinícius. **Fisioterapia**: histórias, reflexões e perspectivas. São Paulo: Metodista, 2004, 160 p.

GEREMEK, B. **A piedade e a força: história da miséria e da caridade na Europa**. Lisboa: Terramar, 1995.

GOLDENBERG, Mirian, **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro, Editora Record, 2004.

HUBERMAN, L. **História da riqueza do homem**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 20. ed., 1985, 318 p.

IBGE: instituto brasileiro de geografia e estatística. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 14 set. 2007.

LEAVEL, Hugh. et CLARK, E.Gurney. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill do Brasil, 1978.

LOPES, M. M. B. **Avaliando a atenção básica em municípios paraenses a partir da descentralização do piso de atenção básica**: limites e potencialidades. 2001. 227 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://teses.cict.fiocruz.br>>. Acesso em: 30 set. 2007.

LUCCHESI, Patrícia. **Políticas públicas de saúde**. 2004. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em 09 dez. 2008.

LÜCK, H. **Metodologia de projetos**: uma ferramenta de planejamento e gestão, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 3 ed., 2004, 143 p.

MALETT, C. H. M. **Epidemiologia e saúde pública**. São Paulo: Atheneu, 1988.

MUNICIPALIZAÇÃO da saúde: o que é isso? [S.I.]. Disponível em: <<http://www.geocities.com/lucilamr/page3.html>>. Acesso em: 25 jan. 2009.

PANDOVANI, Umberto; CASTAGNOLA, Luís. **História da Filosofia**. ed. 2. São Paulo: Melhoramentos, 1956, 525 p.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para Saúde**. Londrina: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, n.1, v. 8, p.13-19, dez/2006. Disponível em: <[http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1\\_artigo\\_3.pdf](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf)>. Acesso em: 16 jan. 2009.

POLIGANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 35 p. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2007.

REDE observatório: história e saúde. **Casa de Oswaldo Cruz**. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/rh/redes.cfm?id\\_rede=11](http://www.opas.org.br/rh/redes.cfm?id_rede=11)>. Acesso em: 28 set. 2007.

SANTOS, A. Abordagens músculo-esqueléticas no tratamento das dores crônicas. SIMBIDOR, 4. 2003. **Centro de São Paulo**: formação contínua para fisioterapeutas, São Paulo, 2003, 19 p. Disponível em <[http://www.centrodesaopaulo.com.br/artigos\\_06.html](http://www.centrodesaopaulo.com.br/artigos_06.html)>. Acesso em: 03 jan. 2009.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007, 304 p.

SIQUEIRA, F. V. et al. A participação do fisioterapeuta na atenção básica em sete estados brasileiros. In: CONGRESSO NACIONAL DA FISIOTERAPIA NA SAÚDE COLETIVA / MOSTRA NACIONAL DE FISIOTERAPIA NA SAÚDE COLETIVA, 01., 2007, Brasília, **Pôster 15**, 2007. 1 CD ROM.

SOARES, Cléo. Pará é lanterna no ranking do saneamento. **O Liberal Online**, Belém, ano LXIII, n 32.602, jun. 2009. Caderno Atualidades. Disponível em <<http://www.orm.com.br/oliberal/interna/default.asp?modulo=247&codigo=418778>>. Acesso em: 21 jul. 2009.

TEIXEIRA, R. Fisioterapia social. [S.I.]: **AprenderSaúde**, 2008. Disponível em: <<http://fisioterapiasocial.blospot.com/2008/10/fisioterapia-e-controle-social.html>>. Acesso em: 09 dez. 2008.

TRATAMENTO multidisciplinar dos doentes com dor crônica. **Revista Prática Hospitalar**, São Paulo, ano VI, n. 35, p. 01-02, set-out. 2004. Bimestral. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2002-35.htm>>. Acesso em: 03 jan. 2009.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas para informantes-chave**

1. Trace um perfil histórico da Fisioterapia em Belém.
2. Em sua opinião, como se deu a entrada da Fisioterapia no serviço público de Belém?
3. Que conhecimentos você tem do lugar da Fisioterapia dentro da PPS (dimensão, áreas de atuação, as conquistas alcançadas, etc.)?
4. A formação acadêmica e profissional do fisioterapeuta contemplou/contempla uma visão crítica acerca da Fisioterapia dentro dos serviços públicos de saúde?
5. O que mais constituiria o objeto de trabalho da Fisioterapia além de “atenuar sofrimento, recuperar condições de saúde e reabilitar os indivíduos para certas atividades” no contexto das PPS de Belém?
6. Você acredita que a categoria tenha real interesse coletivo de fortalecer a Fisioterapia dentro das PPS ou perpassa somente por interesses individualizados?
7. Que desenho você traça da Fisioterapia no contexto atual, e futuro, das PPS de Belém?
8. Que potencial você acredita que a Fisioterapia tem dentro das PPS de Belém e de onde vem esse potencial?
9. Como você acha que se encontra o nível de comprometimento do poder público para fortalecimento da Fisioterapia nas PPS de Belém?
10. Qual o nível de engajamento da classe para uma maior participação nos Conselhos de Saúde?

**APÊNDICE B - Roteiro de entrevistas para fisioterapeutas municipais**

1. Que conhecimentos você tem do lugar da Fisioterapia no contexto atual, e futuro, dentro do SUS (dimensão, áreas de atuação, as conquistas alcançadas, etc.)?
2. Enquanto profissional do município, como você acha que pode contribuir para que sua profissão se fortaleça dentro do SUS de Belém?
3. Você acha que seu nível de conhecimento acerca do SUS de Belém possa efetivamente levá-lo a intervenções cada vez mais preventivas na saúde da população, ganhado inclusive mais espaço de atuação?
4. Que práticas você executa em seu cotidiano que corroboram para a importância de se manter a Fisioterapia como área de saúde essencial ao SUS?
5. Você acredita que a inserção do fisioterapeuta na rede municipal já ganhou o devido respeito e reconhecimento dos demais profissionais de saúde, para que haja efetivamente um trabalho multiprofissional dentro do SUS de Belém?
6. Sua formação acadêmica contemplou uma visão crítica acerca da Fisioterapia dentro dos serviços públicos de saúde?
7. E sua construção profissional contempla essa visão crítica acerca da Fisioterapia dentro dos serviços públicos de saúde?
8. Você acredita que a categoria tenha real interesse coletivo de fortalecer a Fisioterapia no SUS ou perpassa somente por interesses individualizados?
9. Como você acha que se encontra o nível de comprometimento do poder público para fortalecimento da Fisioterapia nas PPS de Belém?
10. Qual o nível de engajamento da classe para uma maior participação nos Conselhos de Saúde? E o seu?
11. Como o fisioterapeuta do serviço público, quais suas motivações e desmotivações profissionais neste campo de atuação?



## **ANEXOS**

## ANEXO A - Autorização do comitê de ética



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
**do CCBS - UEPA**

Protocolo: Nº 45/2009

Ilmo(a) Sr.(a)

Pesquisador: João Tadeu de Andrade

Co-investigador :

Curso / Departamento / Disciplina: Medicina

Patrocinador: Recursos próprios ( x ) sem bolsa ( ) com bolsa

Referência ao Projeto de Pesquisa:

**"Fisioterapia no SUS: Uma análise de sua contribuição dentro das Políticas Públicas de Saúde de Belém"**

Data de Entrada: 02/06/2009 // Data da Análise: 17/06/2009 // Data da Aprovação: 24/09/2009

**Características do Projeto:**

( ) Prevenção; ( ) Diagnóstico; ( ) Epidemiológico; ( ) Terapêutico; ( x ) Não se aplica.  
 ( ) Multicêntrico; ( ) Internacional; ( ) Grupos vulneráveis; ( ) Relação de dependência.

Riscos adicionais ao paciente: Não se aplica

Objetivo(s): Investigar como a mobilização do fisioterapeuta municipal, em seu cotidiano profissional pode fortalecer a Fisioterapia no SUS de Belém.

Resumo: O presente trabalho é fazer um estudo na realidade belenense, investigando o nível de conhecimento e engajamento político dos fisioterapeutas municipais do SUS, para a efetivação das ações sociais em sua práxis, fundamentada nos princípios que regem o SUS.

Detalhamento financeiro: Sem financiamento estrangeiro

Cronograma: 07 meses

Objetivo acadêmico:

( ) IC; ( ) TCE; ( ) TCC; ( x ) Mestrado; ( ) Doutorado; ( ) Pós-doutorado; ( ) Outros

**PARECER**

O Comitê de Ética em Pesquisa do CCBS - UEPA apreciou o protocolo em tela e, verificou que foram atendidas todas as exigências da Resolução CNS 196-96. Portanto, manifesta-se pela sua **APROVAÇÃO**.

**APROVADO** - Liberado para o início da pesquisa.

Comunicar por escrito, toda e qualquer modificação no projeto.

Obrigatório entrega neste CEP, de **RELATÓRIO SEMESTRAL** em 01/03/2009 e de conclusão da pesquisa em 30/10/2009.Todos os dados individuais da pesquisa devem ser mantidos em segurança por 5 anos, a disposição de uma **possível auditoria**.

Belém, 13 de outubro de 2009.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Nara Macedo Botelho Brito  
 Sua Assinatura do Comitê de Ética em Pesquisa  
**Profa. Dra. Nara Macedo Botelho Brito**  
 Coordenadora do CEP - CCBS - UEPA

**ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA  
COMITÊ CIENTÍFICO DE ÉTICA DA UEPA

**“TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO”**

**Título** – O FISIOTERAPEUTA NO SUS: CONTRIBUIÇÃO PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM BELÉM

**Orientador:** Prof. Dr. João Tadeu de Andrade      **Aluna:** Helk Jane Abreu de Jesus

Este documento tem por finalidade garantir-lhe um direito fundamental que deve nortear o agir da pesquisadora em termos profissionais por meio de conduta e de comportamentos moralmente humanizados, por respeitar os princípios basilares da Bioética, que são os princípios da autonomia, da beneficência e da justiça.

**Garantia de Liberdade:** sua participação neste estudo é absolutamente voluntária. Dentro desta premissa, todos os participantes são absolutamente livres para, a qualquer momento, negar seu consentimento ou abandonar o programa se assim o desejarem, sem sofrer qualquer tipo de coação. Mediante sua aceitação, espera-se que compareça nos dias e horários marcados, e acima de tudo, siga as instruções determinadas pelo pesquisador responsável, quanto à segurança durante a realização dos procedimentos de conduta da entrevista.

**Despesas e Compensações:** as despesas porventura acarretadas pela pesquisa serão de responsabilidade da equipe de pesquisa. Não haverá, por outro lado, qualquer previsão de compensação financeira ou qualquer tipo de pagamento por sua participação voluntária. Em caso de dúvidas ou perguntas, queira manifestar-se a qualquer tempo, para explicações adicionais, dirigindo-se à pesquisadora.

**Garantia de Acesso:** em qualquer fase do estudo, você terá pleno acesso à profissional responsável, nos locais e telefones indicados, tanto para esclarecimentos como em decorrência de qualquer problema ocorrido após sua entrevista.

**Direito de Confidencialidade:** os dados colhidos na presente investigação serão utilizados para subsidiar a confecção, tanto desta pesquisa como de outros artigos científicos vindouros correlatos a esta pesquisa. A pesquisadora, responsável pela pesquisa, garante total privacidade e estrito anonimato dos participantes, quer no tocante aos dados, quer no caso de utilização de imagens, ou outras formas de aquisição de informações. Será garantida desde já a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem e a não estigmatização, de qualquer forma, do sujeito participante. A pesquisadora escusa-se de utilizar as informações geradas pelo estudo em prejuízo das pessoas e/ou comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio ou de quaisquer outras formas de discriminação.

**Direito de Acessibilidade:** a autora deste trabalho compromete-se a fornecer os dados específicos colhidos no transcurso da presente pesquisa, bem como entregar-lhe pessoalmente os resultados conclusivos da mesma, como uma forma humana de agradecimento por sua participação voluntária neste estudo. Mesmo assim, queira manifestar-se sempre que julgar necessário, no sentido de obter qualquer tipo de informação desejada.

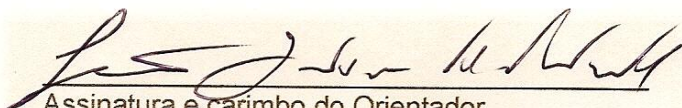
**Quanto ao Estudo:** este trabalho de pesquisa visa determinar como o fisioterapeuta municipal vem contribuindo para a inserção da Fisioterapia dentro das Políticas Públicas de Saúde de Belém. O que você precisa fazer é autorizar a pesquisadora e comprometer-se a participar da pesquisa, compartilhando sua presença em um grupo focal a ser formado em dia e hora a ser combinado, para um debate com perguntas estruturadas direcionada ao grupo. Para evitar constrangimento e preocupação de que suas

respostas sejam divulgadas, deixo claro que as informações obtidas serão diluídas na fala do grupo, sendo estes identificados por letras alfabéticas, sem qualquer menção isolada dos participantes. Além disso, todas as informações obtidas têm como única finalidade a pesquisa em si, permanecendo seu nome no completo anonimato. Os resultados obtidos serão agrupados de forma generalizada e não-individual. O material coletado será devidamente armazenado em um CD-ROM e arquivado na biblioteca central do CCBS, ficando à disposição dos sujeitos participantes para consulta e de uso exclusivo para posteriores pesquisas.

**Descrição de Riscos e Desconfortos:** a remota possibilidade de ocorrer algum tipo de risco ou desconforto durante a entrevista em grupo perpassa por algum tipo de constrangimento de identificação de qualquer dos sujeitos, quanto ao conteúdo de suas respostas. Para tanto, será ratificado o completo anonimato, sendo garantida a não identificação de sua resposta, senão pela fala do grupo como um todo. Além disso, corre-se o risco de não se completar toda a entrevista, pelo tempo disponibilizado de cada participante para a realização da pesquisa em si, haja vista as necessidades temporais de cada um em suas atividades cotidianas, afora o não comparecimento dos mesmos, comprometendo-se a fidedignidade dos dados coletados. Com isso, será enfatizada a capital importância de sua presença para que os dados sejam colhidos a contento.

Quanto aos benefícios discurridos da pesquisa para a sociedade e para a comunidade científica, ressalta-se que toda opinião pública ou de uma categoria de classe tende a gerar mudanças, e aumento de conhecimento acerca de um assunto, para toda a sociedade quando incita novas alternativas de ingerência na mesma. Quanto à comunidade científica, os benefícios decorrentes são novas informações geradas acerca de uma realidade, além de subsídios para novos estudos desta mesma realidade.

O Orientador da pesquisa é o Prof. Dr. João Tadeu de Andrade, que pode ser encontrado pelos fones: (85) 8883-9919 ou (85) 3476-9919. Caso não seja encontrado, poderá ser contatada a mestranda Helk Jane Abreu de Jesus nos fones: (91) 9635-4940 ou (91) 3228-0996



Assinatura e carimbo do Orientador  
 Nome: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade  
 End. Rua Vicente Pío, 1115 – Lagoa Redonda – Fortaleza/Ceará  
 Fone: (85) 8883-9919

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, sinto-me esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, aceito participar da pesquisa, cooperando com a coleta de dados para o projeto.

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2009

---

Assinatura do Sujeito Entrevistado