

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA – PUC PARANÁ

MÁRCIA FERNANDES DE CARVALHO KOZELINSKI

**POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE: A FORMAÇÃO E A ATUAÇÃO DO
FISIOTERAPEUTA EM SAÚDE COLETIVA**

CURITIBA – PR

2006

MÁRCIA FERNANDES DE CARVALHO KOZELINSKI

**POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE: A FORMAÇÃO E A ATUAÇÃO DO
FISIOTERAPEUTA EM SAÚDE COLETIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Lourdes Gisi.

CURITIBA – PR

2006

Ciro e Maria, meus pais, lição de amor e vida

Julia e Guilherme, filhos, amor infinito

Jonas, esposo, amor e presença incondicional

A vocês dedico o resultado do meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

A confecção de um trabalho é a síntese de um esforço coletivo, à qual muitas pessoas, direta ou indiretamente, deram sua contribuição por diversas razões. A essas expresso os meus sinceros agradecimentos:

a Deus, por estar presente em cada momento de minha vida, meu amigo, meu porto seguro;.

ao Programa de Pós-graduação, Mestrado em Educação da Pontifícia Universidade Católica do PR, pela oportunidade desta experiência;

à Faculdade de Pato Branco – FADEP, por me oportunizar e despertar o interesse pela temática abordada neste trabalho;

professora Maria Lourdes Gisi, orientadora desta dissertação, meu profundo reconhecimento por compartilhar comigo este tema de pesquisa, pelo carinho, principalmente pelo respeito e compreensão, a minha eterna gratidão;

aos membros da Banca de Qualificação, professores Ana Maria Eyng e Esperidião Elias Aquim, pelo olhar cuidadoso e rigoroso, pelas críticas e sugestões oferecidas à reelaboração deste estudo;

aos colegas e amigos do Colegiado do Curso de Fisioterapia, pela compreensão, pelo incentivo e pela disponibilidade em participarem desta pesquisa;

aos profissionais de saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco – PR, pela fundamental contribuição que deram ao participar da elaboração deste trabalho.

aos colegas vereadores e funcionários da Câmara de Vereadores do Município de Pato Branco, pela confiança em mim depositada;

aos amigos, Dirceu Dimas Pereira e Jorge Gilberto de Freitas com quem compartilho meus ideais, pela ajuda e incentivo na construção de uma vida pública;

às amigas de jornada, Maristela Queiroz, Solange Copetti, Adriane Perpetuo, Tânia Bertelli, pelo apoio e amizade compartilhada;

aos meus sócios, Mauro Gemelli e Thiago Macari e às amigas fisioterapeutas, Fernanda Ramos, Katiane Kappes, Franciele Ferreira, Patrícia Dall'Agnol, à nossa administradora Daiana, à amiga Dirlei, obrigada pelo compromisso de assumir meus afazeres e compreender minha ausência;

à amiga Franciele Filippini, pelo carinho, paciência, seriedade, disponibilidade e apoio constante;

ao amigo Álvaro Cattani, pela cumplicidade compartilhada, pelo carinho de tão grande amizade;

à querida amiga Danieli Bertol, pela vida partilhada durante todos os anos e pelo apoio incondicional;

à minha sogra, Rosa Lídia, a meus cunhados, Salete e Benigno Kozelinski e às minhas queridas sobrinhas, Letícia e Fernanda, por estarem sempre presentes na minha vida, por ajudarem a cuidar dos meus filhos, juntamente com a querida Sirlei;

aos meus pais a quem devo, mais do que a vida, a lição de vida de sempre guiarem meus passos; ao meu irmão Ronaldo pelas orações; à minha irmã Marlei e à sobrinha Mariana, por me acolherem em sua casa, de forma carinhosa, pelas palavras de incentivo e por vocês serem minha fonte de apoio;

aos meus familiares Jonas, Julia e Guilherme, pela paciência e compreensão dos meus momentos de angústia, incertezas, tensões, ausência do convívio familiar, pelo amor paciente, por cada sorriso e palavras de carinho. Amo vocês!

Daí a estranha característica do olhar médico; ele é tomado em uma espiral indefinida: dirige-se ao que há de visível na doença, mas a partir do doente, que oculta este visível, mostrando-o; conseqüentemente, para conhecer, ele deve reconhecer. E este olhar, progredindo, recua, visto que só atinge a verdade da doença, deixando-a vencê-lo, esquivando-se e permitindo ao próprio mal realizar, em seus fenômenos, sua natureza. (Foucault, 1998, p. 8).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Diferenças entre Saúde Pública e Saúde Coletiva	41
Quadro 2	Níveis de prevenção	45
Quadro 3	Demonstrativo dos cargos e funções dos entrevistados	75
Quadro 4	Cargos e funções dos professores entrevistados	84
Quadro 5	Formação dos professores entrevistados	84
Quadro 6	Experiência profissional dos professores entrevistados	85
Quadro 7	Disciplina ministrada pelos professores entrevistados	86
Tabela 1	População residente, por faixa etária, na abrangência da Sétima Regional de Saúde do Estado do Paraná	66
Tabela 2	Grade curricular da FADEP 3º semestre	71
Tabela 3	Grade curricular da FADEP 5º semestre	71
Tabela 4	Grade curricular da FADEP 6º semestre	72
Tabela 5	Grade curricular da FADEP 7º semestre	72

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CES	Câmara de Educação Superior
CEFET/PR	Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná
CNE	Conselho Nacional de Educação
CONASP	Plano de Reorganização da Assistência no âmbito da Previdência Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
FADEP	Faculdade de Pato Branco
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Panamericana da Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSF	Programa Saúde na Família
SANEPAR	Companhia de Saneamento do Paraná
SPT	Saúde Para Todos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNED/PB	Unidade de Pato Branco
US	Unidades de Saúde
UTFPR	Universidade Tecnológica Federal do Paraná

RESUMO

O objeto de estudo deste trabalho é a relação das Políticas Sociais com a formação do fisioterapeuta para a atuação em saúde coletiva como agente de transformação social. A atuação deste profissional em saúde coletiva pressupõe um processo de formação que contemple o preparo nesta área e a constituição de equipes de saúde com participação do profissional fisioterapeuta. Definiu-se como objetivo geral para esta pesquisa: analisar a relação entre as políticas públicas de educação e de saúde com a formação e os espaços de atuação do Fisioterapeuta em saúde coletiva. Como objetivos específicos, buscou-se: 1) analisar as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação do Fisioterapeuta em saúde coletiva e o Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco – FADEP e 2) Investigar a atuação do Fisioterapeuta em unidades de saúde do SUS. Para isso realizou-se uma pesquisa com abordagem qualitativa mediante análise documental e realização de entrevistas semi-estruturadas. A pesquisa de campo foi realizada junto ao curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco - FADEP e às Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-Pr. Os dados do estudo evidenciaram que a atuação do Fisioterapeuta se restringe a atividades reabilitadoras em hospitais ou em clínicas particulares. E, embora o Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia contemple disciplinas voltadas para a saúde coletiva, o espaço de atuação desse profissional em Unidade de Saúde do município está limitado à atuação em clínicas e hospitais não integrados às equipes das unidades de saúde para ações de promoção e prevenção. Os dados da pesquisa de campo apontaram, também, lacunas significativas na atuação das equipes de saúde pela não participação do fisioterapeuta.

Palavras-chave: Fisioterapia. Políticas Educacionais. Políticas de Saúde. Formação Profissional.

ABSTRACT

The object of study of this work on the relationship of the Social Politics with the physiotherapist's formation for the performance in collective health as an agent of social transformation. This professional's performance in collective health presupposes a formation process that contemplates the preparation in this area and the constitution of teams of health with the professional physiotherapist's participation. It was defined as general aim for this research: to analyze the relationship among the public politics of education and of health with the formation and the spaces of performance of the Physiotherapist in collective health. As specific objectives were looked for: 1) to analyze the Guidelines National Curricular for the Physiotherapist's formation in collective health and the Pedagogic Political Project of the course of Physiotherapy of University of Pato Branco - FADEP and 2) to Investigate the Physiotherapist's performance in units of health of SUS. For that it took place a research with qualitative approach by documental analysis and accomplishment of interview structured semi. The field research was accomplished the course of Physiotherapy of University of Pato Branco close to - FADEP and to the Units of Health of the Municipal Secretary of Health of Pato Branco - PR. The data of the study evidenced that the Physiotherapist's performance limits to rehabilitations activities in hospitals or in private clinics. And, although the Pedagogic Project of the Course of Physiotherapy contemplates disciplines returned for the collective health, the space of that professional's performance in Unit of Health of the municipal district is limited to the performance in clinics and hospitals no integrated the teams of the units of health for promotion actions and prevention. The data of the field research appeared, also, significant gaps in the performance of the teams of health for the physiotherapist's non participation.

Word-key: Physiotherapy. Educational politics. Politics of Health. Professional formation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.2 Metodologia	19
2. AS POLÍTICAS DA SAÚDE: EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	24
2.1 Saúde Pública: Aspectos Históricos	25
2.2 A Saúde Coletiva: Uma Nova Concepção	38
3. POLÍTICAS EDUCACIONAIS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR: DIRETRIZES PARA A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA.....	48
4 A FISIOTERAPIA: FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	58
5. PESQUISA DE CAMPO: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS E DOS RESULTADOS	63
5.1 Plano de Saúde do Município de Pato Branco	63
5.2 Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco – FADEP.....	69
5.3 Percepção dos Professores e dos Profissionais das Unidades de Saúde sobre a Atuação do Fisioterapeuta em Saúde Coletiva	75
5.3.1 Entrevista com os Funcionários das Unidades de Saúde	76
5.3.2 Entrevista com os Professores da Faculdade de Pato Branco – FADEP	83
5.4 Discussão dos Resultados	92
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	106
ANEXOS	109

1 INTRODUÇÃO

Ao contemplar um tema que versa sobre as políticas públicas e a formação do Fisioterapeuta como agente de transformação social, é muito importante lembrar que, em qualquer sociedade que se queira a superação das desigualdades sociais, a saúde da população coloca-se como requisito essencial.

O Estado deve ter, como princípio, a promoção de políticas públicas de superação das desigualdades para a promoção da cidadania, prevendo políticas que contemplem a educação, o trabalho, a saúde, dentre outros.

Na escolha desse tema, defendeu-se a intenção significativa e proposital de realizar pesquisa que possibilitará ressaltar a trajetória da saúde coletiva no país. Para tanto, é preciso destacar a função social da saúde coletiva que, entre dificuldades prementes, apresenta grandes avanços na concepção, enquanto política de Estado, ou seja, a política pública, conseqüentemente centrada não mais, somente na pessoa doente, mas na pessoa saudável previamente atendida. Na implementação de tais políticas, no entanto, se enfrentam ainda muitas dificuldades, relacionadas principalmente ao financiamento, à formação dos profissionais e à composição das equipes de saúde.

No que se refere especialmente à inserção da Fisioterapia na saúde coletiva, concebida a partir de uma concepção de sociedade, de mundo e de relação solidária entre as pessoas, tendo como provedor o Estado, verifica-se ainda grande distância entre o proposto e o que realmente é efetivado, fato que motivou o presente estudo.

Paim e Almeida Filho (2000, p. 59) entendem a Saúde Coletiva sob dois prismas: campo científico, [...] onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto “saúde” e onde operam distintas disciplinas que o contemplam, sob vários ângulos [...], e âmbito de práticas, [...] onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes [...] dentro e fora do espaço convencionalmente conhecido como “setor saúde”.

Nery (2002, p. 55) vê a Saúde Coletiva como [...] nova forma de pensar e agir em relação à problemática de saúde, o trabalho dos profissionais da área de enfermagem articulado com os demais trabalhadores da área de saúde [...].

Neste estudo, busca-se enfocar a questão da saúde coletiva como ação voltada à prevenção de problemas de saúde relacionados à Fisioterapia.

Quanto aos serviços de saúde, a humanização deles já foi tema discutido na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e instituída como política pública, com o propósito de promover a integralidade das ações de saúde, no âmbito da atenção e gestão de forma indissociável. Ainda, compete-lhe favorecer a universalidade do atendimento e o aumento da equidade por meio da utilização de novas tecnologias e especializações de saberes, sem desvalorizar os processos já instituídos (BRASIL, 2006).

A PNH foi pensada como política transversal às demais políticas e ações de saúde e tem procurado vincular-se a todos os processos em curso, bem como na elaboração de políticas de saúde por meio dos princípios orientadores da humanização.

Segundo o Ministério da Saúde, ao se referir à necessidade de adotar a Humanização, esta é entendida “como política transversal, concebida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (BRASIL, 2004, p.7).

E ainda, “[...] A humanização como diretriz política transversal do Ministério da Saúde que funcione de modo a estar presente em todas as ações e instâncias de efetuação [...]” (BRASIL, 2006, p. 01).

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), visa-se consolidar, prioritariamente, quatro marcas específicas:

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004a, p.10).

Em palestra sobre a humanização, o Núcleo Técnico da PNH assim definiu a humanização:

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e

protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2006, p. 01).

Observa-se o registro dos princípios norteadores da Política de Humanização, como sendo os seguintes:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004a, p.9-10).

Tais princípios têm como finalidade compreender o exercício dos direitos adquiridos e a “humanização” da saúde coletiva, conforme indica o Ministério da Saúde (MS), no intuito de fazer com que o Setor Saúde, especificamente o Sistema Único de Saúde (SUS), atinja o objetivo constitucional. Além disso, o contido na Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1988, denominada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), determina que, nos Programas de Qualidade e Eficiência do SUS, haja obediência aos seguintes princípios: universalidade de acesso, integralidade de assistência, igualdade de assistência à saúde, direito à informação, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, participação da comunidade, descentralização político-administrativo, organização dos serviços públicos, entre outros.

O atendimento à humanização da saúde é concebido como a difusão de ações para a promoção de uma relação interpessoal mais humana, no seio das práticas públicas dos serviços de saúde, permeadas por um padrão ético de respeito, solidariedade e dignidade. Para tanto, de acordo com Almeida (2002), são necessárias iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre os colaboradores das organizações de saúde e os clientes/usuários, entre os próprios colaboradores e entre a organização e a comunidade.

Com relação à descentralização/municipalização dos serviços de saúde, Muller (1991, p.2) enfatiza que:

[...] a municipalização representa a articulação, união e organização dos municípios brasileiros, em particular dos serviços municipais de saúde, através de seus dirigentes e técnicos, na defesa de um conjunto de temas e objetivos relacionados, à descentralização de recursos, de poder e ações no setor saúde.

É a municipalização vista como potencial significativo, para que o município assuma e atue como base da Federação, com maior agilidade para provocar as necessárias transformações, principalmente na área das políticas sociais, particularmente na saúde, enquanto política pública.

O processo social da saúde sofre mudanças substanciais na medida em que passa a interagir com decisões rigorosas e estendidas à comunidade, fato que permite justificar o interesse em investigar como inserir a Fisioterapia no âmbito da saúde coletiva, na qualidade de serviço da saúde, motivando a capacitação do profissional e a atuação do Fisioterapeuta

Com base nessas observações como profissional de saúde e professora do curso de Fisioterapia na Faculdade de Pato Branco - FADEP, foi possível perceber que a inserção do profissional Fisioterapeuta, como agente de saúde e de transformação social, incluindo o exercício das atividades de Estágio de Saúde Coletiva I e II, esbarra na ausência de políticas públicas de saúde coletiva que considera este profissional Fisioterapeuta, em formação e o já formado, apenas como profissional da reabilitação.

Além das questões pessoais como a formação do Fisioterapeuta e a percepção individual sobre a Fisioterapia na saúde coletiva, embutem-se as questões ideológicas que remetem o estudo ao interesse imediato de poder agir em prol da comunidade usuária dos serviços de saúde coletiva, de modo que a justificativa engloba também a realização como profissional da área da Fisioterapia.

Ao discutir a formação do Fisioterapeuta e sua inserção no âmbito da saúde coletiva lembra-se que Paim e Almeida Filho (2000) já haviam citado os modos de produção dos agentes das práticas de saúde que se encontram determinados pelo modo de produção capitalista, tido como dominante e condicionado pelo dinamismo do confronto de projetos político-ideológicos entre as classes, frações de classe e grupos sociais e ainda pela organização social dos serviços de saúde e das políticas públicas que definem os mercados, as relações e os estilos de trabalho em saúde.

Nesta perspectiva, é pertinente referenciar Paim e Almeida Filho (2000) que apontam como medida essencial a esses parâmetros vigentes no quadro da saúde coletiva rever e desenvolver apropriadamente currículos nas instituições de ensino, visando a reorganização das práticas de saúde que venham a alterar o modo de produção dos agentes.

A pressuposição é a de que:

Mudanças nas instituições de ensino podem ser introduzidas com a produção de fatos que gerem acumulações sociais [...] através de repertório de experiências, militância político-institucional e saldos organizativos que influam nas regras básicas do aparelho escolar e da sociedade (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 82).

Essas referidas mudanças em instituições de ensino e alterações no processo, nas relações e nos conteúdos da educação, permitem identificar três planos de profundidade das mudanças que se fazem necessárias: o fenomênico, o dos atores sociais e o estrutural.

Assim, no plano fenomênico é preciso superar as relações predominantemente técnicas, enquanto os componentes do processo de ensino concentram-se nos métodos para o desenvolvimento educacional, na carga horária e nos recursos.

No plano dos atores sociais, segundo Paim e Almeida Filho (2000, p. 82), [...] destacam-se as relações sociais de modo que os componentes do processo de ensino buscam a interdisciplinaridade, a participação social, a articulação ensino-serviço-comunidade [...]. Seus resultados interventores concentram-se no nível da reforma e podem ser alterados os conteúdos, os processos e/ou as relações.

Quanto ao plano estrutural, destacam-se as relações políticas, de forma que o processo de ensino passa a privilegiar a articulação estudo-trabalho, a intersectorialidade, o controle social e, neste plano, as ações compreendidas podem vir a alterar os conteúdos, os processos e as relações e o resultado alcançado remete à compreensão de transformação (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

Sacristán (1998) credita à vinculação iniludível e própria da escola com o conhecimento público, exige dela e dos que trabalham nela a identificação e o desmascaramento do caráter reprodutor de influências que a própria instituição exerce sobre todos e cada um dos indivíduos que nela convivem, assim como os conteúdos que transmite e as experiências e relações que organiza.

É a função educativa da escola que deve oferecer contribuição heterogênea e específica para utilizar o conhecimento social e historicamente construído e condicionado como ferramenta de análise à compreensão do sentido das influências de socialização e os mecanismos que se utilizam para sua interiorização pelas novas gerações (SACRISTÁN, 1998).

Apontadas essas considerações acerca do processo formativo, esta proposta de pesquisa tem como escopo a formação do Fisioterapeuta e a sua atuação como agente social e tem seu interesse focado na saúde coletiva, tendo em vista a questão das políticas sociais de educação e saúde e de sua interferência na formação desse profissional para atuação em saúde coletiva.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Fisioterapia – Resolução CNE/CES – Nº 4 destaca-se a alusão ao social, como campo de atuação desses profissionais, indicando os serviços de saúde coletiva como local para o exercício de atividades de planejamento, organização e gestão, buscando uma mudança de modelo curativo para o preventivo (BRASIL, 2002a).

A saúde pode ser entendida como componente da qualidade de vida e, assim, não é um bem de troca, mas um bem comum, um bem e um direito social, no sentido de que cada um e todos possam ter assegurados:

O exercício e a prática deste direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia que a sociedade desenvolveu e vem desenvolvendo neste campo, adequados às suas necessidades, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Ou seja, considerar este bem e este direito como componente e exercício da cidadania, compreensão esta que é um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público, para o balizamento e orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998, p.11).

O social na saúde e a interação com a prevenção deu-se a partir da formulação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) resultante de expressivo movimento de reforma sanitária, inserido no movimento mais amplo de redemocratização do país e teve na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, no período chamado Nova República, um de seus “*lôcus*” privilegiados para o estabelecimento das grandes diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998).

Naquela ocasião, ao lado dos avanços no campo político-institucional, com a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) e a implantação

do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), houve um trabalho político no campo legislativo na Assembléia Nacional Constituinte, momento em que a saúde teve expressivo reconhecimento e inserção na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, destacando-se sua inclusão como um componente da seguridade social a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública e seu referencial político básico expresso no Artigo 196, registra: "[...] a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação". Regem esse artigo, os princípios da universalidade, da equidade e integralidade às ações de Saúde (ALMEIDA, CASTRO e LISBOA, 1998, p.5).

Desse modo, constata-se, de um lado, a proposição da inserção do Fisioterapeuta no âmbito social da saúde e do atendimento à comunidade, e ser preparado convenientemente em cursos de formação superior; de outro lado, após a graduação, este profissional passa a exercer atividades estritamente curativas, ou seja, segundo De Vitta (1999), a preocupação da saúde coletiva no Brasil tem se voltado a ações que são executadas após a manifestação das doenças, caracterizando-se uma situação cujos profissionais também contribuem para a incidência de problemas de saúde, por serem incipientes os procedimentos que tenham como objetivo uma atuação preventiva.

Resta imprimir ênfase à denúncia do autor referenciado, para sublinhar a questão do problema que este tema levanta: "Pode-se supor que a situação atual da Saúde é proveniente das diversas políticas de saúde realizadas nos últimos anos, além do tipo de trabalho executado pelos profissionais de saúde, decorrente da sua própria formação profissional" (DE VITTA, 1999, p.22), e que as abordagens realizadas em torno do objeto de trabalho da Fisioterapia mostram o destaque de uma determinada forma ou tipo de assistência à saúde: recuperar ou reabilitar, esquecendo-se do mais importante em saúde: prevenir.

Colocadas e discutidas essas diretrizes, observa-se uma orientação para que o profissional Fisioterapeuta seja formado para intervir na saúde coletiva. Com base nestas constatações, insere-se o problema da pesquisa: qual a relação das políticas sociais de educação e saúde com a formação do Fisioterapeuta para atuação em saúde coletiva?

Diante disso, busca-se, principalmente, conhecer as políticas públicas face aos desafios da construção da cidadania. O modo como se dá a relação entre educação e saúde, visto que a formação acadêmica do Fisioterapeuta limita o exercício de suas atividades a hospitais, clínicas particulares ou de terceiros, impedindo ou estreitando o seu acesso ao meio social, onde poderia minimizar a ocorrência de patologias decorrentes dos estados fisioterapêuticos e, conseqüentemente, minimizando, neste meio, as desigualdades sociais.

Para tanto, definiu-se como objetivo deste estudo analisar a relação entre as políticas sociais de educação e de saúde com a formação do Fisioterapeuta com vistas à sua atuação em saúde coletiva.

Especificamente objetiva-se:

- Examinar as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação do Fisioterapeuta, em relação a sua atuação na saúde coletiva e o Projeto Político-Pedagógico do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco- FADEP;
- Investigar a atuação do Fisioterapeuta em Unidades de Saúde do SUS, em Pato Branco-PR.

1.2 Metodologia

Buscou-se, neste estudo, desenvolver uma pesquisa com abordagem qualitativa que apresenta, em suas postulações, a atenção preferencial pelos pressupostos que servem de fundamento à vida das pessoas: no positivismo. Esses pressupostos foram considerados como óbvios ou não-investigáveis. O enfoque fenomenológico privilegiou esta análise, considerando os significados que os sujeitos dão aos fenômenos dependentes, essencialmente, dos pressupostos culturais próprios do meio que alimentam sua existência (TRIVIÑOS, 1987).

Triviños (1987) conceitua a pesquisa qualitativa expressão genérica, por compreender atividades de investigação específicas, caracterizadas por traços comuns.

Uma das características da pesquisa qualitativa é que tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador é seu instrumento-chave, que possui visão ampla e complexa da realidade social. Ao se configurar como descritora de fenômenos, a pesquisa qualitativa encontra os significados que o ambiente outorga aos fenômenos, de modo que a interpretação dos resultados

surge como a totalidade de uma especulação que se baseia na percepção de um fenômeno num contexto (TRIVIÑOS, 1987).

O processo de investigação contemplou a realização de pesquisa bibliográfica no estudo do conhecimento já sistematizado sobre o tema e a realização de pesquisa de campo quantitativa no estudo do conhecimento empírico dos profissionais (da área ou envolvidos com a temática).

A pesquisa bibliográfica, segundo Vergara (1998) é um estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, ou seja, em material acessível ao público em geral. Este tipo de pesquisa fornece instrumental analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas também pode esgotar-se em si mesma. Por outro lado, o material publicado pode ser de fonte primária ou secundária.

Para fundamentar o problema da pesquisa, foi realizado estudo em obras pertinentes ao tema proposto, relacionado às políticas sociais de educação e saúde, aos aspectos da formação superior, à Saúde Coletiva e às diretrizes curriculares para a formação do Fisioterapeuta.

O conhecimento empírico, por sua vez, é comentado por Fachin (2001) e se trata de um conhecimento adquirido independentemente de estudos, de pesquisas, de reflexões ou de aplicações de métodos. Este tipo de conhecimento, geralmente, é obtido na vida cotidiana, fundamentado em experiências vivenciadas ou transmitido de pessoas para outras pessoas, podendo, também, variar das experiências casuais, por meio de erros e de acertos, sem a fundamentação dos postulados metodológicos.

Ainda que seja considerado prático, visto que sua ação se processa segundo os conhecimentos originados por ações anteriores, isenta de relação científica, metódica ou teórica. Quando obtido por informações, esse conhecimento empírico tem ligação e explicação com uma ação humana, considerado como a estrutura para se chegar ao conhecimento científico, base fundamental do conhecer. (FACHIN, 2001).

A pesquisa de campo foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR, composta por 9 (nove) Unidades de Saúde (US) da região urbana e de 7 (sete) Unidades de Saúde da região rural do município e na Faculdade Pato Branco – FADEP.

Participaram do estudo 09 (nove) profissionais das mais diversas áreas, incluindo enfermeiro, fonoaudiólogo, dentista, médico, assistente social, farmacêutico-bioquímico, médico veterinário e fisioterapeutas.

Os dois fisioterapeutas foram selecionados por serem os únicos que trabalham nas Unidades de Saúde.

A amostragem deu-se por acessibilidade ou por conveniência, conforme descrito por Gil (1999, p. 104), que se constituiu como o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem, o que a destitui de qualquer rigor estatístico. Neste tipo de amostra, “o pesquisador seleciona os elementos a quem tem acesso, admitindo que esses possam, de alguma forma, representar o universo” e os aplica em estudos exploratórios ou qualitativos.

Quanto aos 08 (oito) professores existentes no Curso de Fisioterapia da FADEP, na época da pesquisa, todos foram entrevistados.

A coleta de dados, na Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR e no Curso de Fisioterapia da FADEP, foi feita mediante entrevistas, com o intuito de levantar pontos principais e essenciais à formação do Fisioterapeuta, para sua atuação na saúde coletiva.

Utilizou-se, como instrumento, a entrevista semi-estruturada que valoriza a presença do investigador, oferecendo alternativas para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

A entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, oferecendo amplo campo de interrogativas. Assim, [...] o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987, p 146).

Utilizou-se um gravador nas entrevistas, com o fim de registrar os dados coletados. Tais dados foram transcritos na íntegra e arquivados para interpretação e análise.

Minayo (2004) comenta que, ao lado da observação participante, a entrevista é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo. Kahn & Cannell (1962, p.52 apud MINAYO, 2004, p.107), definem o que seja a entrevista de pesquisa: “Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer

informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelos entrevistados) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

Foram ainda analisados documentos como as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Fisioterapia, a Legislação de Saúde e Educação e o Projeto Político-Pedagógico do Curso de Fisioterapia da FADEP.

Sobre a pesquisa documental, Gil (1999) comenta sua semelhança com a pesquisa bibliográfica, tendo como única diferença a natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental se vale de materiais que ainda não receberam tratamento analítico ou que podem sofrer reelaboração, conforme os objetivos da pesquisa.

Assim, ao desenvolver a pesquisa documental os passos a serem seguidos são os mesmos da pesquisa bibliográfica, considerando-se apenas que as fontes documentais devem ser exploradas (GIL, 1999).

Para a análise dos dados, convém consultar Cervo (1983) ao comentar que a pesquisa, de acordo com a qualificação do investigador, terá objetivos e resultados diferentes. Neste caso, a análise dos dados obtidos foi feita observando-se o atendimento aos objetivos da pesquisa, com inferências e apoio da literatura.

Richardson (1999, p. 79) lembra que a abordagem qualitativa de um problema representa uma opção do investigador, justificada por ser uma forma adequada na compreensão da natureza de um fenômeno social. Afirma que as investigações que se voltam para a análise qualitativa têm como objeto situações ou problemas complexos ou particulares.

Neste caso, ao empregar a metodologia qualitativa, os estudos descrevem a complexidade de um dado problema, analisam a interação de certas variáveis, compreendem e classificam processos dinâmicos que são vividos por grupos sociais e contribuem no processo de mudança de determinado grupo, possibilitando a compreensão dos detalhes e minúcias do comportamento dos membros do grupo (RICHARDSON, 1999).

De qualquer modo, ao investigar os problemas que utilizam a metodologia qualitativa, é exigido do pesquisador “trato especial na condução das observações e habilidade quanto uso ou criação de categorias” (RICHARDSON, 1999, p. 83).

Para a elaboração desta dissertação, foram delimitadas algumas seções específicas que comportam as etapas diferenciadas da pesquisa. Assim, após esta introdução, segue-se com o referencial teórico, que compreende a fundamentação do problema, discorrendo sobre as políticas de saúde, os aspectos históricos da saúde pública, os aspectos da saúde coletiva e da prevenção; a abordagem às políticas educacionais, à Lei das Diretrizes e Bases, à formação profissional; uma referência ao surgimento da Fisioterapia enquanto profissão, aspectos históricos da formação do Fisioterapeuta e a importância da sua atuação na saúde coletiva. Por último são apresentados os resultados obtidos na pesquisa de campo, sua análise e considerações finais.

A formação do Fisioterapeuta, surge, nesta dissertação, confirmada como requisito para atuação preventiva na saúde coletiva, inclusive na opinião dos funcionários das Unidades de Saúde do Município de Pato Branco e dos professores do curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco – FADEP.

2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE: EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Abordar o tema saúde, ainda que especificamente as políticas de saúde, requer, inicialmente, compreender o sentido conferido a este tema. Possas (1989) compreende que “O fenômeno saúde tem sido também concebido como expressão do modo de vida (estilo e condições de vida), capaz de explicar, juntamente com as condições de trabalho e o do meio ambiente, o perfil epidemiológico da população” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 67).

Tal conceituação é assumida neste trabalho, pois permite compreender como se desencadeiam as articulações compostas por quatro dimensões da reprodução social: a reprodução biológica, que compreende a capacidade imunológica e a herança genética; a reprodução das relações ecológicas, que engloba a interação dos indivíduos e grupos com o ambiente residencial e do trabalho; a reprodução das formas de consciência e comportamento, reconhecida na cultura do povo; e a reprodução das relações econômicas, ambiente de realização da produção, distribuição e consumo (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Esse modelo de reprodução social permite identificar diferentes espaços e estratégias de intervenção sanitária: a) indivíduos, correspondente ao espaço singular e estratégias de alto risco; b) grupos sociais, comportados em espaço particular, que prevê estratégias populacionais; c) modelos econômicos, que compreende o espaço geral e as políticas de saúde (CASTELLANOS, 1991 apud PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Nesse mesmo modelo, consoante as respostas sociais ao fenômeno saúde/doença, a vigilância da saúde constitui uma prática sanitária a quem cabe organizar os processos de trabalho em saúde, utilizando-se de operações que confrontem problemas de enfrentamento contínuo em espaço determinado. Um modelo de vigilância em saúde, determinado para a saúde/doença na coletividade, fundamenta-se na epidemiologia e nas ciências sociais. Desde o momento como a vigilância em saúde se orienta para intervenções, visando ao controle de danos, controle de riscos e controle de causas, transcende a prática de tratamento e abre espaço para reatualização da reflexão e da ação, no que se refere à promoção da saúde e à qualidade de vida (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Minayo (2004), por sua vez, descreve a saúde enquanto questão humana e existencial, uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais, diferenciada apenas diante das condições de vida e de trabalho, que caracterizam as formas de pensar, sentir e agir a respeito da saúde.

Afirma a autora referenciada que, tendo a saúde e a doença expressado agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total, considera saúde e doença como fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, “[...] porque as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas” (MINAYO, 2004, p. 16).

Pois sempre esteve presente a dor, a doença e a saúde e, mesmo antes do surgimento da saúde pública, houve quem se preocupasse com as enfermidades que afligem os indivíduos e as populações. Dessa afirmação apreende-se que: “O olhar da saúde pública sobre o corpo social é precedido do olhar, profissional ou não, sobre o corpo enfermo dos indivíduos” (SCLIAR, 2002, p. 11).

Retomando a trajetória da compreensão da saúde e as ações definidas nesse campo, verifica-se uma significativa evolução.

2.1 Saúde Pública: Aspectos Históricos

O avanço científico não transcorre em uniformidade ou mesmo simultaneamente. Assim, algumas vezes se faz necessária a descoberta e a definição de dados elementares, enquanto que, em outras ocasiões, já existindo um conhecimento, o avanço é possível mediante a criação de conceito integrador ou resolvendo-se um problema complexo.

Na evolução da medicina, após o período renascentista, surgiram muitas teorias, como a de Rudolf Virchow¹, em 1849, de que “[...] a doença epidêmica seria uma manifestação de desajustamento social e cultural” (ROSEN, 1994, p. 76). Ao citar algumas doenças como exemplo, o patologista indica que as doenças epidêmicas surgem e desaparecem, na aurora de períodos históricos.

¹ Rudolf Virchow (ver Figuras Memoráveis).

O interesse pela saúde como tema de política pública teve mais ênfase durante os séculos XVII e XVIII especialmente na Alemanha, quando as obrigações do Estado quanto à saúde receberam mais atenção. Evolui, na segunda metade do século XVIII, a criação de uma política médica pelo governo. Johann Peter Frank² (1748-1821) é reconhecido como pioneiro da Saúde e da Medicina social, escrevendo sobre as medidas do governo para a proteção da saúde pública (ROSEN, 1994).

A definição clássica de Saúde Pública, elaborada por Winslow³ na década de 1920, foi revista por Terris (1992 apud PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000, p. 33) e descrita 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”.

Quatro tarefas básicas foram propostas por Terris (1992), para a teoria e a prática de uma Nova Saúde Pública: prevenção das doenças não-infecciosas; prevenção das doenças infecciosas; promoção da saúde; melhoria da atenção médica e da reabilitação. O campo de aplicação da Nova Saúde Pública engloba as condições e respostas assentadas nas bases científicas das ciências biológicas, sociais e comportamentais, tendo como áreas de aplicação populações, problemas e programas.

A compreensão da Saúde Pública no período de transformação iniciado com a Renascença, segundo Rosen (1994) requer examinar as duas faces que apresenta: a teoria e prática.

A limitação desse campo científico, portanto, pressupõe o desenvolvimento de uma tipologia em saúde, distinguindo os níveis de atuação individual e subindividual, concentrando a pesquisa biomédica e a pesquisa clínica, “[...] em relação ao nível populacional toma como objeto de análise as condições (pesquisa epidemiológica) e as respostas sociais frente aos problemas de saúde”, ou seja, com pesquisa em sistemas de saúde, políticas de saúde, organização de

² Johann Peter Frank (ver Figuras Memoráveis).

³ Charles - Edward Amory Winslow (1877-1957). Líder da Saúde Pública, nos Estados Unidos e no mundo, verdadeiramente insigne. Entre os campos em que trabalhou se incluem a prática da Saúde Pública, a organização da atenção médica, a história da saúde pública e a saúde internacional. Ativo como professor, editor e autor, deixou uma impressão duradoura na Saúde Pública americana". Escreveu, entre outros, *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign* (New Haven, Connecticut: Yale University Press; 1923) ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Editora Unesp-Abrasco, 1998.

sistemas de saúde, investigação em serviços e recursos de saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 34).

A expressão “saúde pública” e sua correspondente definição, no entanto, surgiram em razão das necessidades de planejar ações de saúde individualizadas e/ou coletivas. Quando da fundação da Saúde Pública a Organização Mundial da Saúde (OMS) formulou o conceito: “Saúde é o estado mais completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”⁴. Cabe observar que esse conceito divide-se em duas partes, separadas pelas palavras “e não apenas”, conforme referencia Scliar (2002, p. 93), dando conta de que, no passado, é provável que as pessoas se contentassem com a ausência da enfermidade, com o fato de estarem sadias e não doentes.

Nery (2002) cita o que denomina de Universo da Saúde Pública, que abrange o homem ao longo de seu ciclo vital, inserido no macroambiente e no microambiente, num processo de interação mútua, e destaca como áreas de aplicação a população, tendo como objeto de análise as condições de saúde da população, grau de tratamento do ambiente, face ao desenvolvimento de programas, e o controle social como resposta a esses aspectos.

No Brasil, a partir do ano de 1920, o Serviço Sanitário começa a ampliar as atividades, com a proteção à infância, a inspeção de amas de leite e a profilaxia em geral. Pelo Código Sanitário de 1918 e pela Reforma de 1925, a Saúde Pública nacional cria e impõe sua área de atuação e sua autoridade no aparelho estatal, e

Incorporará, além do controle das doenças transmissíveis, a higiene do trabalho, do alimento, do escolar, a lepra, a fiscalização domiciliar da medicina e da farmácia, ampliando, ainda mais, nas reformas de 1931 e 1938, para incluir a tuberculose, a sífilis e doenças venéreas, a assistência dentária e a febre amarela (IYDA, 1994, p. 51).

É neste momento que se destaca o público e o privado, a saúde pública e a assistência médica privada de caráter liberal ligada ao setor público, por auxílios e subvenções estatais, mantendo os serviços médico-hospitalares, de caráter filantrópico e dominante naquela época, local em que se desenvolve grande parte da atividade da medicina liberal.

⁴ Este conceito entrou em vigor em 7 de abril de 1948, desde então data mundial da saúde.

Merhy (1997) ao referir-se À recuperação de princípios básicos da saúde, afirmados pela perspectiva desenvolvimentista das décadas de 1950 e 1960, considera que esSa foi uma linha que postulou combate à dicotomia das ações de saúde, técnica e institucionalmente, com a unificação das ações no nível ministerial e dos serviços de saúde, tornando-se estratégica a conceituação de uma rede básica de saúde, porta de entrada dos serviços e obediente à hierarquia tecnológica da assistência à saúde como primária, secundária e terciária.

Carvalho; Martin e Cordoni Jr. (2001) analisam a trajetória do sistema de saúde no Brasil e identificam quatro principais tendências que têm acompanhado as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade: a primeira foi denominada de sanitarismo campanhista, voltada a sua principal estratégia de atuação nas campanhas sanitárias que vigoraram do início do século XX até o ano de 1945; a tendência secundária foi conhecida como de transição, período de 1945 a 1960, consolidando-se, a seguir, até o início dos anos 1980, o modelo médico assistencial privatista. Por fim e até a presente data em vigência, o modelo plural de sistema de saúde, que inclui como sistema público, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dos mesmos autores, a informação de que a gestão das políticas públicas na área da saúde teve origem diferenciada para as ações coletivas, que originalmente haviam sido classificadas como preventivas e que estiveram vinculadas às instituições públicas de saúde e as ações individuais, as curativas, até há pouco tempo, estiveram atreladas ao sistema previdenciário.

Com a Reforma Sanitária da década de 1970, cresce a discussão pela busca de reformas nas políticas de saúde, avultando-se um movimento denominado de Reforma Sanitária, que objetivou reformular o pensamento crítico na política de saúde. EsSa Reforma Sanitária integra-se ao movimento de oposição ao golpe militar de 1964, segundo destacou Cordoni Jr. (1989 apud CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr., 2001, p. 35), surgindo, nos Departamentos de Medicina Preventiva das universidades brasileiras, as idéias de Medicina Comunitária como “[...] uma proposta originária dos Estados Unidos da América e difundida nos países latino-americanos através de instituições como a Organização Panamericana da Saúde (OPS) e fundações como a Kellog e a Ford”, em consonância com o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), que foi sistematizado pelo Congresso de Alma

Ata, promovido pela Organização Mundial da Saúde e difundido para os países em desenvolvimento.

Essa idéia de Medicina Comunitária foi uma das primeiras experiências vista como alternativa de ações nos princípios da Atenção Primária à Saúde e da Medicina Comunitária, de forma institucionalizada e não em nome de um favor da caridade humanitária (CARVALHO, MARTIN; CORDONI Jr., 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, reuniu uma gama diversificada de representantes sociais de todo o país, legitimando-se os princípios e a doutrina do Movimento da Reforma Sanitária, conferindo a ele um fortalecimento político e determinando a incorporação desses princípios ao texto constitucional de 1988 com a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito, assegurado pela Constituição Federal de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público descentralizado.

Nos discursos do Estado, seja a Saúde Pública usada como agente de transformação da indigência, do trabalho com a comunidade, no desenvolvimento de uma consciência crítica, “[...] origina-se como uma prática social que resulta da contradição fundamental entre capital e trabalho, da divisão do ‘coletivo’ em classes antagônicas, constituindo-se em elemento importante na reprodução capitalista” (IYDA, 1994, p. 20).

No currículo da Saúde Pública constam as tentativas, a partir da República, em transformá-la em uma identidade social constituindo-se uma esfera da ação estatal, área de atuação e especificidade, de modo a oferecer às classes sociais as representações e os mecanismos de controle social, além da formação de intelectuais para o exercício das funções, onde se destaca o papel dos institutos Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro) e de Higiene (São Paulo) (IYDA, 1994).

Concomitantemente, nos mesmos anos de 1970 surge uma outra linha que toma a posição transformadora em conjunto com a rede básica da saúde, partindo de uma leitura estrutural do momento e apontando a necessidade de buscar outro padrão das políticas sociais, posto que isso se traduzia em uma modificação radical da relação Estado/classe, referente ao controle efetivo que a sociedade civil tivesse sobre o Estado, definindo como lema “democratização do poder político e socialização dos benefícios” (MERHY, 1997, p. 223).

Essa linha propunha: “saúde como direito de todos e dever do Estado”; acesso aos bens sociais que determinavam a melhoria da qualidade de vida e do nível de saúde; acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária. Era exigido, portanto, mudança jurídico-política da natureza da saúde, controle da política pelo poder público, modificação das bases financeiras que deveriam situar-se no campo da seguridade social e a introdução como orgânico a esse modelo o Sistema Único de Saúde e a participação dos grupos sociais da sociedade civil, por meio de suas entidades representativas junto ao Estado, para a gestão dos serviços.

Assim,

Esta linha foi expressa em quase toda a sua polaridade a partir da 8.^a CNS, trazendo consigo uma proposta de rede básica mais complexa que as anteriores, pois a rede básica teria de ser não só a porta de entrada de um sistema de saúde, mas o lugar essencial a realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que fosse a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando a mudança no sentido das práticas (MERHY, 1997, p. 224).

No Brasil, segundo Cabreira (2003), o início da década de 1980 destaca a emergência de um fato novo em relação à política de saúde, com a constituição de um movimento de reivindicação de uma reforma sanitária. À época, tratou-se de um movimento que denunciou as condições inaceitáveis de assistência à saúde da população brasileira, constante no processo de redemocratização do país e envolvendo toda a sociedade civil, numa proposta de reforma baseada em um referencial que subentende a incapacidade do sistema vigente de solucionar a questão sanitária, se não ousar transformações profundas. Visava, especificamente, criar um novo modelo: o Sistema Único de Saúde.

Já havia sido realizado, em 1979, o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, apresentando-se e discutindo-se uma proposta de reorientação do sistema de saúde, levando em conta experiências bem-sucedidas em outros países, a qual priorizava a democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrado às ações curativas e preventivas e com a participação democrática da população (CABREIRA, 2003).

Trata-se do realinhamento ideológico a que se referiu Stotz (1993), ocorrido em caráter interno e externo ao movimento radical, uma concepção teórica que vigorou naquele período e que foi interpretada como ecletismo teórico, cunhado como radical em vista de suas proposições que incluíam o autocuidado da saúde, a atenção primária realizada por pessoal não-profissional e revitalização da medicina tradicional.

Nesse realinhamento ideológico, a posição do Estado capitalista, em momento de crise fiscal, apropria-se das alternativas propostas pelo movimento radical, visando redução nos custos com assistência médica, sem ausentar-se do atendimento às necessidades de saúde da população, em evolução constante. Assim, ao assumir, de modo parcial, a crítica liberal que, nos anos 1950, originou a denominada medicina preventiva e social, o Estado instrumentaliza-se através da medicina comunitária (STOTZ, 1993).

Seguiram-se, em 1982, em plena crise da previdência social, a criação do Plano de Reorganização da Assistência, no âmbito da Previdência Social, o CONASP e, em 1983, são implantadas as Ações Integradas em Saúde (AIS), desdobrando-se, em 1987, em Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), planos caracterizados “pelo repasse de recursos financeiros da previdência e da gestão de convênios com a medicina privada para as secretarias estaduais de Saúde” (CABREIRA, 2003).

Por ocasião da promulgação da nova Constituição Federal da República, em 1988, em seu artigo 196 estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado e, no artigo 198, trata do Sistema Único de Saúde, referindo que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado, de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e do Município e ainda por outras

fontes, como o CPMF, seguindo-se os termos do art. 195 da Constituição Federal (NERY, 2002).

A garantia de assistência qualificada da saúde, dentro dos princípios do SUS, segundo disserta Nery (2002), necessita que sejam capacitados recursos humanos para a área de saúde, especialmente os profissionais que participam do processo de assistência comunitária. A intenção é a de que

Para uma população pobre a assistência deve ser desenvolvida por profissionais capazes de buscar a resolutividade dos problemas de saúde a nível de domicílio e de ambulatório, mediante a atuação de equipes multidisciplinares, dentro de uma abordagem antropológica. A saúde concebida como resultante das necessidades humanas básicas atendidas, implica a melhoria da qualidade de vida da população (NERY, 2002, p. 21).

Isso será conseguido a partir de uma política de atender a reprodução nos aspectos de planejamento familiar; desenvolver a política habitacional, no sentido de criar condições mínimas para a convivência familiar; gerar empregos, com o fim da satisfação pessoal e manutenção da família; estimular os grupos comunitários, para organizar e reorganizar áreas de lazer e recreação nos Centros Sociais de Bairros; criar um sistema de informações de modo que os brasileiros conheçam e apliquem a legislação vigente, para a promoção de uma sociedade melhor (NERY, 2002).

Por outro lado, Paim e Almeida Filho (2000) comentam sobre as experiências pelas quais a humanidade tem passado, desde a metade do século XX, diante das transformações na vida econômica, cultural, social e política, verificando-se o expressivo aumento da desigualdade entre os povos e os grupos sociais; a eclosão dos movimentos nacionalistas, e exacerbação dos conflitos étnicos; a agressão ao meio ambiente; a deterioração do espaço urbano; a intensificação da violência e o desrespeito aos direitos humanos.

Especialmente quanto ao caso da saúde, os mesmos autores estudaram que o desenvolvimento social e econômico, desde a década de 1960, o conseqüente reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade na garantia dos cuidados básicos de saúde chegou a alcançar o desejo de incorporar os avanços tecnológicos da medicina e da “Saúde Pública a custos compatíveis na expectativa da concretização da Saúde Para Todos no Ano 2000” (SPT-2000) se deu mediante definição de políticas, estratégias, prioridades e

modelos de atenção, gestão e organização de serviços capazes de alcançar as metas dessa mesma SPT-2000 (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p.12).

Enquanto a conferência de Alma-Ata⁵ acrescenta a estratégia de atenção primária à saúde, com conseqüente valorização do mercado como mecanismo privilegiado dos centros hegemônicos da economia mundial na alocação de recursos, duvidando da responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento de necessidades sociais, incluindo a saúde, paralelamente, a nova ordem mundial acarreta marcante fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Desste modo, nos países de economia capitalista dependente, a opção pelo “Estado mínimo” e o corte dos gastos públicos em decorrência da crise fiscal do Estado chegam a comprometer o âmbito institucional conhecido como Saúde Pública.

Sob esse âmbito institucional, são claras as oposições de Paim e Almeida Filho (2000, p. 13) de que

cabe aqui uma crítica quanto ao uso do termo ‘saúde pública’ como um conceito que se refere ao campo geral da saúde no âmbito coletivo, ou seja, aos processos de saúde-doença-sofrimento-morte na sociedade e às respostas sociais destinadas a lidar com tais fenômenos. [...] a designação ‘Saúde Pública’ tem sido usada por referência a um dos mais importantes movimentos ideológicos no campo da saúde do século XX, justamente aquele que se encontra questionado em suas bases conceituais e práticas.

A crise da Saúde Pública, então, é percebida diferentemente pelos distintos sujeitos que atuam neste campo social, novos paradigmas são apontados, incluindo desde as iniciativas da OPS⁶ de reavaliar a teoria e a prática da Saúde Pública, até proposição de uma Nova Saúde Pública (PAHO, 1995) integrante de um movimento de renovação de estratégia saúde para todos (NCAYIYANA et al., 1995),

⁵ Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração: I - A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos /conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=199> Acesso em: 8 ago 2005.

⁶ OPS. Fortaleciendo la Salud Pública en las Américas. Para una educación en Salud Pública acorde a los desafíos de los Procesos de Reforma y de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Propuesta de agenda para las instituciones de formación y capacitación en salud pública y marco de referencia para la cooperación técnica. Documento para discusión. Washington, C.D.: PAHO, Marzo, 2000.

e a iniciativa do Banco Mundial em debater as prioridades na pesquisa e desenvolvimento e saúde (WORLD BANK, 1996), indicando a necessidade de construção de um marco teórico-conceitual que venha reconfigurar o campo social da saúde, em virtude do evidente esgotamento do paradigma científico que sustenta as suas práticas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Por ora, vigora um estado de saúde pública orientado pela medíocre vontade política, por relações ideológicas, pela manutenção do poder econômico da sociedade capitalista, que visa o lucro e não o homem, diante da incompetente administração da área de saúde em seus diferentes níveis, em razão da ausência de consciência coletiva e indefinição de prioridades (NERY, 2002). Assim, tal quadro não se coaduna com a definição a seguir:

A Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir as enfermidades, melhorar a qualidade e a esperança de vida, contribuir para o bem estar físico, mental, social e ecológico da sociedade. Isto se alcança mediante o esforço concentrado da comunidade que permitirá o saneamento e a preservação do meio ambiente, assim como o controle das enfermidades. O que demanda serviço de atenção à saúde para o diagnóstico e tratamento precoce das enfermidades, conhecimento dos princípios de higiene que possibilite a todas as pessoas participarem no melhoramento da saúde individual e coletiva (OMS, 1992 apud NERY, 2002, p. 53).

O comentário que se segue a essa citação é respaldado na questão das ações da Saúde Pública na prevenção das enfermidades em suas origens, não em seus efeitos, de modo que atinge as perspectivas biológicas, sociais e ambientais.

Muitos fatores contemporâneos estão presentes na Saúde Pública tal como é apresentada: os aspectos econômicos, cujos efeitos têm induzido pessoas da classe média a incorporar filas de desemprego e subemprego; aspecto político, em que a desatualização dos partidos, movimentos políticos, burocracia, centralismo, entre outros fatores, impedem a operacionalização de projetos sociais; o aspecto cultural, que aceita a imposição de modelos de saúde incoerentes com a realidade social nacional, incorrendo em prejuízos; aspecto moral, representativo de um estado de resignação face a condutas negativas como o oportunismo, a corrupção, a incoerência, a confusão dos fins com os meios; e, aspecto social, que envolve os demais aspectos discutidos, e contribuem para o enfraquecimento da Saúde Pública, para o entrave da aplicação de recursos, operacionalização de programas de saúde, prejudicando o desenvolvimento social das comunidades.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, reuniu uma gama diversificada de representantes sociais de todo o país, legitimando-se os princípios e a doutrina do Movimento da Reforma Sanitária.

A efetiva implantação do SUS exigiu um processo de elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional, denominada de Leis Orgânicas da Saúde, compreendendo as Leis nº 8.080 e 8.142 que “detalhou princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema”, leis essas, que sofreram disputa política e somente receberam aprovação em dezembro de 1990 (CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr., 2001, p. 41).

A prevenção da saúde, entretanto, já se encontra presente na legislação. De acordo com o estabelecido na Lei nº 8.080/90, art. 6º, estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde, especificamente quanto ao § 2º: “Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

Essa preocupação com a prevenção em saúde, todavia, já se confirmara nos escritos de Stotz (1993) ao estudar as vertentes filosóficas que norteiam os enfoques sobre Educação e Saúde, citando as definidas por Tones (1987): enfoques educativos, preventivo, radical e de desenvolvimento pessoal. Tais enfoques se caracterizam similarmente por comporem restrições críticas ao modelo médico⁷ que tem como base evidências epidemiológicas de que os fatores sociais, comportamentais e ambientes podem ser responsabilizados pelas melhorias de saúde.

Sob esse entendimento, o mesmo autor em estudo alude a crise do sistema capitalista da década de 1960 como fomentador de interrogações e de críticas na sociedade civil, acerca dos objetivos do desenvolvimento econômico e das conquistas da ciência em relação à desigualdade na distribuição da riqueza,

⁷ A medicina urbana com seus métodos de vigilância, de hospitalização etc., não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena que tinha sido realizado no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII. A higiene pública é uma variação sofisticada do tema da quarentena e é daí que provém a grande medicina urbana que aparece na segunda metade do século XVIII e se desenvolve sobretudo na França. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992, p.53.

especialmente quanto ao cientificismo de que se valeu a concepção positiva da ciência tida como universal-empírica, atemporal e despojada de valores.

Pertinente se faz transcrever o posicionamento de Garcia (1989 apud STOTZ, 1993, p. 19), sobre o estado de crítica que residiu quanto à incapacidade da medicina em contemplar os novos problemas de saúde, surgidos na época – década de 1960:

Quanto à prática médica, as críticas enfatizam o caráter secundário da atenção médica para a melhoria da saúde da população; a iatrogenia; a medicalização evidente na ampliação das condições humanas classificadas no âmbito das doenças; e o corporativismo predominante nas práticas dos profissionais sobre os cuidados com a saúde.

Na opinião dos defensores do enfoque educativo a que se referiu Tones, o lugar do indivíduo deve ser enfatizado. Sua privacidade e dignidade e a proposta incluem ações cuja base reside no princípio da eleição informado sobre os riscos à saúde. Como fornecedor dessa informação está o educador, como sujeito da ação, ao qual cabe compartilhar e explorar as crenças e os valores dos usuários dos serviços da saúde, e ainda discutir as implicações práticas. A eficácia dessa atuação será sentida na demonstração do usuário de que comporta uma compreensão legítima da situação (STOTZ, 1993).

Sinteticamente, pela importância da obra, relatam-se aspectos do enfoque de Stotz (1993) sobre a educação sanitária dominante nos serviços de saúde, o enfoque preventivo, e de seus pressupostos que compreendem a implicação dos indivíduos na etiologia das doenças modernas⁸, comportamento como fator de risco⁹ e de que os gastos com assistência médica têm alta relação em termos de custo/benefício.

Ainda que seja vigente a crítica sobre a medicina curativa e de seu fracasso na lida com os problemas de saúde comunitários, a educação vem se orientando de acordo com o modelo médico. A associação entre padrões comportamentais e padrões de doença leva estímulo e persuasão às pessoas em modificar tais padrões, com a adesão a estilos de vida mais saudáveis, em acordo com programas com sanitária preventiva voltada a fatores de risco comportamentais, correspondentes à etiologia das doenças modernas. “A eficácia da educação

⁸ Crônico-degenerativas.

⁹ Dieta, falta de exercício, fumo etc.

expressa-se em comportamentos específicos como: deixar de fumar, aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar exames de vista periódicos” (STOTZ, 1993, p. 22).

Confirma-se que os enfoques de Tones dispostos por Stotz (1993) têm por fim esclarecer a elevação da responsabilidade individual sobre a ação e no aperfeiçoamento do homem através da educação. Essa educação sanitária tem sido vista, enfim, como uma atividade que visa facilitar a luta política pela saúde e que, por si, envolve o Estado, com sua intervenção por meio de medidas legislativas, normativas e outras que modifiquem as condições patogênicas.

A essa intervenção, conforme relata Stotz (1993, p. 22), sobre os defensores do enfoque radical, “[...] é possível apoiar escolhas que conduzam à saúde [...] ou superar enfoques que culpabilizam a vítima”, pois que se assemelha ao enfoque preventivo, consoante a persuasão como princípio que orientará a ação educacional.

A promoção de mudanças políticas, econômicas e sociais, no entanto, não pode ser definida com simplicidade e é certo que optar por qualquer um desses enfoques discutidos nesta seção, consiste em observar primeiro a posição particular de cada um em relação ao que “considera socialmente relevante e cientificamente fundamentado”. Pois é clara a descrição do autor em estudo sobre o ensino de atitudes que proporcionem saúde para que as pessoas possam ser libertas da dependência dos médicos de modo que a luta contra a medicalização inserida no enfoque radical se relaciona prudentemente ao desenvolvimento da consciência sobre as condições que estão condicionadas nos limites do setor saúde (STOTZ, 1993, p. 23).

Complementando, ainda que sejam relevantes as relações entre educadores sanitários com o individual e o social, não são facilmente compreendidas pelos indivíduos, visto que a própria percepção da doença deixa-se influenciar pela posição social e pela cultura do grupo social de referência. Essa influência traz consigo a identificação, ou não, de doenças. Por outro lado, ao ser identificadas como doenças, “nem sempre são reconhecidos nos indivíduos doentes e tampouco seu caráter coletivo é assumido” (STOTZ, 1993, p. 25).

Neste sentido, a educação e saúde e a educação sanitária servem para que sejam facilitadas as capacidades individuais e dos grupos sociais na

manutenção de máximo poder sobre suas vidas, mediante, é claro, a intervenção das relações sociais nas quais constroem suas vidas (STOTZ, 1993).

2.2 A Saúde Coletiva: Uma Nova Concepção

As mudanças que vêm ocorrendo no âmbito do setor saúde fizeram emergir o conceito de Saúde Coletiva que, segundo Donnangelo (1983) é entendido como: “[...] conjunto de saberes que dá suporte às práticas de distintas categorias e atores sociais face às questões de saúde/doença e da organização da assistência” (In PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 70).

Acerca da Saúde Coletiva e seu marco conceitual como orientador do ensino, pesquisa e extensão, segundo Paim e Almeida Filho (2000, p. 60), “A Saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo do saber, está articulada à estrutura da sociedade através de suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade”. Em outra visão, as ações de saúde constituem prática social e agregam as influências do relacionamento dos grupos sociais.

No entanto, Minayo (2004), ao analisar os termos Saúde Pública e Saúde Coletiva, considera que o primeiro consagra uma dimensão reducionista de direção e de intervenção do Estado, numa área social mais ampla e complexa do que a definida pelas práticas sanitárias oficiais. Quanto ao segundo termo, a Saúde Coletiva, entende-o como ambíguo e inespecífico, razão que encontra em Donnangelo (1983, 19-24) e Merhy (1985, p.21) a detecção da imprecisão do objetivo coletivo para conceituar o campo da saúde em virtude da ampla conotação que comporta e pela relação de exterioridade que estabelece frente ao objeto.

Na América Latina, desde a década de 1980, está sendo construído um movimento denominado Saúde Coletiva, fato que tem permitido diálogo crítico e a identificação de contradições e acordos com a Saúde Pública institucionalizada, tanto na esfera técnico-científico como no terreno das práticas. Paim e Almeida Filho (2000, p.21) perguntam: “Será que o movimento da Saúde Coletiva pode se apresentar como um novo paradigma científico, em um sentido rigorosamente delimitado?”

Essa pergunta registrada pelos autores é facilitada pela compreensão que Kuhn (1975)¹⁰ teve do termo paradigma: na categoria epistemológica, constitui instrumento de abstração, ferramenta auxiliar para o pensamento sistemático da ciência. Em sentido ampliado, o paradigma constitui uma visão-de-mundo peculiar, “própria do campo social científico”, alinhando para o bloco de generalizações simbólicas, sob a estrutura de metáforas, figuras e analogias, mas que pode ser entendido como subcultura de uma dada comunidade científica (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 21).

Desse modo, analisando-se o desenvolvimento científico, paradigmas correspondem às realizações científicas reconhecidas que forneceram problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência e, assim, em determinados momentos de crise poderiam ocorrer rupturas em relação aos pressupostos, conceitos e valores aceitos por uma comunidade científica, de modo a favorecer a emergência de teorias científicas e o desenvolvimento para uma dada disciplina ou campo interdisciplinar.

Mas, a visão de Kuhn (1975) privilegia as ciências naturais e, se o campo científico da saúde passa por uma profunda crise epistemológica, teórica e metodológica, instaura-se um paradoxo da planificação de saúde. Assim, há uma característica que define o chamado novo paradigma: a noção de não-linearidade, no sentido de rejeição da doutrina do causalismo simples presente na abordagem convencional da ciência, e que se abre à consideração de paradoxos, intoleráveis na epistemologia convencional (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

O termo paradigma, no entanto, tem sido usado com abuso na saúde. Um desses usos liga-se a distintos movimentos ideológicos que se têm apresentado sucessivamente no campo da saúde, incluindo o Flexnerianismo, a Medicina Preventiva, a Saúde Comunitária e a Saúde Coletiva - a ‘Nova Saúde Pública’ ou o movimento da Promoção da Saúde (DECCACHE, 1997 apud PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Enfim, em contraste com os elementos discursivos e extradiscursivos ligados à constatação de um esgotamento dos paradigmas vigentes, são esses desafiados pela crise da Saúde Pública, que geram demandas

¹⁰ A teoria kuhniana do paradigma científico (e suas variantes) rejeita claramente o sentido do senso comum para o termo ‘paradigma’, na acepção de padrão de referência ou modelo a ser seguido, como por exemplo ao se dizer que ‘o sistema de saúde inglês é o paradigma da medicina legal’.

por novos paradigmas. Especificamente quanto aos elementos discursivos, enfileiram-se os pressupostos de que o desenvolvimento da saúde venha supor a exclusão da doença e que a ciência e a técnica dispõem de um potencial inesgotável para superar a enfermidade. Como elementos extradiscursivos do debate, encontram-se as restrições econômicas que comprometem a capacidade do Estado para suportar o custo crescente da atenção à saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Por isso, reiteram os mesmos autores que:

É urgente e necessário discutir a questão da saúde no terreno público-coletivo-social e as propostas de ação subseqüentes. [...] a emergência nos últimos 20 anos de um campo que se designou como Saúde Coletiva [...] permite a identificação de pontos de encontro com os movimentos de renovação da Saúde Pública institucionalizada, seja como campo científico, seja como âmbito de práticas, e mesmo como atividade profissional (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p.57).

Trata-se, em especial, de empreender uma forma de superar a chamada crise da Saúde Pública e que pode significar uma oportunidade para incorporar o complexo promoção-saúde-doença-cuidado em uma perspectiva paradigmática que inclua políticas públicas saudáveis e participação efetiva da sociedade quando se trata de questões como vida, saúde, sofrimento e morte (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Assim, novo questionamento assoma a esse empreendimento, pois assumir a Saúde Coletiva como um campo científico implica considerar alguns problemas para reflexão: Será a Saúde Coletiva um campo novo ou um novo paradigma dentro do campo da Saúde Pública?

A Saúde Coletiva é entendida como nova forma de pensar e de agir em relação à problemática de saúde, ao trabalho dos profissionais da área de enfermagem em parceria com trabalhadores da área de saúde, visando atingir objetivos determinados (NERY, 2002).

Cabe citar a compreensão desta questão por Jaime Breilh (1999):

A Saúde Coletiva surge como um termo vinculado a um esforço de transformação, como opção oposta, como veículo de uma construção alternativa da realidade que é objeto da ação, dos métodos para estudar esta realidade e das formas da 'práxis' que se requerem. Enquanto a saúde pública convencional conceitua a saúde-doença empiricamente, reduzindo-a ao plano fenomênico e individualizado da causação etiológica, a saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença. Enquanto a saúde pública acolhe os métodos

empírico-analíticos [...] popperiano ou fenomenológico, a saúde coletiva incorpora o método materialista dialético. Enquanto a saúde centra sua ação a partir da ótica do Estado, com os interesses que este representa nas sociedades capitalistas, a saúde coletiva se coloca como recurso de luta popular e da crítica-renovação estratégicas do 'que-fazer' estatal. Enquanto a saúde pública assume a atitude possível da consecução de melhorias localizadas e graduais, a saúde coletiva propõe a necessidade de uma ação para a mudança radical (apud EGRY, 1996, p. 66).

Para Paim e Almeida Filho (2000, p. 62), a constituição da Saúde Coletiva, como campo de conhecimento, contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde em relação ao seu vínculo com outras práticas sociais; busca compreender as formas como a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde e procura explicações e se organiza no enfrentamento desses problemas.

Breilh (1990) apresenta diferenças entre conceitos de saúde pública e de saúde coletiva, conforme pode ser visualizado no quadro a seguir:

QUADRO 1- DIFERENÇAS ENTRE SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA

Tópicos	Saúde Pública	Saúde Coletiva
Conceito de Saúde Pública	Empírica, reduzida ao plano fenomênico e individualizado da causação etiológica	Determinação histórica do processo coletivo de produção dos processos de saúde-doença
Ancoragem metodológica	Método empírico-analítico (estrutural-funcionalista, Popperiano ou fenomenológico)	Método dialético fundado na filosofia da práxis
Centralização da ação	Sob a ótica do Estado e seus interesses nas sociedades capitalistas	Demandas originárias da luta popular e crítica-renovação do "que fazer" estatal
Amplitude e dinâmica das mudanças	Melhorias localizadas e graduais, dentro das possibilidades limitadas e definidas pelo Estado	Mudanças radicais, considerando as dialéticas das possibilidades e necessidades resultantes do embate Estado e Sociedade

Fonte: In Egry, 1996, p. 67.

Conforme outro enfoque, a Saúde Coletiva, enquanto objeto, é construída nos limites do biológico e do social, compreendendo a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Sob a condição de objeto, a definição de Saúde Coletiva é dada por Fleury (1985, p.87 apud PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p.61) como "área de

produção de conhecimentos que tem como objeto as práticas e os saberes em saúde, referidos ao coletivo enquanto campo estruturado de relações sociais onde a doença adquire significação”.

A Saúde Coletiva teve sua constituição, desde a década de 1970, fundada em diálogos com a Saúde Pública e com a Medicina Social. Permite, atualmente, uma delimitação compreensivelmente provisória desse campo de conhecimento e âmbito de práticas. Sua contribuição é sentida com o estudo de fenômeno/doença em populações, na investigação da produção e distribuição das doenças na sociedade, como processos de produção e reprodução social, analisando as práticas de saúde em seus processos de trabalho e na articulação com as demais práticas sociais. Procura compreender as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-las (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Já, na época de 1970, referida anteriormente, as ações e serviços de saúde vinculados à previdência social se apresentavam deficientes nas respostas à demanda da população, especialmente a que estava à margem da própria previdência: população rural, empregadas domésticas, desempregados. “É nesse momento que o modelo de medicina comunitária, que possibilitaria a extensão do cuidado à saúde às populações pobres, urbanas e rurais, se fortalece no Brasil” (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001, p.96).

Observando-se as colocações de Dallari (1987, p. 17) de que “o Estado deve garantir o direito à saúde do povo. [...] para cumprir esse objetivo o Estado precisa planejar suas atividades”, sendo os indicadores sanitários instrumentos específicos para essa tarefa, cabendo lembrar que o conhecimento geral da situação permitirá o uso correto dos indicadores.

Segundo Lyda (1994), a Constituição Federal de 1988, ao passar a Saúde Pública ao domínio estatal, indica um recomeçar de um longo processo de luta pela cidadania, mais árduo, mais complexo, diante do avanço das relações capitalistas na saúde, da deterioração da coisa pública e dos serviços de saúde e de um quadro de miséria da população brasileira.

Houve, com essa iniciativa, a consolidação da participação comunitária, como um processo social, em que grupos específicos perseguiram a identificação de suas necessidades, tomando decisões e estabelecendo

mecanismos que atendessem a essas necessidades (RIKFIN et al., 1988, p. 933 apud CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

A comunidade participa nas questões de saúde, de acordo com o previsto na Lei 8.142/90, representando os canais legais de controle social, garantindo a presença de representantes da população organizada nos processos de gestão da política de saúde nas esferas municipal, estadual e federal (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

É o que enfatizam Paim e Almeida Filho (2000), quanto à Saúde Coletiva, sobre a necessidade de compreender os desafios no presente e no futuro que transcendam o campo institucional e o tipo de profissional convencionalmente reconhecidos como da Saúde Pública, em vista das possibilidades de redimensionar objeto, instrumentos de trabalho e atividades e também na reabertura de alternativas metodológicas e técnicas que permitam pensar e atuar no campo da Saúde Coletiva.

No momento em que assume novas práticas no campo da Saúde Coletiva, a vigilância em saúde promove enfrentamento com distintos desafios, pois as ações de saúde de alcance coletivo expressam uma tensão entre Estado e Sociedade, entre liberdades individuais e responsabilidades coletivas, entre interesses privados e públicos. Ela, assim, privilegia, nos seus modelos ou pautas de ação, quatro objetos de intervenção: políticas; práticas; técnicas e instrumentos. No âmbito das práticas, a “Saúde Coletiva contempla tanto a ação do Estado quanto o compromisso da sociedade para a produção de ambientes e populações saudáveis, através de atividades profissionais gerais e especializadas” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 70).

Cabreira (2003), depõe sobre o desenvolvimento da Saúde Pública contemporânea no Brasil e cita Teixeira (2001) em sua compreensão de que, nos aspectos instrumentais, conceituais e metodológicos, vê-se o resultado de avanços de bacteriologia e parasitologia a partir do século XIX, na busca do combate às doenças infecciosas e parasitárias, e toma como objeto os modos de transmissão utilizados para educação sanitária, saneamento ambiental e controle de vetores.

Mas, essas propostas se modificaram afirma Cabreira (2003), diante da dificuldade em erradicar as doenças, como a malária e a tuberculose, surgindo como proposta o controle e a assimilação da vigilância epidemiológica, que passou a ser difundida com mais intensidade, a partir dos anos 50.

Assim, na história da saúde pública brasileira, a vigilância epidemiológica assumiu o coletivo sob o aspecto de algo exterior ao indivíduo, mas, tendo a coletividade referida enquanto uma coleção de indivíduos; deste modo, as intervenções se dão externamente e, assim, se repetirão as mesmas intervenções progressivamente em função da evolução do conhecimento científico relativo ao meio externo (CABREIRA, 2003, p. 65).

Já se haviam posicionado Paim e Almeida Filho (2000, p. 64) que os avanços da epidemiologia crítica, a epistemologia política, os novos aportes das ciências sociais, a planificação estratégica, a comunicação social e a educação popular, em conjunto, vêm constituindo bases fundamentais para a elaboração de novos instrumentos de docência, investigação e cooperação com as organizações e instituições da sociedade civil e do Estado.

Por certo, a superação do biologismo dominante da naturalização da vida social, da sua submissão à Clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico, é tida como elemento expressivo nos fundamentos do marco conceitual da Saúde Coletiva, embora isso não signifique a adoção de um quadro teórico de referência exclusivo e excludente, considerando que o mundo natural e social “[...] se encontram determinados e em constante devir”, mas no mundo social o conhecimento se transforma em consciência e sentido de necessidade de ação encobrendo uma potencialidade para essa ação. Tais coerências incitam a pensar que “[...] para poder estudar o processo saúde/enfermidade se requer considerar os sujeitos são e enfermos não unicamente para explicá-los mas sim para compreendê-los e conjuntamente construir potencialidades de ação” (GRANDA, 1994 apud PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 65-6).

Entretanto, sempre que o termo prevenção é posto a lume, seu significado torna-se tão abrangente quanto as próprias dificuldades em conceituá-lo. Deliberato (2002) afirma que a prevenção está presente na história natural da doença e distingue três níveis de prevenção: prevenção primária, secundária e terciária, sendo que, em cada nível, está presente um conjunto de ações características que agregam, por sua vez, determinado número de procedimentos particulares.

É importante relacionar a teoria de cada um desses níveis, segundo Deliberato (2002):

O nível primário de prevenção aplica-se durante o período de pré-patogênese, quando o indivíduo se encontra em estado de saúde ótima. É a atuação da prevenção em organismos em equilíbrio, de modo que o estabelecimento de ações o mantenham nessa situação.

No nível secundário de prevenção, vige uma situação em que o organismo se encontra com alterações na forma e na função, configurando-se o período das patogêneses e enfermidade real. As ações realizadas têm o objetivo de diagnosticar precocemente o problema e estabelecer medidas terapêuticas adequadas para que o organismo possa retornar ao estado de equilíbrio anterior.

O nível terciário de prevenção tem o seu estabelecimento quando o indivíduo portador da enfermidade passou pelos estágios anteriores e apresenta seqüela residual ou incapacidade que necessitam ser minimizadas, visando evitar a invalidez total, depois que as alterações anatômicas e fisiológicas se encontram estabilizadas. “O objetivo principal desse nível é recolocar o indivíduo afetado em uma posição útil na sociedade, na expectativa da máxima utilização de suas capacidades residuais” (DELIBERATO, 2002, p. 7).

Contudo, as ações que são propostas aos níveis de prevenção na área da saúde nem sempre têm apresentado unanimidade à composição de cada nível, a exemplo do apresentado por Kottke; Lehmann (1994), conforme quadro a seguir:

QUADRO 2 - NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Nível/Classificação	Primário	Secundário	Terciário
Leavell e Clark	Promoção da saúde Proteção específica Limitação da incapacidade	Diagnóstico precoce Tratamento adequado	Reabilitação
Columbia University	Promoção da saúde Proteção específica	Diagnóstico precoce Tratamento adequado	Limitação da incapacidade Reabilitação
Itoch e Lee	Promoção da saúde Proteção específica Reabilitação	Diagnóstico precoce Tratamento adequado	Limitação da incapacidade Assistência de custódia

Fonte: Deliberato, 2002, p. 7.

A análise das divergências apresentadas no quadro indica que o termo reabilitação é usado como sinônimo de recuperação, quando, na verdade, esta representa apenas o primeiro estágio da reabilitação que possui uma abrangência maior, estendendo-se e englobando outros momentos.

Assim, Deliberato confirma que:

Pelo exposto, ao analisarmos a trajetória da fisioterapia dentro da reabilitação, verificaremos que historicamente estamos nos limitando à fase de recuperação, fornecendo, dessa forma, uma experiência reabilitativa parcial aos nossos pacientes, impedindo-os de atingir as etapas seguintes desse processo. Acreditamos ainda que, independente do quadro clínico do paciente, sempre é possível atingir os estágios subseqüentes, se não de forma completa, pelo menos de forma parcial, porém ao agir de forma global não estaríamos nos limitando a fornecer atendimentos restritos à etapa da recuperação (2002, p. 8).

Desse parecer, auferese que a análise da área da saúde revela que todas as especialidades clínicas enfocam seu objeto de estudo e suas estratégias de ação, no sentido da restauração da saúde de um estado de enfermidade real para um estado de saúde ótima ou subótima (DELIBERATO, 2002).

Lembra Deliberato (2002, p. 9) que a reabilitação pode ser iniciada o mais precocemente possível, assegurando, assim, as melhores condições na busca de resultados favoráveis. Em sua análise sobre a área de saúde, observa que todas as especialidades clínicas “enfocam seu objeto de estudo e suas estratégias de ação no sentido da restauração da saúde de um estado de enfermidade real para um estado de saúde ótima”.

Na verdade, além do estabelecimento de relações entre o dinamismo da pirâmide de saúde, compreendendo os períodos de patogênese e pré-patogênese, os estados de saúde e os níveis de prevenção, Deliberato (2002) salienta que é possível fomentar ações de nível primário de prevenção, de modo a manter o indivíduo no período pré-patogênese.

Essa intenção de prevenção norteou os estudos de Rebelatto e Botomé (1999), sobre os problemas e a atuação profissional do Fisioterapeuta, em virtude de uma ligação estreita que se mantém com as condições de vida da população. Dentre essas condições, residem a Ciência e demais formas de conhecimento, a administração pública e o regime político-econômico vigente que possui características que aumentam ou facilitam a ocorrência de certos eventos.

De acordo com o conhecimento sobre o assunto, a Epidemiologia Social tem sido responsável pela produção de dados e informações, mas deixa pendente processos de operação e a tecnologia apropriada, esta última dependente do conhecimento originado por outras áreas: administração, política, comportamento, entre outras. Assim,

A partir do momento em que se focaliza a comunidade como uma unidade econômico-política e não somente como um grupo sócio-econômico, a saúde converte-se em assunto político, cuja responsabilidade está não somente em mãos dos indivíduos, técnicos e comunidades, mas também dos governos constituídos (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999, p. 266).

Agregada ao modelo de saúde pública, é preciso adotar nova abordagem que enfatize as vinculações que unem o estado de saúde da população, suas necessidades essenciais e seu desenvolvimento sócio-econômico. É preciso, também, dissociar as ações da Fisioterapia do modelo que originou o campo da atuação profissional para atividades recuperativas e reabilitadoras, pois parece inadequada “a manutenção, até hoje, das concepções de origem, sem integrar transformações”, seja na sociedade, na tecnologia e no conhecimento, que vêm se acumulando desde a sua gênese como profissão (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999, p. 267).

Compreende-se, portanto, que a saúde coletiva, *per se*, não modificará profundamente a dinâmica médica contemporânea, em virtude de que a conscientização social se atrela ao imediato e ao pronto. É preciso que se estabeleça uma sincronia entre o Estado e os organismos comunitários e, sobretudo, que seja visada incondicionalmente a perspectiva preventiva.

Por certo, os registros literários de estudos realizados, dentre os quais muitos serviram como fontes de pesquisa para este trabalho, vêm contribuindo em dimensão teórica e conscientizadora, ainda que limitados apenas aos interessados pela saúde preventiva. Acredita-se que pode haver mudança significativa na forma de atuação da Saúde Pública se comportar como modelo de saúde coletiva e preventiva que mantenha as condições de saúde ótimas da população.

3. POLÍTICAS EDUCACIONAIS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR: DIRETRIZES PARA A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

Para iniciar este tópico, apropriadamente convém citar Martins (1994) que discute a exclusividade da escola no processo educacional, assegurando que não há um único modelo de educação e que esse se estende para além da escola, compreendendo que o ensino escolar não é a única prática educacional e nem o professor é constituído como o único tipo de educador. Opõe duas perguntas que considera essenciais e que suscitam meditação: a) a política educacional diz respeito à educação escolarizada, restringindo-se às paredes e muros escolares? b) mas, se a política educacional diz respeito à educação e a educação está em diversos lugares, então a política educacional também é abrangente e está onde está a educação?

A autora responde a esses questionamentos, impingindo um não à segunda questão e, para a primeira, lembra que a educação existe em todos os grupos sociais e acompanha a evolução da sociedade, constituindo-se aos poucos em um processo que envolve escolas, salas, docentes e métodos pedagógicos, exigindo objetivos e definição do caminho a seguir e das etapas a percorrer, razões para o surgimento da política educacional.

A política educacional não tem lugar fixo e determinado para sua realização, visto seu processo ocorrer onde há pessoas imbuídas da intenção de conduzir a criança para ser o modelo social de adolescente e, posteriormente, de jovem e adulto idealizado pelo grupo social em que ela ocorre. Neste caso, a política educacional atende a uma intenção e esta permitirá compreender um outro aspecto que envolve esta política educacional: o poder, visto que “Toda política educacional é estabelecida e definida por meio de um exercício prático de poder” (MARTINS, 1994, p. 18).

Antes de Martins, porém, Saviani (1993, p. 91) já se havia preocupado com a importância política da educação, tendo-a como meramente condicionada à garantia de que a especificidade da prática educativa não seja dissolvida e destaca que: “De uns tempos para cá se tornou comum a afirmação de que a educação é sempre um ato político”. Tal lugar comum, no entanto, é visto como *slogan* que objetivou combater a idéia de que a educação era entendida como

um fenômeno estritamente técnico-pedagógico, autônomo e independente da questão política.

Para Saviani (1993), a educação e a política se identificam, mas, têm práticas distintas. A educação, diferentemente da prática política, configura uma relação que se trava entre não-antagônicos, pressupondo-se que o educador está a serviço dos interesses do educando, sem comparecer nenhuma dúvida quanto a isso. Pretende o educador acreditar que age em favor do educando, seja na família, na escola ou em qualquer outro lugar ou circunstância. Com a política ocorre o inverso:

A mais superficial das análises põe em evidência que a relação política se trava, fundamentalmente, entre antagônicos. No jogo político se defrontam interesses e perspectivas mutuamente excludentes. Por isso em política o objetivo é vencer e não convencer (SAVIANI, 1993, p. 92).

Nesse ambiente, vige uma relação interna, a prática educativa, que possui uma dimensão política em similaridade ao fato de que toda prática política possui uma dimensão educativa. Assim, insurge-se um viés que se expressa em duas nuances: a dimensão política da educação consiste em que, dirigindo-se aos não-antagônicos a educação só fortalece ou enfraquece por referência aos antagônicos, potencializando ou despotencializando a sua prática política. Quanto à dimensão educativa da política, consiste em que tendo como alvo os antagônicos, a prática política se fortalece ou enfraquece na medida em que, pela sua capacidade de luta, convence os não-antagônicos de sua validade ou não, levando-os a se engajarem ou não, na mesma luta (SAVIANI, 1993).

Por esse motivo é que se funda uma relação interna entre educação e política, de modo a que o desenvolvimento da prática política venha a abrir novas perspectivas para o desenvolvimento da prática especificamente educativa e vice-versa, instalando-se uma dependência recíproca: a educação depende da política quanto às condições objetivas, como a definição de prioridades orçamentárias que se reflete na constituição-consolidação-expansão da infra-estrutura dos serviços educacionais e a política depende da educação no que concerne a certas condições subjetivas, como a aquisição de determinados elementos básicos que possibilita o acesso à informação, à difusão das propostas políticas, à formação de quadros para os partidos e organizações políticas de diferentes tipos.

Por fim, valendo-se ainda das colocações de Saviani (1993), há que se concordar que as relações entre educação e política têm existência histórica e devem ser compreendidas enquanto manifestações sociais determinadas, pois, sob outro ângulo, é vista a inseparabilidade entre educação e política e assim,

[...] em sua existência histórica nas condições atuais, educação e política devem ser entendidas como manifestações de prática social própria da sociedade de classes. Trata-se, pois, de uma sociedade cindida, dividida em interesses antagônicos. Está aí a raiz do primado da política. Com efeito, já que a relação política se trava fundamentalmente entre antagônicos, nas sociedades de classes ela é erigida em prática social fundamental (SAVIANI, 1993, p. 95).

Conforme essa visão, poder-se-ia dizer que há uma dependência recíproca com pesos e equivalência diferenciados, mas que a dependência da educação em relação à política é maior do que inverso, paulatinamente colocando a educação à subordinação da política, já histórica, que pode ser superada porque as condições de exercício da prática política estão inscritas na essência da sociedade capitalista e as condições de exercício da prática educativa estão inscritas na essência da realidade humana “mas são negadas pela sociedade capitalista não podendo se realizar aí senão de forma subordinada, secundária” (SAVIANI, 1993, p. 96).

A educação superior tem suas finalidades instituídas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei Nº 9.394/96 (LDB) - artigo 43, cabe destacar o item VI – “estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviço especializado à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade”. Tal proposição requer uma reflexão sobre a educação e a amplitude que seus efeitos atingem.

Em relação à formação dos profissionais da saúde, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais entre 2001 e 2002, para os cursos de graduação em saúde¹¹ e essas indicam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde, comportando a formação de biomédicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos e terapeutas ocupacionais.

11

Exceto medicina veterinária, psicologia, educação física e serviço social.

Assim sendo, as profissões da saúde mobilizaram-se de maneira expressiva, concordando com a ruptura ao modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras, momento em que os movimentos de mudança na graduação buscavam que as diretrizes indicassem a possibilidade na formação dos profissionais de saúde.

Quanto às diretrizes específicas para graduação em fisioterapia, destaca-se o art. 4º, I:

Art. 4º A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2002, p.1).

Assim, “reafirmando a posição de orientação ao sistema de saúde vigente, algumas profissões destacaram o Sistema Único de Saúde”, como a formação de farmacêuticos, em que constou o aposto com ênfase no SUS, e da formação de nutricionistas e de enfermeiros, nas quais constou ainda que a formação do profissional deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (BRASIL, 2004b, p.3).

Oportunamente, esclarece o Ministério da Saúde que:

Se concebermos as políticas públicas como expressão do exercício da gestão pública de políticas de interesse social, a mudança na graduação deve ser compreendida como parte das transformações necessárias à construção de um novo lugar social à universidade brasileira. Consideramos, então, fundamental firmar uma política pública, intersetorial, que estimule e favoreça a mudança na graduação - para que as diretrizes constitucionais do SUS e as diretrizes curriculares nacionais pertençam à obediência às normas gerais da União e à observância às diretrizes gerais pertinentes ou atinentes, como prevê a LDB (BRASIL, 2004b, p.3).

Mesmo que tenham sido construídas as Diretrizes Curriculares Nacionais, para que a mudança na formação ocorra amplamente nas graduações

em saúde, enseja-se que novas etapas sejam cumpridas, além do natural reconhecimento da necessidade da transformação, da aceitação de novos caminhos conceituais e do conhecimento de novas práticas. Deve-se, sobretudo, promover a superação de conceitos e práticas hegemônicos já instalados no ambiente interno e externo das instituições formadoras (BRASIL, 2004b).

Com relação à formação profissional, especificamente quanto ao profissional da saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004) registram que a formação para o setor passou a ser novo objeto para a gestão do ensino, no mesmo patamar que as lutas pela reforma sanitária, essas que acumularam ações propositivas no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, passando a ser compreendidas como movimentos sociais de mudança na educação dos profissionais de saúde.

Tais movimentos buscaram comprometer os atores da saúde com esse debate e dela subsumiu o engajamento do Conselho Nacional de Saúde na disputa pela mudança dos perfis profissionais e com importante mobilização, tida como “fundamental para que a definição das novas diretrizes curriculares nacionais correspondesse às necessidades reconhecidas como relevantes ao SUS e à população” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.1401).

A partir deste novo ambiente, as universidades e outras instituições formadoras vêm sendo pressionadas por mudanças no processo de formação e na maneira como a universidade se relaciona com a sociedade. É fato que a necessidade de mudança não se desprende das novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde e as exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, a inserção da transdisciplinaridade na produção de conhecimento e mesmo da premência com que a universidade deve reconstruir seu papel social em confronto com a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento na contemporaneidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

De acordo com a Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, em seus artigos 13, 15 e 27, legislação infra constitucional determina o cumprimento do objetivo de contribuir para a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino e a constituição dos serviços públicos que integram o SUS, como campos de prática para o ensino e a pesquisa, obedecendo a normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1990).

Na Lei Orgânica da Saúde, confirmam Ceccim e Feuerwerker (2004) observa-se no título relativo aos recursos humanos que a política para os trabalhadores da área deve cumprir o objetivo de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, e de viabilizar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

Comentam os mesmos autores que o sistema educacional está incluído no ordenamento da formação ou da organização do sistema de formação em virtude desse setor deter os instrumentos de gestão e a legitimidade de regulação da educação nacional, mas ressaltam que essas funções sociais do ordenamento, controle, fiscalização, auditoria e avaliação são função de Estado e ganham características próprias no setor da saúde, condicionadas a outro princípio norteador das políticas públicas, o controle social que envolve a participação popular com poder decisório, regulamentada por lei específica.

Enfatizam Ceccim e Feuerwerker (2004) que a saúde e a educação, concomitantemente, pela legitimidade e legalidade que lhes é pacífica, devem ocupar-se das funções de regulação de Estado, consoante a formação na área da saúde e submeter as principais decisões políticas a participação popular. Quanto à formação na área de saúde, enumeram os seguintes pontos-chave: credenciamento, descredenciamento, recredenciamento de cursos, programas e escolas de formação; elevação da capacidade educativa dos mesmos; observação do cumprimento das funções públicas de formação das novas gerações profissionais; melhoria das condições de ensino-aprendizagem; estruturação de processos de avaliação institucional, externa e interna e ações de transformação institucional.

Para os autores em estudo, desapegando-se de artifício ou de demagogia, é fato que a participação popular “[...] deve assegurar a mais ampla permeabilidade da atenção e da formação em saúde às necessidades dos usuários”, visto que as necessidades dos usuários das ações e serviços de saúde passam à condição de direito, pelo natural fato de ser uma pessoa e de ter o direito de ser atendido, conforme as necessidades, ou porque se trata do objeto da saúde: **assegurar plena atenção às necessidades das pessoas** (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.1401 – grifo nosso).

Por outro lado, as políticas públicas e graduação em saúde passaram a ser fator de consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde, quanto à hegemonia da abordagem biológica, centrada na figura do médico e

em procedimentos na qualificação para o trabalho, tal como efetuada pela educação superior nacional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.2), o modelo pedagógico-hegemônico de ensino em saúde é centrado em conteúdos e obedece ao seguinte formato:

Organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando à precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde.

A constatação, no entanto, ditada pelo mesmo Ministério, é de que se instala na abordagem clássica da formação em saúde um ensino tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, resultado de planejamento que segue o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional.

A crítica, contudo, acerca do projeto hegemônico de formação nas profissões de saúde, presente desde muitos anos, inclui as organizações docentes, estudantis e de participação popular, a ponto de, em várias carreiras, se constituírem movimentos organizados de docentes e estudantes que buscaram produção de melhores caminhos e estratégias para a inovação e transformação na orientação e na organização dos cursos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Assim,

A perspectiva tradicional do ensino na educação superior desconhece as estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes, ignorando a acumulação existente na educação relativamente à construção das aprendizagens e acerca da produção e circulação de saberes na contemporaneidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.1402).

O Conselho Nacional de Educação (CNE) e a Câmara de Educação Superior (CES) instituíram as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, em 2002, pela Resolução CNE/CES Nº 4 e, assim,

determina quanto à atuação em âmbito social do profissional citado, destacados os arts 3º, 4º, 5º e 7º: Art. 3º:

O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade (BRASIL, 2002b, p.1).

Tem-se na graduação como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais; quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, até a eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.

O art. 4º dispõe que a formação do Fisioterapeuta objetiva dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades gerais que incluem a atenção à saúde. Quanto aos profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual, quanto coletivo. Seu trabalho deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Isso deverá proporcionar a acessibilidade e a confidencialidade das informações a eles confiada, devendo ainda assumir posições de liderança, visando ao bem-estar da comunidade, buscando aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

No art. 5º registra-se que a formação do Fisioterapeuta objetiva dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades específicas. No inciso I, registra-se o dever de respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional; no inciso II, consta que cabe ao profissional Fisioterapeuta atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Para tanto, deve integrar-se a programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizando-se e comprometendo-se com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o.

Quanto aos demais incisos destaca-se que este profissional deve exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social e desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultorias e auditorias, no âmbito de sua competência profissional (BRASIL, 2002a).

Nas determinações do art. 7º da CNE/CES nº 4, observa-se que a formação do Fisioterapeuta deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente, destaca em seu parágrafo único:

“Parágrafo único. A carga horária do estágio curricular supervisionado deverá assegurar a prática de intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde etc.”, Observa-se que, criteriosamente, consta a realização do estágio supervisionado como **comunitário/unidades básicas de saúde** (grifo nosso), portanto, há uma orientação para a atuação do Fisioterapeuta na prevenção e atuação coletiva de doenças (BRASIL, 2002a).

O provimento das profissões de Fisioterapeuta e terapeuta ocupacional deu-se pelo Decreto-lei Nº 938 de 14 de outubro de 1969. são destacados aqui os artigos 1º ao 4º, que tratam da atividade do profissional:

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

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

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

Art. 4º. É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente (BRASIL, 1969).

Contudo, a atuação dos serviços públicos de saúde fundamenta-se, inicialmente, nos conceitos de saúde e doença, abordados por Deliberato (2002).

Com relação à prevenção como “ato ou efeito de prevenir-se; precaução, cautela; preconceito; disposição prévia”, foi registrada por Moraes (1995 apud DELIBERATO, 2002, p.3).

Assim, ciente da dificuldade em definir precisamente o que seja saúde, Deliberato (2002, p.3 – grifos no original) se justifica de modo que: “... a

definição do próprio termo *saúde* não é uníssona; se não é possível conceituar *saúde*, como fazer para conceituar prevenção em saúde?”.

A evolução da concepção de saúde e as políticas definidas para este setor tiveram influências na concepção das práticas em saúde, desenvolvidas pelos diferentes profissionais que compõem as equipes de saúde. Assim, também a fisioterapia, desde a sua origem até a atualidade, apresenta características desta evolução. Neste sentido, cabe retomar a trajetória profissional desta profissão.

4. A FISIOTERAPIA: FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

A Fisioterapia, considerada como Ciência do Movimento Humano, recebe seus primeiros registros históricos na época do Cong Fou, da China Antiga, um documento escrito sobre exercícios terapêuticos que tratava de um conjunto de posturas e movimentos rituais, prescritos pelos sacerdotes, para o alívio da dor e de outros sintomas (FERRETTI, 2001).

Na antiguidade, 4.000 a.C. e 395 d.C. a preocupação com os indivíduos que apresentavam algum mal traduzia-se na compreensão desse como doença. O tratamento médico incluía agentes físicos como terapia, configurando-se uma espécie de Fisioterapia pelo fato de já existir uma série de exercícios e de terapias como agentes físicos utilizados pelos médicos da época (FERRETTI, 2001).

A ação sobre as doenças desde a antiguidade é descrita como fator de preocupação:

Na Antigüidade, havia uma forte preocupação com as pessoas que apresentavam “diferenças incômodas”, designadas “doenças”. Havia, como decorrência, uma preocupação de eliminar essas “diferenças incômodas”, através de recursos, técnicas, instrumentos, procedimentos. Os agentes físicos (por exemplo, a eletricidade do peixe elétrico, os movimentos do corpo humano) eram tipos de instrumentos utilizados para eliminar ou reduzir estas ‘diferenças incômodas’... verifica-se na Antigüidade, uma ausência de estudos ou aplicações onde o interesse fosse voltado para evitar a ocorrência de morbididades. O trabalho parece ser fundamentalmente definido e dirigido pela “doença” instalada, visível ou incômoda (REBELATTO; BOTOMÉ, 1987, p.13-4).

Segundo Ferretti (2001), o quadro descrito revela preocupação em eliminar aquilo que denominavam de doença, reduzindo os males do corpo e induzindo à reabilitação física, na busca da adaptação do ser humano às condições das lesões.

De Rebelatto e Botomé (1999, p. 38) as informações são que, após 1550, ao declinar o Renascimento na Itália, “diversos autores desenvolveram trabalhos relativos ao exercício físico que influenciaram as formas de aplicação desse ‘*instrumento*’ no mundo ocidental” (grifo no original).

Dentre os clássicos da Fisioterapia incluem-se os trabalhos de Don Francisco y Ondeano Amorós (1779-1849) e a divisão da ginástica em quatro pontos, sendo o terceiro a Cinesioterapia. G. Stebbin e B. Mesendiac vêem como finalidade de seu sistema a prevenção de lesões corporais e sua correção. Rothstein

tenta, em 1847, incluir ,na educação física alemã, os pensamentos preventivos e corretivos do cuidado com o corpo, contidos no sistema de Ling¹². Newman (1850-1880) publicou Gimnásia dietética para sanas, a partir das idéias profiláticas de Ling (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999,p.38).

Da Sociedade Médica de Berlim, em 1864, Lindeman (1970, p. 183 apud Rebelatto; Botomé, 1999) destaca que o apoio à ginástica para moças indica o tratamento de enfermos, mediante prática de exercício, como diferente da ginástica para pessoas sãs.

No texto de um informe dessa Sociedade Médica, encontra-se que: “[...] os enfermos e aqueles cuja coluna vertebral sofre deformidades ou alterações posturais de ombros e cadeiras, correspondem às salas de cura e não às lições de ginástica para sãos” (LINDEMAN, 1970, p. 183 apud REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 38).

A Fisioterapia passa, então, a ser ensinada em clínicas e somente nas clínicas universitárias, consequência da passagem de instituições de educação física pura para tratamento de enfermos, iniciado na primeira metade do século XX.

O exercício físico e as outras maneiras de atuar que caracterizam a Fisioterapia [...] são desenvolvidos com uma preocupação voltada para o tratamento de pessoas acometidas de patologias, constituindo uma nova área de estudo e novo ramo de trabalho (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 43).

Assim, seguindo-se o raciocínio dos autores referenciados, o exercício físico passa a ter função reabilitadora, mas, essencialmente trazendo outra profissão ao mercado de atuação médico social.

Observando-se o contexto do surgimento da Fisioterapia, verifica-se uma atuação voltada às doenças músculo-esqueléticas ou a demais problemas relacionados, mediante aplicação de técnicas e recursos terapêuticos que visam apenas tratar e eliminar os sintomas. Para Rebelatto (1991), não se visualiza preocupação em identificar quais são os problemas que mais estão acometendo a população e para eles propor formas de intervenção que venham a minimizar sua ocorrência, ainda que não se caracterizem definitivamente como procedimentos preventivos.

¹² Ling foi um professor sueco de ginástica e massagens corretivas, que, embora não tenha publicado obras escritas, seus discípulos o popularizaram, particularmente em 1847, quando seus princípios foram divulgados.

A abordagem à atuação do Fisioterapeuta como agente social permite comentários sobre a superação da unicausalidade das doenças e que, na década de 1960, fosse desenvolvido o conceito da multicausalidade desses fenômenos. Ainda que os conhecimentos produzidos no campo da Epidemiologia Social fossem ignorados, a atuação e formação profissional no campo da saúde continuam baseadas nos conceitos biológicos da determinação da doença e na intervenção profissional destinada à eliminação de fatores individuais e ou de pequenos grupos (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

A Fisioterapia, como parte integrante da área, sofreu oscilações no decorrer da história, tendo seus recursos e as diversas formas de atuação voltados, quase que exclusivamente, para o atendimento ao indivíduo doente (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

De outra parte, a Fisioterapia registra em sua história, legislação e formação dos novos profissionais a manutenção dos modelos comuns da área da saúde, ou seja, um enfoque baseado no tratamento da patologia do movimento e da postura, ou na utilização do movimento para o tratamento de patologias de um organismo (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Para De Vitta (1999, p. 81), desenha-se um tipo de assistência limitado ao enfoque curativo que, além de conter características prejudiciais à população pelo fato de que os Fisioterapeutas intervêm somente após os indivíduos estarem doentes, expressa uma formação de profissionais mais para a doença do que para a saúde “se considerar que estes não possuem repertório para cuidar de outros estados das condições de saúde da população, além daqueles que se caracterizam pela doença instalada e, freqüentemente, avançada”.

No Brasil, a área de saúde passou a utilizar os recursos físicos na assistência à saúde na época da industrialização, com objetivos voltados à assistência curativa e reabilitadora. Em 1951, iniciou-se o primeiro curso para a formação de técnicos em Fisioterapia, até 1956, pelo Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de São Paulo “[...] para formar Fisioterapeutas que atuassem em reabilitação” (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 49).

Para Deliberato (2002), falar da aplicação da Fisioterapia preventiva é compreender, dentre outras questões, a da inatividade. Um exemplo disso é a imobilização de um segmento, que possui ação benéfica sobre a cicatrização óssea após fraturas. Destarte, ao repouso ou imobilidade que facilita a cura de parte do

corpo que se encontra lesada, acrescenta-se que também essa imobilidade ou a restrição do paciente ao leito poderá trazer efeitos deletérios.

Estudos mostram que a imobilização regional ou a restrição corporal ao leito tem trazido conseqüências. Seus efeitos negativos podem até mesmo superar os benefícios terapêuticos do imobilismo “tornando-se mais prejudicial à saúde do paciente do que o próprio distúrbio primário” (DELIBERATO, 2002, p. 63).

A percepção do Fisioterapeuta, profissional preparado para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, poderá evitar as complicações causadas pela imobilidade prolongada de uma região particular ou mesmo de todo o corpo. Para isso, poderá interromper o declínio das condições de saúde da pessoa, por meio de atuação em níveis secundários ou terciários de prevenção.

Ações dessa natureza requerem desse profissional visão e formação preventivistas, que conheça os processos fisiopatológicos e que saiba agir, de forma rápida e eficiente, no processo de reconhecimento dos fatores envolvidos e na resolução dos problemas apresentados (DELIBERATO, 2002).

De Vitta (1999, p.49), ao discorrer sobre a realização de uma atuação preventiva por parte dos Fisioterapeutas por meio da descoberta de comportamentos, questiona: “de que maneira estabelecer um procedimento que possibilite descobrir comportamentos relacionados a situações reais de maneira a capacitar os profissionais fisioterapeutas a lidarem com essas situações?”.

A capacitação referida pelo autor diz respeito a criar condições para que o profissional possa emitir determinados tipos de ações, como saber identificar os possíveis fatores de risco presentes em determinadas situações laborais, englobando as doenças músculo-esqueléticas. Trata-se, sobretudo, de absorver aquilo que Botomé (1981 apud DE VITTA, 1999) já havia descrito sobre o comportamento entendido como as relações daquilo que o organismo faz com o ambiente em que o faz, de modo que uma análise deve levar em conta as ações apresentadas pelo organismo e as relações dessas ações com os estímulos que antecedem suas emissões e os estímulos que dela decorrem.

Para propiciar o entendimento do termo “capacitar profissionais”, Botomé (1981) baseia-as no objetivo comportamental de ensino, consentindo que esse objetivo deve explicitar o que se deseja obter nas ações do aprendiz, ao final de um processo de aprendizagem e em relação às quais deverá lidar como profissional.

Rebelatto (1991), por sua vez, desenvolveu uma maneira voltada para a descoberta de comportamentos compostos de ações que sejam adequadas a uma dada situação, visando sua emissão, sob controle de aspectos relevantes dessa situação e com possibilidade de mudar essa mesma situação para uma direção desejada. Neste caso, o exame de uma situação específica e dos resultados de interesse, permitirá a proposição de respostas adequadas a essa situação e da testagem de relações entre cada um desses componentes do comportamento descoberto no sentido de verificação de sua adequação.

A forma desenvolvida por Rebelatto (1991) propõe-se a identificar comportamentos a serem desenvolvidos nos profissionais fisioterapeutas com o fim de que sejam capazes de realizar intervenções preventivas em relação às patologias músculo-esqueléticas. Todavia, a intenção de realizar uma síntese comportamental requer o atendimento a objetivos específicos: a) identificar categorias de classes de estímulos que controlam classes de respostas do comportamento profissional; b) descrever os resultados desejáveis em relação às situações identificadas; c) propor classes de ações, cuja execução contenha alta probabilidade de obtenção dos resultados previstos.

Para que sejam atingidos esses objetivos, é lícito relacionar alguns fatores determinantes no sentido da realização de intervenções preventivas e que constituem as várias situações ou condições que provocam as doenças músculo-esqueléticas (artrose e lombalgia) e que podem ser consideradas estímulos para a realização dessas intervenções preventivas por parte dos profissionais: fatores associados ao trabalho; fatores de ordem pessoal; alterações de natureza mecânica (DE VITTA, 1999).

5. PESQUISA DE CAMPO: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS E DOS RESULTADOS

A compreensão da relação entre as políticas sociais de educação e de saúde na formação do Fisioterapeuta, com vistas a sua atuação em saúde coletiva, objetivo principal deste estudo, envolveu a análise do Plano de Saúde Municipal de Pato Branco, do Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco – FADEP e dos dados obtidos com profissionais de saúde do Município e dos professores do Curso de Fisioterapia da citada Faculdade.

Assim, para a apresentação dos resultados da pesquisa se fez necessário dividir essa seção em subitens específicos, de modo que os assuntos abordados atendam os objetivos propostos para o estudo.

Inicialmente apresenta-se o Plano de Saúde do Município de Pato Branco, com breve enfoque sobre a sua área de localização e de atuação. São descritos o Plano de Saúde do Município de Pato Branco, o Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco - FADEP, resultados da percepção dos professores e dos profissionais das Unidades de Saúde sobre a atuação do Fisioterapeuta em Saúde Coletiva, compreendendo entrevistas com Profissionais das Unidades de Saúde e Entrevista com Professores da Faculdade de Pato Branco – FADEP, seguidas da análise dos resultados.

5.1 Plano de Saúde do Município de Pato Branco

A autorização para a divulgação dos dados sobre o Plano de Saúde do Município de Pato Branco foi feita através de Ofício (Anexo 1).

O Plano de Saúde do Município de Pato Branco foi aprovado para o período de 2001 a 2005, citado na Lei nº 8.080 - Lei Orgânica da Saúde – devendo anualmente ser reelaborados 5 (cinco) Relatórios de Gestão e possíveis implementações estratégicas ao Plano, sempre que se fizer necessário alterar a focalização de interesses à saúde pública (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO, 2001, p.6).

Seu conteúdo foi determinado a partir da identificação do Município de Pato Branco, suas características e aspectos, levantamento de dados que geram

informações importantes para a saúde pública, atentando para a veracidade das mesmas por evidenciar problemas e situações para possíveis intervenções públicas.

Em relação aos aspectos geográficos de Pato Branco verifica-se que o município possui uma área territorial de 540 km² localizada na Região Sudoeste do Paraná, limitando-se, ao Norte, com o município de Itapejara D'Oeste e Coronel Vivida; ao Sul, com Vitorino e Mariópolis; ao Leste, com Clevelândia e Honório Serpa; a Oeste, com Bom Sucesso do Sul e Renascença.

Sua altitude média é de 760 m, sendo a característica básica da região uma topografia bastante acidentada. A região tem clima subtropical superúmido, sendo a temperatura média das máximas de 27° C e a média das mínimas de 13° C, e a média de 20°C. As geadas são freqüentes no inverno e a incidência de chuvas mais intensas ocorre de novembro a março. No município predomina o minifúndio (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO, 2001, p.8).

Quanto aos aspectos demográficos de Pato Branco, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram, a partir do censo demográfico do ano de 2000, uma população de 62.167 habitantes, sendo 30.025 habitantes do sexo masculino e 32.142 habitantes do sexo feminino. Dessa população, 56.739 são habitantes na área urbana e 5.428 da área rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO, 2001, p.8).

Com relação aos aspectos econômicos, destaca-se a estrutura fundiária com uma área urbana de 4.101,00 ha e uma área rural de 51.251,00 ha. Na distribuição de área e produtores, a maior área 36,1 %, encontra-se no intervalo entre 20,1 a 50,0 ha com 37,9 % dos produtores.

Na área urbana, o município de Pato Branco desenvolve a sua capacidade de industrialização. Conta com um Parque Industrial para instalação de novas indústrias, além das existentes, em número de 252 (duzentas e cinquenta e duas) indústrias, incluindo diversos ramos de atividade, dentre os quais destacam-se os seguintes: fabricação de móveis, confecções de roupas, fabricação de esquadrias de madeira, metalurgia de zinco, fabricação de estruturas de pré-moldados, fabricação de embalagem de plástico, fabricação de adubos e fertilizantes, fabricação de artefatos de material plástico para uso na construção civil, metalurgia de materiais não-ferrosos, fabricação de carrocerias (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO, 2006).

A área comercial conta com 1.161 (um mil cento e sessenta e um) estabelecimentos; na prestação de serviços são 1.611 (um mil seiscentos e onze) prestadores (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO, 2001).

Cabe destacar o desenvolvimento na área tecnológica, com viabilização para Pato Branco ser o Pólo de Elétronica do Sudoeste do Paraná, com estudos para a implantação do Parque Tecnológico de Pato Branco, através de parcerias entre a Prefeitura Municipal e a UFTPR – Campus Pato Branco.

As oportunidades de investimentos estão na área de agroindustrialização: reciclagem de papel, vidro e metais; na indústria eletro-eletrônica, sendo Pato Branco um município competitivo no MERCOSUL.

A estrutura educacional do município conta com 20 escolas municipais, somando 413 alunos no maternal; 941, na pré-escola; 2.811, no 1º grau e 98, em educação especial.

Em todas as escolas municipais está sendo implantado o programa de Educação em Tempo Integral. A nível estadual, são 16 escolas, somando 7.341 alunos do 1º grau; 2.306, no 2º grau, 50, em educação especial.

A nível federal, conta com um Campus da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), somando 1.323 alunos no 2º grau e 977, no 3º grau. No nível privado, são 10 escolas, com 2.007 alunos de 1º grau; 994, de 2º grau e 149, em educação especial (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO, 2001).

No município de Pato Branco localizam-se as Instituições de Ensino Superior de caráter privado: a Faculdade de Pato Branco – FADEP e a Faculdade Mater Dei.

A primeira, a Faculdade de Pato Branco – FADEP, oferece Curso de Administração, com Habilitação em Administração Geral, em Administração Rural, em Comércio Exterior e em Gestão da Informação; Curso de Comunicação Social, com Habilitação em Jornalismo e com Habilitação em Publicidade e Propaganda; Curso de Enfermagem; Curso de Educação Físico; Curso de Fisioterapia; Curso de Nutrição; Curso de Pedagogia, com Habilitação em Orientação Educacional e Supervisão Escolar e Curso de Psicologia (FADEP, 2006).

A FADEP, em documento oficial, informa que o número de alunos matriculados no primeiro semestre de 2006 totaliza 1.742 (um mil, setecentos e quarenta e dois) alunos (Anexo 2).

Na Faculdade Mater Dei, são oferecidos o Curso de Administração, com Habilitações em Gestão de Negócios, Gestão de Turismo, Marketing e Comércio Exterior, Curso de Direito e Sistemas de Informação.

A Faculdade Mater Dei, em documento oficial informa que os cursos e números de vagas ofertados pela instituição totalizam 440 (Quatrocentos e quarenta) vagas nos 3 (três) cursos: Administração, Direito e Sistemas de Informação (Anexo 3).

No tocante aos aspectos ambientais, no dia 6 de dezembro de 1.995 foi sancionada a Lei Nº 1.404 que disciplina a coleta de lixo urbano no Município de Pato Branco.

A população do município de Pato Branco é atendida com água e esgoto, através da SANEPAR. De acordo com estatística obtida até dezembro de 2000, a cobertura de abastecimento de água tratada foi de 99,21 % e de tratamento de esgoto de 48,07% da população (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO, 2001).

A delimitação dos bairros na área urbana com localização de Unidades de Saúde, Escolas e Núcleo de Qualidade pode ser visualizada na figura 1 (Anexo 4).

As Unidades de Saúde, no interior do município de Pato Branco, são apresentadas na figura 2 (Anexo 5) e, na figura 3, as Unidades de Saúde são destacadas na região urbana do município (Anexo 6).

Na tabela analisada a seguir são apresentados os municípios na abrangência da Sétima Regional de Saúde com a população, seu respectivo percentual e por faixa etária, estimada para o ano de 2000.

Tabela 1 - População residente, por faixa etária, na abrangência da Sétima Regional de Saúde do Estado do Paraná

Município	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ign.	Total	%
Saudade do Iguaçu	64	247	380	400	365	480	426	336	266	149	62	14	7	3.196	1,4
Bom Sucesso do Sul	47	277	340	354	310	535	519	384	290	172	104	28	1	3.361	1,5
Sulina	55	253	390	399	392	567	501	414	329	175	86	27	0	3.588	1,6
Mariópolis	119	498	654	666	558	1031	943	719	439	341	135	50	-2	6.151	2,7
Coronel Domingos Soares	162	585	805	828	692	1137	763	541	399	195	75	31	14	6.227	2,8
Vitorino	141	531	624	653	595	1087	962	684	511	336	171	51	-5	6.341	2,8

Continuação

Honório Serpa	189	734	887	936	821	1096	918	612	403	206	75	26	27	6.930	3,1
Itapejara d'Oeste	171	655	884	947	825	1347	1394	1065	715	499	254	60	8	8.824	3,9
São João	176	838	1129	1128	1004	1490	1549	1228	777	549	248	82	18	10.216	4,5
Mangueirinha	400	1671	1953	1995	1845	2813	2164	1555	939	565	262	79	15	16.256	7,2
Clevelândia	429	1718	1984	1971	1730	2944	2626	1790	1253	892	357	132	11	17.837	7,9
Chopinzinho	450	1803	2328	2452	2003	3455	3067	2213	1485	919	404	142	39	20.760	9,2
Coronel Vivida	482	2010	2381	2703	2175	3654	3463	2500	1693	1162	580	206	20	23.029	10,2
Palmas	539	2292	3143	3013	2817	4939	3824	2650	1642	1079	494	161	129	26.722	11,9
Pato Branco	1296	5248	6643	6870	6505	11460	11143	7547	4153	2700	1234	434	52	65.285	29,1
Total	4720	19360	24525	25315	22637	38035	34262	24238	15294	9939	4541	1523	334	224.723	100,0

Fonte: DATASUS do Ministério da Saúde apud Fundação de Saúde de Pato Branco, 2001, p.10.

É de competência da Fundação de Saúde de Pato Branco:

- Formular, planejar, orientar, gerir e executar a política municipal de saúde, através de ações, serviços, programas e atividades de caráter preventivo e curativo;
- Planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com a rede estadual e federal;
- Gerir, executar, controlar e avaliar as ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- Executar os serviços de: vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; alimento e nutrição.
- Fiscalizar os agressores do meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana, atuando em conjunto com os órgãos estaduais e federais competentes para controlá-las;
- Formar consórcios intermunicipais de saúde, mediante indicação técnica;
- Manter laboratórios públicos de saúde;
- Avaliar e controlar a execução de convênios celebrados pelo Município com entidades privadas prestadores de serviços de saúde;
- Executar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- Participar do controle, fiscalização, produção, transporte guarda e utilização de substâncias e produtos psicotrópicos, tóxicos e radioativos;
- Participar da proteção do meio ambiente;
- Manter um setor de compras, exercido por profissionais experientes em materiais e insumos de saúde, sem vinculação de nenhuma espécie com fornecedores;
- Promover e manter pesquisas em saúde;
- Garantir aos profissionais de saúde a escolha dos melhores métodos técnicos disponíveis no sistema, para tratamento e diagnóstico;
- Organizar distritos sanitários com alocação de recursos técnicos e práticos de saúde adequados à realidade epidemiológica local, em consonância com a Lei Orgânica do Município e o Plano Diretor de Saúde do mesmo;
- Promover a profissionalização, formação e aperfeiçoamento dos recursos humanos vinculados ao Sistema Único de Saúde do Município (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO, 2001, p.50-1).

Observando os itens destacados como competências da Fundação de Saúde de Pato Branco, verifica-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais do

Curso de Graduação em Fisioterapia possibilitam a atuação do Fisioterapeuta em algumas dessas competências. Citando um exemplo, o art. 5º, IV, dispõe que:

reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Vê-se a oportunidade de o Fisioterapeuta desenvolver a competência de “Formular, planejar, orientar, gerir e executar a política municipal de saúde, através de ações, serviços, programas e atividades de caráter preventivo e curativo” (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO, 2001, p.50-1).

Ao observar no Art. 6º das mesmas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia a determinação de que os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem estar integrados à realidade epidemiológica e profissional, compreende-se que o Fisioterapeuta poderá atuar na execução de serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimento e nutrição.

A Estrutura Organizacional da Fundação de Saúde de Pato Branco compõe-se de órgãos de aconselhamento, o Conselho Deliberativo e o Conselho Municipal de Saúde; de órgão de assessoria, a Assessoria Jurídica; de órgão de administração geral, o Departamento Administrativo Financeiro e o Departamento de Saúde; de órgão da administração direta, a Direção do Sistema Municipal de Auditoria. O Organograma da Fundação encontra-se anexo (Anexo 7).

Trata-se de um Plano bem elaborado, que pode ser ajustado para a atuação da Fisioterapia na Saúde Coletiva, se houver interesse em promover a inserção do profissional Fisioterapeuta nas Unidades de Saúde.

Apresentados esses dados sobre o Plano de Saúde do Município de Pato Branco, o item seguinte aborda o Projeto Político-Pedagógico do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco – FADEP.

5.2 Projeto Político-Pedagógico do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco – FADEP

Para relatar dados do Projeto Político-Pedagógico (PPP) da Faculdade Educacional do Sudoeste do Paraná, apresenta-se a instituição mantida pela Associação Patobranquense de Ensino Superior S/C Ltda, pessoa jurídica de direito privado, registrada em 21/12/1999.

A implantação do Curso de Fisioterapia na Faculdade de Pato Branco - FADEP atende as recomendações das diretrizes curriculares, assegurando as bases nacionais configuradas nos campos de estudo dos conhecimentos biológicos, humanos e sociais, biotecnológicos e fisioterapêuticos. Tais campos compreendem ciclos de matérias de formação geral, da área biológica e matérias pré-profissionalizantes e profissionalizantes, integrando uma formação de 4788 horas. A duração do curso é de cinco anos, com ingresso por meio de processo seletivo semestral, disponibilizadas 100 vagas anuais, com turno de funcionamento diurno integral. Na justificativa do PPP, a criação do curso de graduação em Fisioterapia pela Faculdade Educacional do Sudoeste do Paraná, explicita “o compromisso institucional assumido, de cumprir um cronograma de proposição de cursos de graduação na busca da consolidação de um espaço institucionalizado para a discussão das áreas de saúde e suas práticas” (FADEP, 2001, p. 22).

Considera ainda, em sua justificativa, que:

A evolução da história da Fisioterapia estruturou-se sobre o atuar voltado para reabilitar, porém, nas últimas décadas percebe-se uma clara e evidente evolução do atuar voltado para o campo social, participando dos projetos assistenciais em saúde pública, evolução esta que originou-se devido ao crescente número que especializam-se a nível Lato e Stricto Sensu, grupo de docentes e pesquisadores que demonstram-se preocupados em ver a profissão evoluir (FADEP, 2001, p. 22).

O curso de Fisioterapia da Faculdade Educacional do Sudoeste do Paraná elabora um Currículo Pleno que segue as Novas Diretrizes da Educação, “ênfatizando a formação humanista, a importância do profissional atuar na atenção primária, secundária e terciária em saúde”, através da pesquisa e da evolução científica nesta área do saber, da qualidade de vida dos cidadãos, atualização frente à eficácia dos recursos tecnológicos relativos à atuação Fisioterapêutica (FADEP, 2001, p. 36).

Os objetivos do curso de Fisioterapia da Faculdade Educacional do Sudoeste do Paraná são os seguintes:

Formar profissionais fisioterapeutas aptos a atuarem em todos os níveis de atenção à Saúde, com uma visão ampla e global, dotada de princípios éticos, capaz, em sua intervenção, de preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções do corpo humano; uma vez que estas aptidões são essenciais à formulação de respostas profissionais às complexidades bio-psico-sociais (FADEP, 2006, p. 01).

O perfil profissional desejado para o Fisioterapeuta graduado pela Faculdade Educacional do Sudoeste do Paraná baseia-se em uma proposta Pedagógica que contempla uma formação científico-técnica, humanística e social.

Nesta proposta, a Faculdade Educacional do Sudoeste do Paraná entende que o curso oportunizará ao aluno conhecimentos da área biológica, no que se refere aos sistemas músculo-esquelético, nervoso, cardiorespiratório, endócrino, genito urinário e metabólico, estabelecendo uma interdependência entre a estrutura e seu funcionamento no organismo humano.

Desta forma, o perfil do Fisioterapeuta, formado pela Faculdade de Pato Branco, “é o de um profissional liberal de nível superior, membro da equipe de Saúde, capacitado a desempenhar suas atividades profissionais, e também, nas áreas da saúde coletiva, administrativa e de pesquisa científica” (FADEP, 2006, p. 01).

Quanto à grade curricular, apresenta-se o disposto a seguir, Portaria 2865/MEC, com vigência a partir do ano de 2002 com 10 (dez) períodos.

Para este estudo, relaciona-se a grade curricular referente ao 3º semestre, destacando, no Código FIS04175, a Fisioterapia Preventiva. Segue-se a grade curricular referente ao 5º semestre, destacando, no Código FIS04190, a Saúde Coletiva.

A partir do 6º período, iniciam-se os estágios, constando no Código FIS04197, o Estágio Supervisionado Saúde Coletiva I e, no 7º período, Código FIS04203, o Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva II.

Tabela 2 – Grade curricular da FADEP 3º semestre

CÓDIGO	DISCIPLINAS	PRÉ-REQ	CH TEÓRICA	CH PRÁTICA	SEMANAL	SEMESTRAL
3º SEMESTRE						
FIS04349	Cinesiologia	FIS04141	04	01	05	90
		FIS04122				
FIS04171	Eletrotermofototerapia	FIS04141	03	02	05	90
		FIS04142				
FIS04172	Semiologia Músculo-Articular	FIS04141	02	02	04	72
		FIS04122				
FIS04173	Patologia Geral	FIS04141	04		04	72
FIS04078	Fisiologia do Exercício	FIS04122	03	01	04	72
FIS04175	Fisioterapia Preventiva		02	01	03	54
FIS04176	Fisioterapia Aplicada em Socorros Urgentes e Procedimentos Hospitalares		02	01	03	54

Fonte: Faculdade de Pato Branco – FADEP/Fisioterapia, 2006, p.01.

Na disciplina de Fisioterapia Preventiva são ministradas 03 (três) aulas semanais, completando 54 aulas semestrais. Essas aulas atendem a formação pretendida em saúde preventiva e têm, como objetivo, analisar as possibilidades de atuação nos diversos ambientes (domiciliar, escolar, profissional, comunidade e outros), investigando as condições de saúde e intervindo por meio de ações preventivas.

Tabela 3 – Grade curricular da FADEP 5º semestre

CÓDIGO	DISCIPLINAS	PRÉ-REQ	CH TEÓRICA	CH PRÁTICA	SEMANAL	SEMESTRAL
5º SEMESTRE						
FIS04184	Cinesioterapia II	FIS04177	02	02	04	72
FIS04185	Neurologia Básica	FIS04177	04		04	72
FIS04186	Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica	FIS04178	02	02	04	72
FIS04187	Imaginologia		03		03	54
FIS04188	Fisioterapia Respiratória	FIS04182	02	02	04	72
FIS04189	Pediatria Básica	FIS04177	04		04	72
FIS04190	Saúde Coletiva	FIS04175	03		03	54
FIS04153	Farmacologia	FIS04140	04		04	72

Fonte: Faculdade de Pato Branco – FADEP/Fisioterapia, 2006, p.01.

Da mesma forma, quanto à disciplina de Saúde Coletiva, a carga horária de 54 aulas semestrais permite a formação do acadêmico de Fisioterapia para a atividade coletiva na saúde. Propõe o conhecimento da história da saúde pública; estuda a estruturação das políticas e dos sistemas de saúde em nível

nacional, estadual e regional; as condições de vida da população e a forma de intervenção do Fisioterapeuta, individual e coletivamente, proporcionando a atuação na área da saúde, promovendo, prevenindo e reabilitando.

Tabela 4 – Grade curricular da FADEP 6º semestre

CÓDIGO	DISCIPLINAS	PRÉ-REQ	CH TEÓRICA	CH PRÁTICA	SEMANAL	SEMESTRAL
6º SEMESTRE						
FIS04192	Reumatologia Básica	FIS04184	04		04	72
FIS04193	Fisioterapia Neurológica	FIS04185	02	02	04	72
FIS04194	Cardiologia e Angiol. Básica	FIS04184	04		04	72
FIS04195	Fisioterapia Pediátrica	FIS04189	02	02	04	72
FIS04196	Ginecologia e Obstétrica Básica	FIS04184	04		04	72
FIS04197	Estágio Supervisionado Saúde Coletiva I	FIS04190		03	03	54
FT 45366	Optativa I		03		03	54

Fonte: Faculdade de Pato Branco – FADEP/Fisioterapia, 2006, p.01.

Tabela 5 – Grade curricular da FADEP 7º semestre

CÓDIGO	DISCIPLINAS	PRÉ-REQ	CH TEÓRICA	CH PRÁTICA	SEMANAL	SEMESTRAL
7º SEMESTRE						
FIS04199	Fisioterapia Reumatológica	FIS04192	02	02	04	72
FIS04200	Fisioterapia em Próteses e Órteses	FIS04186	02	01	03	54
FIS04201	Fisioterapia Cardiológica e Angiológica	FIS04194	02	02	04	72
FIS04202	Fisioterapia Ginecológica, Obstétrica e Urológica	FIS04196	02	02	04	72
FIS04203	Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva II	FIS04197		04	04	72
FIS04204	Seminário de Pesquisa I		03		03	54
FIS04367	Optativa II		03		03	54

Fonte: Faculdade de Pato Branco – FADEP/Fisioterapia, 2006, p.01.

Com relação às atividades de Estágio Supervisionado na Saúde Coletiva, na grade curricular da Fadedep constam os Estágios I e II, tendo o Estágio Supervisionado na Saúde Coletiva I, do 6º período, o total de 54 aulas semestrais.

No Estágio Supervisionado na Saúde Coletiva II, a carga horária semestral aumenta para 72 aulas. Tem, como objetivo, promover a intervenção fisioterapêutica junto a projetos da rede básica local de saúde (grupos de gestantes, diabéticos, hipertensos, terceira idade, escolares) e estruturar o diagnóstico da população alvo que necessita de intervenção (promoção, prevenção e retrospectiva).

“Os estágios supervisionados integrados constituem-se em espaços mediadores da formação científica e metodológica do Fisioterapeuta”, e essa formação objetiva a qualificação do profissional para intervir nos diversos níveis de atenção à saúde, tendo como base a convicção científica, de cidadania e ética (FADEP, 2001, p.47).

No ano de 2003, o Ministério da Educação, pelo Parecer CNE/CES 108/2003, dispõe sobre a duração dos cursos presenciais de bacharelado, objetivando assegurar a flexibilidade e a qualidade de formação oferecida aos estudantes, ampla liberdade às instituições de ensino superior na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, de modo a “evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação”, dentre outros (FADEP, 2003).

A Associação Patobranquense de Ensino Superior S/C Ltda, mantenedora da FADEP, ciente das disposições do Parecer CNE/CES 108/2003, solicitou, no 2º semestre de 2003, ao colegiado do curso de Fisioterapia que iniciasse uma discussão referente à duração do curso em vigor, considerando que ele tinha a integralização mínima prevista para 05 (cinco) anos e a máxima para 08 (oito) anos.

Tais discussões foram embasadas, por um lado, buscando garantir a formação delineada pelas Diretrizes Curriculares, institucionalizada pela Resolução CNE/CES 4/2002 e, por outro, atender o pressuposto do Parecer CNE/CES 108/2003, evitando o prolongamento desnecessário da duração do curso.

Assim, em reunião no dia 04.02.04, atendendo solicitação da Mantenedora e compreendendo que a Resolução CNE/CES 4/2002 não dispõe sobre a obrigatoriedade de carga horária mínima curricular, o Colegiado de Fisioterapia aprova a reestruturação da proposta do currículo do Curso de Fisioterapia, conforme portaria 2865/MEC, tendo sua integralização no período mínimo de 08 (oito) semestres, ou 04 (quatro) anos e o período máximo de 14 (quatorze) semestres ou 07 (sete) anos (FADEP, 2003).

“Nesta reunião, também decidiu-se que a implantação da nova proposta curricular passaria a vigorar para os alunos matriculados no primeiro período do curso que iniciaria suas aulas em 26 de fevereiro de 2004” (FADEP, 2003, p. 10)

No ano de 2003, foi aprovado o novo PPP da FADEP acerca das alterações sobre a duração do curso de Fisioterapia, que passou a ser de quatro anos. Com a alteração do tempo de duração, foi modificado o currículo das disciplinas, de modo que, naquelas disciplinas que foram analisadas para esta pesquisa, a Fisioterapia Preventiva, a Saúde Coletiva, o Estágio Supervisionado na Saúde Coletiva, com os Estágios I e II, passam a ter a seguinte determinação:

A Fisioterapia Preventiva (FIS04175) passa a ser ministrada no 2º Semestre, em 54 aulas semestrais. Na disciplina Saúde Coletiva, desde o 1º Semestre, é ministrada a disciplina de Saúde Pública e Coletiva (FIS04414), com 72 aulas semestrais; a disciplina de Estágio Supervisionado I (FIS04213), ministrado no 6º semestre, com 180 horas/atividades semestrais. Quanto ao Estágio Supervisionado II (FIS04313) e Estágio Supervisionado III (FIS04325), são realizados no 7º e 8º semestres, respectivamente, com aplicação de 360 horas/atividades semestrais (FADEP, 2006).

As disciplinas de Fisioterapia Preventiva e Saúde Coletiva, incluída esta última como Saúde Pública e Coletiva, segundo o PPP de 2003, são ministradas pela Professora Fisioterapeuta, pesquisadora desta dissertação. Os Estágios Supervisionados em Saúde Coletiva I e II são realizados por profissionais Fisioterapeutas.

O currículo do Curso de Fisioterapia, em consonância com o PPP da FADEP, confirma que o acadêmico desse curso está sendo preparado para a atividade de prevenção no âmbito da saúde coletiva, desde o 3º período. No entanto, somente a existência de disciplinas que abordam conteúdos teóricos e práticos, ainda não é suficiente se não há compreensão do corpo docente, como um todo, sobre a concepção de saúde/doença, numa perspectiva mais ampla do que a biologicista que não contempla os determinantes das condições de saúde da população, como propõe a saúde coletiva.

O Fisioterapeuta, como profissional da área de saúde, ainda é visto como inserido no mesmo contexto das demais profissões, com referência a uma

formação muito mais voltada para a doença do que para a saúde. Seu papel na reabilitação física é importante, especialmente quando há interação com outras profissões, agindo de forma interdisciplinar.

Assim, a proposta do PPP da FADEP, ao comportar as disciplinas, especialmente, da Fisioterapia Preventiva, da Saúde Coletiva, dos Estágios Supervisionados na Saúde Coletiva I e II, compreende o futuro Fisioterapeuta como profissional que pode ser inserido na prevenção da Saúde Coletiva.

A expectativa que o Curso de Fisioterapia da FADEP mantém é que a formação do profissional Fisioterapeuta lhe possibilite a atuação preventiva, em programas de promoção de saúde e proteção específica, conforme já havia descrito Deliberato (2002, p. 4), que na formação do Fisioterapeuta, há necessidade de se considerar como princípio fundamental: “[...] o conjunto de conhecimentos científicos relativos aos fatores que possam causar infortúnios ao ser humano, bem como conhecendo também os mecanismos de interferência junto a esses fatores”, a fim de eliminá-los ou mesmo minimizá-los.

Na seqüência são apresentados os dados da pesquisa de campo realizada com os professores do Curso de Fisioterapia da Faculdade Pato Branco-FADEP e com os profissionais das Unidades de Saúde de Pato Branco.

5.3 Percepção dos Professores e dos Profissionais das Unidades de Saúde sobre a Atuação do Fisioterapeuta em Saúde Coletiva

Os dados obtidos, mediante entrevista, junto a 09 (nove) funcionários das Unidades Saúde do município de Pato Branco, compreenderam profissionais das diversas áreas de conhecimento, incluindo enfermeiro, fonoaudiólogo, dentista, médico, assistente social, farmacêutico-bioquímico, médico veterinário e fisioterapeutas, selecionados por acessibilidade ou por conveniência. Justifica-se a escolha de 02 (dois) funcionários das US, Fisioterapeutas para a realização da pesquisa, em razão de que são os únicos a prestarem serviços na rede pública do município.

Quanto aos 08 (oito) professores da Faculdade de Pato Branco – FADEP, foram entrevistados todos os profissionais fisioterapeutas que atuam como professores. Todos os entrevistados, funcionários das US e professores da FADEP, evidenciaram sua percepção sobre a atuação do Fisioterapeuta em saúde coletiva.

No relato das entrevistas e nas abordagens aos entrevistados destacam-se as denominações em negrito, com o fim único de evidenciá-las e de facilitar a visualização e a leitura dos resultados.

Nas transcrições integrais dos depoimentos obtidos na entrevista é utilizado o destaque dos textos em *itálico*, com o propósito de facilitar a visualização e a leitura das respostas individuais, acerca das questões investigadas.

Observa-se que os sujeitos da pesquisa são domiciliados nos municípios de Pato Branco e de Vitorino, ambos no Estado do Paraná, funcionários das US e professores da FADEP, que atuam e respondem aos objetivos da pesquisa, tendo como enfoque o município de Pato Branco.

5.3.1 Entrevista com os Funcionários das Unidades de Saúde

As características dos entrevistados são apresentadas a seguir.

QUADRO 3 - DEMONSTRATIVO DOS CARGOS E FUNÇÕES, FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DOS ENTREVISTADOS

Cargo/Função	Formação acadêmica	Experiência profissional
Assistente social	Assistente Social	15 anos como assistente social no município de Pato Branco
Enfermeira, coordenadora dos Programas Coletivos	Enfermagem	10 anos – Saúde Hospitalar 3 anos – município, 8 anos
Diretor de departamento e Vigilância Sanitária	Médico Veterinário	Saúde Pública – 15 anos – concursado Zootecnia
Fonoaudióloga	Fonoaudióloga	13 anos. 8 anos na saúde pública
Fisioterapeuta	Fisioterapia	20 anos. Saúde Pública desde 99
Fisioterapeuta	Fisioterapia	15 anos. Saúde pública
Coordenador de Odontologia e Cirurgião Dentista	Cirurgião Dentista	20 anos. Funcionário concursado pelo Estado cedido para o Município de Pato Branco desde 1994.
Médico	Médico – Clínica Geral	9 anos pela UFPR, dois anos concursado
Secretário Municipal de Saúde	Farmacêutico-Bioquímico	8 anos Chefe da 7ª Regional de Saúde – 6 meses Chefe do HEMEPAR – 1,5 anos Secretário Municipal de Saúde

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

No quadro anterior, observa-se que há diversidade nos cargos e funções dos funcionários das US entrevistados. Quanto às formações acadêmicas dos entrevistados, incluem elas oito diferentes profissões e, com referência à

experiência profissional, registram-se informações sobre a experiência profissional dos entrevistados, as quais confirmam períodos longos de atividade, em média de 14 (quatorze) anos.

Com o intuito de preservar o anonimato os entrevistados, foram identificados com a letra **F** e negrito para os funcionários das Unidades de Saúde de Pato Branco e a letra **P** com negrito, para os professores do curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco – FADEP.

Foram entrevistados 09 (nove) funcionários das Unidades de Saúde, perguntando-se a opinião do entrevistado: **Qual sua opinião sobre a atuação do profissional Fisioterapeuta nas Unidades de Saúde?** São transcritas as suas declarações, conforme apresentado a seguir:

F1 acredita ser o Fisioterapeuta um profissional voltado para a prevenção; exemplifica através de casos em que jovens e a população trabalhadora, *“procuram o médico pra pegar um atestado, em função do problema de coluna, de má postura, dor nas costas”*. Configura-se aí que um trabalho de prevenção traria resolutividade, podendo promover mudança do modelo de assistência.

F2, por sua vez, com relação ao mesmo propósito da pergunta, salientou ser importante a atuação do profissional Fisioterapeuta. Ressalva-se, contudo, a sua inexperiência, ao registrar que *“nestes 10 anos eu nunca tive experiência com integração de Fisioterapeuta, mas a gente percebe a necessidade e a falta”*.

Por se tratar de um profissional da Enfermagem, admite falta de familiaridade com esse profissional, pois *“vê o Fisioterapeuta na figura do acadêmico ainda”* (**F2**).

Observando a resposta de **F3**, é taxativo ao imprimir que *“a importância do profissional é inquestionável”* e conclama o conceito multi-profissional na área de saúde para o alcance de resultados. Confirma a ausência do profissional Fisioterapeuta nas Unidades de Saúde da pesquisa, que compreendem o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem.

Na seqüência, o entrevistado, denominado **F4**, quanto à percepção sobre a atuação do Fisioterapeuta em Saúde Coletiva, considera importante e explica que é *“porque eu trabalho numa equipe multi-disciplinar, onde nós temos Fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, e esta equipe é muito importante”*.

Cumpra esclarecer que este profissional entrevistado realiza suas atividades no “Centro de Reabilitação Física, [O Centro é isso, é pessoas que necessitam de próteses, são indicadas, passa por um ortopedista, se precisar ele indica, e aí são doados esses aparelhos e próteses, e aí se houver necessidade, vamos dizer, de fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, são encaminhados para todos os profissionais], “onde a gente recebe a prótese, já vai pra todos os profissionais aceitarem” (F4).

A próxima entrevista é considerada relevante pela percepção do entrevistado, denominado de F5. Assim registrou: “Eu acho de extrema importância, mas acho que está sim, em defasagem [...]. Mas apesar de ter necessidade de mais profissionais porque sou a única concursada, [...] em Pato Branco. Nos municípios arredores, aqui, da cidade de Pato Branco não tem Fisioterapeuta [...] na saúde pública, estão fazendo agora testes seletivos e concurso público não tem. Nenhum dos municípios da região tem Fisioterapeuta concursado. Só teste seletivo”.

F6, ao manifestar-se acerca da questão da percepção sobre a atuação do Fisioterapeuta em Saúde Coletiva, confirma que percebe, sente e visualiza, que “o enfoque [...] está destinado para a parte médica”.

Para o entrevistado, “há uma grande deficiência [em] não existir a fisioterapia associada pelo menos com a multicidade interligada, não só com a parte odontológica”. Não concebe a idéia do atendimento odontológico “sem necessariamente estar ligado com nutricionista, Fisioterapeuta e com a área médica, enfim”.

O entrevistado seguinte, denominado de F7, ao registrar sua concepção, afirma que: “nós olharmos a nossa região aqui, eu diria que não está acontecendo [...] porque a participação é zero. Hoje, [em] Pato Branco existe uma profissional de fisioterapia concursada pro município [...]. Eu entraria nessa somatória, mas como [funcionário do] Estado [...], eu acho que poderia ter uma participação maior se nós profissionais dessa área [...] fôssemos mais valorizados”.

F8, médico, ao descrever sua percepção, afirma que desconhece a atuação, no município, e que não tem visto em nenhuma das Unidades de Saúde.

No entanto, para F9, a percepção é da possibilidade de implantação de políticas públicas de saúde com a participação do profissional Fisioterapeuta, nas equipes do PSF. Para tanto, transcreve-se a sua fala: “Olha, nossa visão, inclusive, está dentro do projeto, juntamente com [...] a própria Faculdade de Pato Branco para

que nós possamos ter este profissional fazendo parte da equipe, das equipes de Saúde da Família, quando implantadas”.

Acrescenta o entrevistado que, futuramente, essas equipes serão implantadas no município. Essa pretensão da Secretaria Municipal de Saúde objetiva o atendimento domiciliar a pessoas que apresentam dificuldade de locomoção, doenças crônicas, como diabetes e amputados.

Na questão seguinte foi perguntado: **Quais as atividades que o Fisioterapeuta pode desenvolver em unidades de saúde?**

Todos os entrevistados responderam que é possível ao profissional Fisioterapeuta, a orientação das equipes de saúde, a atuação nas Unidades de Saúde, a atuação na comunidade integrada às equipes de saúde da família, além de terem sido citadas outras atividades que incluem prevenção, hipertensão, diabetes e educação.

Sobre essas atividades, constata-se a pertinência da contribuição dada pelo **F1**, ao completar que as Unidades de Saúde têm as ações voltadas, não para dentro da Unidade e, sim, para a coletividade e para a comunidade. Considera que esse profissional estaria capacitado para visitar obras, comunidades, reuniões, desvinculando-se de um espaço físico da Unidade de Saúde.

Na opinião de **F2**, com relação às atividades que podem ser desenvolvidas nas Unidades de Saúde, salienta que *“Sendo um profissional da área de saúde ele está automaticamente contextualizado na educação Fisioterapeuta. [...] bem articulado com a questão preventiva, conhecer o contexto geral de todas as doenças e formas de prevenção”.*

Em outra visão, **F3** compreende que esse profissional *“tem uma ação muito importante no problema relevante de grande prevalência, que é diabetes e hipertensão”.*

Outra atividade percebida pelos entrevistados diz respeito à reabilitação, enfocada por **F4**, de que o Fisioterapeuta poderia trabalhar em todas as áreas da Fisioterapia dentro da saúde coletiva, incluindo, na parte neurológica, a reabilitação de crianças portadoras de necessidades especiais.

F5 estende essas atividades de reabilitação, integrando os profissionais às Equipes do Programa de Saúde da Família (PSF).

A saúde, focada na figura do médico, recebe a contraposição de **F6**, que denomina a classe médica de **prepotente**, é que seus membros se colocam “*num patamar acima de todas as outras disciplinas*”. (Grifo nosso)

Para ele, “*não só o Fisioterapeuta, qualquer um, tendo capacidade técnica deve assumir qualquer tipo de cargo, seja ele Secretário da Saúde, de Presidente da República*” (**F6**).

O Entrevistado **F9**, a respeito das atividades que o Fisioterapeuta pode desenvolver em unidades de saúde, respondeu que a saúde pública se encontra focada na figura do médico, esquecendo que há outros profissionais, o dentista, o farmacêutico, enfermeiro, o auxiliar de enfermagem o agente comunitário de saúde e o Fisioterapeuta e que, hoje, o atendimento básico é realizado por todos esses profissionais. Este atendimento somente terá sua importância reconhecida e aceito pela população, a partir de um trabalho para mudança de mentalidade a respeito da saúde preventiva.

Perguntado se: **existem profissionais de Fisioterapia atuando nas Unidades de Saúde?** e, em caso positivo, **quais as atividades que realizam?**, as respostas evidenciam, em sua maioria, que não existem profissionais Fisioterapeutas, atuando em Unidades de Saúde.

Comentários sobre essa ausência de Fisioterapeutas atuando em Unidades de Saúde, **F1** confirma que o município tem alguns profissionais que estão cedidos pelo Estado e que desenvolvem o trabalho de reabilitação no Centro de Reabilitação Física.

Acrescenta **F1** que a parte de reabilitação do município é, hoje, terceirizada, feita através de credenciamento.

F4 informa que os serviços de fisioterapia do município são realizados em uma clínica terceirizada, através de chamamento público.

Para **F7**, só existe um profissional concursado e que atua junto na Escola Municipal Rocha Pombo.

F9 confirma que não existem profissionais de Fisioterapia atuando nas Unidades de Saúde e considera possível essa atuação, no futuro, a partir de investimento que pretende fazer, ou seja, essa perspectiva de atuação já consta dos planos da Secretaria Municipal de Saúde do município.

O caso de não haver profissionais de Fisioterapia atuando nas Unidades de Saúde dificulta a sua inserção. Foram obtidas várias respostas as quais são apresentadas por ordem de entrevista.

Assim, para **F1**, as dificuldades existem em *“função do desconhecimento do próprio gestor, do papel do Fisioterapeuta numa equipe”*.

Para **F2** a dificuldade reside na falta de visão e reconhecimento do próprio serviço do Fisioterapeuta, além da falta de interesse administrativo.

Alegando que não há uma visão de consenso na saúde coletiva, **F3** engloba ainda a dificuldade de financiamento, que poderia levar a uma empregabilidade maior da qual temos hoje.

F5 argumenta que a profissão ainda é desconhecida e que Curitiba tem feito vários concursos para inserir esses funcionários na saúde pública, enquanto que Pato Branco ainda não conseguiu.

F6, no entanto, aborda a questão informativa sobre a profissão da fisioterapia, dizendo que *“começa até pela própria profissão de esclarecer... quais são as funções que ela tem, aonde que ela poderia atuar”*.

F7 alude as dificuldades que adjetiva de *“má vontade dos gestores”*, além da desvalorização da profissão.

Na compreensão de **F8**, as dificuldades de inserção do profissional Fisioterapeuta na Saúde Pública se concretizam na falta de projetos e políticas de saúde.

Segundo a resposta do entrevistado **F9**, para a equipe de Saúde de Família, a atuação do Fisioterapeuta não está contemplada pelo Ministério da Saúde.

Na questão em que se buscou saber dos entrevistados: **como pode o Fisioterapeuta inserir-se no âmbito de saúde coletiva?** As respostas obtidas são a seguir apresentadas.

O primeiro entrevistado, denominado de **F1**, entende que essa inserção poderá ocorrer *“através da representatividade da categoria e reivindicando [...] junto à Secretaria de Saúde, ao município, um espaço para esse profissional”*.

Para o entrevistado **F2**, a inserção do Fisioterapeuta no âmbito de saúde coletiva tem como referência a formação, pois *“Eu acredito que agora com a faculdade no município local, a oportunidade seja maior. Apresentar o trabalho à comunidade e, previamente, ao município. O trabalho da fisioterapia está tímido, por*

exemplo, na APAE, e em outras instituições que não a própria saúde. O Fisioterapeuta devia estar mais articulado”.

Na resposta do entrevistado **F3**, a inserção será possível, mediante *“a demonstração de resultados [...] pesquisas com bases epidemiológicas [que] demonstre o valor do Fisioterapeuta”.*

Para o entrevistado **F5**, é necessária a divulgação de atividades preventivas realizadas pelos profissionais Fisioterapeutas, conforme o que já está sendo feito pela FADEP. Considera importante orientar as comunidades, a fim de promover o conhecimento da Fisioterapia.

Sob o âmbito da comunidade, **F6** assim responde: *“Eu acho que começa por uma discussão através de um fórum democrático, você traça uma meta... de atuação. Seja na parte odontológica ou seja na parte médica, a linha de atuação que você exercer para tua comunidade. [...] Um exemplo seria o PSF”.*

Ainda para o entrevistado **F6**, a forma de inserção poderia se dar através de decisões tomadas na Conferência Municipal de Saúde, quando cita que: *“Então eu acho que o fórum mais democrático de inserir, seria na própria conferência”.*

Quanto à fala do entrevistado denominado **F7**, com relação à inserção do profissional Fisioterapeuta no âmbito da saúde coletiva, destaca-se a sua opinião quanto à abertura de vagas: *“Acho que teria que abrir concurso público [...] abrir mais vagas [...], para o profissional Fisioterapeuta também para o profissional de terapia ocupacional [...], que é da mesma área da reabilitação”.*

E, com relação à própria Saúde Coletiva do município, entende que seja uma forma de inserção, ao afirmar: *“Acho que é por aí o caminho [...]. Vejo isso como uma necessidade hoje. O profissional, ele teria que estar atuando numa Unidade [...] de Saúde do município [...], como uma forma de descentralização” (F7).*

Destaca, em sua resposta, que a prevenção em saúde minimiza os custos do município com a saúde pública, pois que *“o município poderia até ter uma redução de custo [...] com o profissional atuando na área [...]. Estaria fazendo uma [...] forma de palestra [...] enfim, trabalhar de forma preventiva” (F7).*

Por fim, para o entrevistado **F8**, as dificuldades de inserção do Fisioterapeuta na saúde coletiva vão ao encontro das dificuldades apresentadas pelo sistema. Para ele, se o *“paciente nem tem acesso ao atendimento médico de urgência muitas vezes, que dirá num atendimento eletivo”.*

Uma dessas dificuldades se reflete no grande número de pessoas que procuram pelo atendimento médico, deparando-se com um quadro de profissionais de saúde insuficiente da qual são exigidos esforços suplementares, a ponto de que *“a equipe de profissionais, assim reduzida [...], trabalhando assim no limite da capacidade máxima mesmo. Mesmo para as emergências”* (F8).

Essa inserção recebe, na contribuição das respostas de F9, a perspectiva de uma luta que poderá começar pelo município de Pato Branco, com os resultados esperados levados às autoridades do Ministério da Saúde (MS), para que o profissional Fisioterapeuta possa fazer parte das equipes de PSF.

Na continuação da pesquisa, um questionamento ficou restrito aos profissionais fisioterapeutas. **Qual a atuação como Fisioterapeuta em Unidades de Saúde do SUS em Pato Branco?**

O entrevistado F5 não atua em nenhuma Unidade de Saúde; sua atuação é como Fisioterapeuta na Escola Municipal Rocha Pombo, onde trabalha com as crianças portadoras de deficiência física, mental, visual e auditiva.

O entrevistado F7, da mesma forma que o entrevistado anterior, não atua em nenhuma Unidade de Saúde, mas, trabalha no Centro de Reabilitação Física.

Em seu depoimento confirma: *“Somos uma equipe multiprofissional [...] com fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social, psicóloga [...] e médico”*.

Esse Centro de Reabilitação Física se apresenta como *“uma referência para [a] 7ª Regional de Saúde [...]. Ele atende todos os municípios da 7ª Regional para órteses e próteses”* (F7).

5.3.2 Entrevista com os Professores da Faculdade de Pato Branco – FADEP

Foram entrevistados 08 (oito) professores do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco – FADEP e, no levantamento das características, esses são os dados:

QUADRO 4 - CARGOS E FUNÇÕES DOS PROFESSORES ENTREVISTADOS

Cargo/Função	Frequência
Professora na FADEP 3,5 anos e na Clínica Dr. Aroldo Queiroz	1
Professor coordenação de estágios	1
Professora	1
Professora, supervisora de estágio	1
Professora – Estágio em Unidade de Saúde – Fisioterapia Coletiva e Fisioterapia Preventiva	1
Coordenador do curso de Fisioterapia na FADEP	1
Professor da FADEP e supervisor de Estágio	1
Docente	1
Total	8

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Dentre os cargos dos professores entrevistados destaca-se o de professor. Uma atividade adicional inclui a coordenação e a supervisão de estágios. A formação acadêmica dos professores entrevistados é a seguinte:

QUADRO 5 - FORMAÇÃO DOS PROFESSORES ENTREVISTADOS

Item/Entr.	Graduação	Especialização	Mestrado	Doutorado
R1	Fisioterapia PUC/PR, 1989	1º Educação Especial PUC-PR/89-2000 Dermatofuncional – CBES – 2002-2004 Em andamento: Uroginecologia em julho de 2005 a março de 2007	Educação – Formação na área dermatofuncional, gestão e política, 2005	-
R2	Fisioterapeuta UDESC Santa Catarina	Ergonomia – 2000	Engenharia de produção com ênfase em Ergonomia.	-
R3	Fisioterapia PUC/PR, 1992	Traumato Ortopedia – IBEPEX	PUC/PR conclusão até junho 2006.	-
R4	Fisioterapia. Santa Maria, 2001	Intensivismo	Tecnologia em saúde –PUC/PR. Término 1º semestre de 2007	-
R5	Fisioterapeuta TUIUTI/PR, 1986	Pesquisa em Fisiologia do Exercício – 1987 – PUC/PR. Fisioterapia Neurofuncional (em curso) final março 2007.	Educação – PUC – PR.	-
R6	Fisioterapeuta pela UFPE	Fisioterapia aplicada a Traumato Ortopedia pela UNITI	Mestre em Fisioterapia pela UNITI	Em Ciências da Saúde pela PUC-PR, final em 2008.
R7	Fisioterapeuta	Fisiologia do Exercício – pelo IBEPEX – 2002	Engenharia mecânica – esp. Linha de pesquisa em Ergonomia – 2004	-

Continuação

R8	Fisioterapeuta pela PUCPR em 1992 Educação Física Facipal, 1986	Traumatologia Ortopedia e Desportiva – IBEPX – 2001 Fisioterapia Neurofuncional – TUIUTI -2004	Educação pela PUC/PR	
----	--	---	----------------------	--

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Observa-se que alguns professores entrevistados estão concluindo o mestrado e, pelo menos, um deles deu início ao doutorado, com término previsto para 2008. Além disso, todos possuem especialização em áreas específicas.

A experiência profissional dos professores entrevistados é apresentada no quadro 6.

QUADRO 6 - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DOS PROFESSORES ENTREVISTADOS

Item/Entr.	Docência	Serviço hospitalar	Clínicas particulares	Unidades de Saúde
R1	3,5 anos. Unic-Cuiabá 3ª	-	(dermatofuncional) na Clínica dr. Aroldo Queiroz. Recursos terapêuticos manual.	-
R2	4,5 anos	2,5 anos supervisão de estágio	1 ano	-
R3	3,5 anos	9 anos – Hospital São Lucas de P. Branco	12 anos – Fisioterapeuta Administrativo e	1,5 anos. – Serviço terceirizado/Coop. Coopervida.
R4	1 ano	2,5 anos	Menos de um ano	-
R5	3, 5 durante 12 anos aula inglês mais 4,5	2,5 anos em Palmas 2 anos em CTBA	12 anos	Estágio na FADEP
R6	5,5 anos	-	-	-
R7	02 meses	4 anos – Hospital Cajuru e Constantino em Curitiba	2 anos	-
R8	2,5 anos	8 anos	8 anos	-

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Do quadro 6 constata-se que muitos professores que atuam na docência já atuaram no serviço hospitalar e em clínicas particulares. Apenas dois dos entrevistados atuaram em Unidades de Saúde.

Quanto à disciplina que o professor ministra no Curso de Fisioterapia, assim são identificadas:

QUADRO 7 - DISCIPLINA MINISTRADA PELOS PROFESSORES ENTREVISTADOS

Item/ Entr.	Disciplina
R1	3º P – RTM; Estética e Dermatologia 8º P – Dermatofuncional 5º P; Uroginecologia – 7º P; Supervisão Estágio Saúde Coletiva II.
R2	Biofísica, Biomecânica, Fisio-reumatologia, seminário de pesquisa I e II, Supervisão de estágio, Ortopedia hospitalar, Eltro e Imagiologia.
R3	Métodos e Técnicas de Avaliação em Fisioterapia – MTA, Fisioterapia Aquática, Fisioterapia Desportiva, estágio em Saúde Pública no Bairro Planalto, Supervisão de estágio em Traumatologia Ortopedia na Clínica Escola.
R4	Fisioterapia Respiratória, Pneumologia básica, Fisioterapia Cardiológica, Fisioterapia pré e pós operatório e Intensivismo, Supervisão de estágio, Intensivismo (UTI) hospital.
R5	Cinesiologia, Cinesioterapia I e II, Fisioterapia em próteses e órteses, Fisioterapia aplicada a Odontologia, Supervisão de estágio, Neurologia do adulto, coordenação de grupos de pesquisa e extensão em envelhecimento humano.
R6	Fisioterapia Ortopedia de traumatologia aplicada, Seminário de Pesquisa I.
R7	Supervisão de estágio em enfermagem geral – hospitalar, Supervisão de estágio em Cardiologia e Pneumologia do Adulto e Infantil – Clínica Escola.
R8	Introdução a Fisioterapia, Pediatria Básica, Fisioterapia em Saúde Coletiva II, Estágio Supervisionado em Neuropediatria.

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

As disciplinas citadas pelos professores entrevistados correspondem ao disposto na grade curricular do Curso de Fisioterapia da FADEP.

Abordando-se os questionamentos da pesquisa sobre a concepção do trabalho do Fisioterapeuta na Comunidade, perguntou-se: **Qual a opinião do professor entrevistado sobre a atuação do Fisioterapeuta em unidades de saúde?**

Como resposta, **P1** entende que, na constatação de que não tinha nenhum conhecimento sobre essa atuação, considera importante a orientação, *“porque a gente vê, a gente orienta [...] a gente ajuda a comunidade, até em orientações porque são pessoas que não têm uma orientação, não têm uma informação adequada”*.

É um trabalho isolado, e, *“E a gente vem trazendo isso para essas comunidades, em casa; eu acho que é um privilégio único”*.

Trata-se de um trabalho que o entrevistado só conhece *“que tem sido feito pela nossa faculdade, que é a FADEP”* e, por isso, confirma que *“Então eu acho extremamente importante o Fisioterapeuta ser inserido nessas unidades de saúde” (P1)*.

Confirmado pelo professor entrevistado **P2**, sua experiência na atuação do Fisioterapeuta em unidades de saúde é pequena, embora a entenda como vital. Em sua compreensão, as dificuldades se dão porque *“o fisioterapeuta cai de pára-quedas, às vezes, dentro da clínica, reabilitando apenas [...], dentro do*

hospital a gente já encontra uma certa resistência, porque foge da configuração de reabilitação”.

Contudo, considera que na *“Unidade seria ideal, porque se verifica ‘fratura contra fratura’, ocasionada pela má orientação que é dada; neste caso o Fisioterapeuta seria a pessoa mais indicada, seguindo-se uma ordem em que médico diagnostica, o técnico faz a estabilização, ficando uma lacuna” (P2).*

Relata a atuação do Fisioterapeuta de forma formidável, não reconhecida mesmo no PSF, pelo fato de que a reabilitação começa desde o início, e que uma fratura não é própria em si, mas *“é toda uma relação de membros, braços, pernas”*, significando que o primeiro estágio de reabilitação está sendo todo negligenciado.

Observa o mesmo professor entrevistado que, após a imobilização de uma fratura, verifica-se, no hospital e no Posto de Saúde, *“quantas fraturas ocorrem, quantas luxações, entorses que poderiam ter uma perspectiva completamente diferente”*, mediante a presença do profissional Fisioterapeuta, se este já estivesse no Posto de Saúde; no entanto, constata: *“Lamentavelmente a gente não vê isso [...] reabilitar, reabilitar, reabilitar, e não prevenindo de fato. Eu acho que já é tardia essa prevenção, o correto seria participar de programas, o idoso não pode ter tapete no chão, isso não pode, descer escada não pode, essa coisa toda”*.

Na fala do professor entrevistado **P3**, considera importante a atuação do Fisioterapeuta em unidades de saúde a partir de sua percepção adquirida como Supervisor de estágio sobre o qual depõe que *“esta experiência do próprio estágio [...] fez [com] que a gente [...] formasse uma idéia de como é esse trabalho, porque até você não trabalhar, a gente não tem idéia de como é, então a gente vai até o domicílio e presta atendimento, e a gente vê que pode ser um profissional assim, completo”*.

O entrevistado **P4** entende que a atuação do Fisioterapeuta em unidades de saúde é de extrema importância e admite que *“a gente tem que conseguir a inserção da fisioterapia no PSF”*.

Para o professor entrevistado **P5**, essa atuação Fisioterapeuta em unidades de saúde *“é tímida ainda. Em parte porque a profissão em si é nova”* e porque adentra na saúde pública, com enfoque de equipe multidisciplinar e atuação voltada para a promoção de saúde.

O professor entrevistado **P6**, emite opinião crítica, face à relutância e falta de conhecimento sobre a atuação do Fisioterapeuta em serviço de saúde, por não fazer parte da saúde.

Destaca, com relação à formação, *“Principalmente pela formação que foi feita, que foi estruturada dentro do mundo acadêmico da fisioterapia onde colocaram muito na cabeça dos acadêmicos, que o fisioterapeuta era um trabalhador, na forma terciária, porque o pessoal só trabalhava na reabilitação, reabilitação” (P6).*

Acrescenta a Fisioterapia como uma profissão muito jovem e, mais jovem ainda a luta para tentar mudança da Fisioterapia reabilitadora para a fisioterapia preventiva e para a inserção do profissional nas unidades de saúde. Tanto é assim que se registra: *“Então a concepção da Unidade de Saúde como local, como atendimento do profissional fisioterapeuta como prevenção da Unidade de Saúde é fundamental, mas é algo que ainda, embora seja obrigado a agir dessa forma, isso deixa bem claro nas diretrizes curriculares, é que está se iniciando. Estamos no início disso” (P6).*

P7, acerca da questão colocada, qual a **opinião do professor entrevistado sobre a atuação do Fisioterapeuta em unidades de saúde**, o entrevistado entende ser relevante, porém, não tem nenhuma experiência sobre o assunto.

Para **P8**, trata-se de um trabalho novo, que está sendo desenvolvido há pouco tempo, pois até a época de sua graduação como Fisioterapeuta, era uma coisa ausente. Compreende que *“a tendência é aumentar cada vez mais nos programas de saúde da família [...] uma opção a mais de trabalho do fisioterapeuta e torna ele mais integrante de uma equipe” (P8).*

Na questão seguinte, objetivou-se identificar pelos professores entrevistados, **quais as atividades que o Fisioterapeuta pode desenvolver em unidades de saúde?** Todas as respostas foram unânimes em confirmar que podem ser desenvolvidas as atividades de orientação das equipes de saúde, atuação em Unidades de Saúde, atuação na comunidade integrada às equipes de PSF, investigação sobre necessidades de atendimento na reabilitação, promoção, prevenção, equipe multidisciplinar.

Acerca dessa questão, cabe apresentar comentários de alguns professores entrevistados como de **P3**, de que a *“Investigação sobre necessidades*

de atendimento na reabilitação, e toda a parte preventiva, educativa, parte de auxílio até procedimentos, como procedimentos simples”.

Nesses procedimentos inclui dados vitais, puericultura, participação nas ações que a enfermagem está realizando, com quem o Fisioterapeuta está colaborando, inclusive porque tem formação para isso.

O comentário do professor entrevistado denominado de **P5**, é de que desde a prevenção de todas as doenças que fazem parte de saúde pública, é imprescindível que se utilizem conceitos epidemiológicos.

Com relação à possibilidade de que o Fisioterapeuta venha a ser coordenador ou orientador, ou mesmo secretário de saúde nos municípios, o professor entrevistado **P6** confirma que essa atuação deve atender *“exatamente esses três níveis da saúde [...] e as intervenções [...] dependem de uma vontade e conhecimento. Acredito que o fisioterapeuta tem plenas condições de estar fazendo parte disso”.*

Sob o mesmo questionamento, o professor entrevistado **P8** admite não ter dúvida nenhuma quanto a isso e que a Fisioterapia tem uma visão muito mais abrangente de toda a saúde, que antes era voltada apenas para a reabilitação.

Com o próximo questionamento, buscou-se investigar se **na disciplina ministrada pelo professor entrevistado é abordada a atuação do Fisioterapeuta em Saúde Coletiva:**

Todas as respostas confirmam essa abordagem e em relação a cada disciplina em específico, a pesquisa revelou que a Fisioterapeuta em Saúde Coletiva pode ser aplicada, por exemplo, na Dermatofuncional, não somente com abordagem estética mas também como reparo dos tecidos.

Em outra opinião, acena-se para a prevenção reumatológica, no que toca a alterações degenerativas na terceira idade. Na fisioterapia aquática, a abordagem é com relação a grupos como forma de orientação a gestantes, diabéticos e hipertensos.

Destacado ainda, a fisioterapia respiratória e cardiológica, orientando quanto à prática de atividades físicas, tempo e forma de caminhadas.

Com relação a esta mesma abordagem, a Fisioterapia Preventiva e a Introdução à Fisioterapia são relacionadas à evolução e às mudanças pela quais vem passando a Fisioterapia, no decorrer da história, e que trabalhar em saúde coletiva é algo que deve estar presente.

Quanto ao Seminário de Pesquisa, é dado incentivo para que os acadêmicos possam trabalhar na perspectiva de um trabalho de conclusão de curso voltado à saúde coletivo. A ênfase é dada no seguinte sentido: *“nós também temos [...] de certa forma uma certa carência de... trabalhos, quer dizer, de trabalhos de conclusão de curso voltado a saúde coletiva” (P6).*

Perguntado: **Como a Fisioterapia poderá inserir-se no âmbito da saúde coletiva no município de Pato Branco?** Para o professor entrevistado **P1**, deveria haver envolvimento da área política do Secretário Municipal de Saúde e as autoridades deveriam conhecer o trabalho do Fisioterapeuta.

Salienta ainda o professor entrevistado **P1** que *“é o conhecimento das autoridades [...] que alguém desta área deveria acompanhar, visualizando, ou quem sabe até nós fazemos um projeto e levamos até eles e mostrarmos com fotos e relatos [...] a importância da fisioterapia”.*

Na opinião do professor entrevistado **P2**, a inserção do profissional Fisioterapeuta no âmbito da saúde coletiva, no município de Pato Branco, está na formação do profissional novo *“porque a gente tem, não todo mundo formado, que nem você, ou eu, que tem a perspectiva na saúde coletiva”.*

É necessário, segundo o entrevistado **P2**, *“mudar paradigmas”*, visto ser essa a dificuldade do profissional que era formado cinco anos atrás.

Sobre o mesmo questionamento, **P3** indica que a fisioterapia poderá inserir-se no âmbito da saúde coletiva no município de Pato Branco, através de *“Políticas públicas, não a legalização, mas a formalização”*, ou seja, a lei que coloque essa inserção.

Destaca o mesmo professor entrevistado que *“a gente que tem necessidade da demanda, sabe como se processa e isso é muito claro. Acho que a profissão [...] está sendo divulgada, então, todos sabem [...] da eficácia do nosso trabalho o que [...] vai promover para a saúde, então, não por falta de conhecê-la e, sim, por falta de agilizar esse processo por parte da política pública” (P3).*

Em seu depoimento, estabelece a formação acadêmica do Fisioterapeuta de modo que *“Então hoje a gente forma o aluno [...] preparando ele para enfrentar todas as situações de mercado de trabalho, como você chega a encarar uma Unidade de Saúde, ir para a rua, ir para o Posto [de Saúde], fazer tudo o que se faz na Saúde Pública” (P3).*

No depoimento de **P4** fica registrado que *“falta mais união da classe do fisioterapeuta, se unir mais e tentar ir nos órgãos competentes para fazer valer isso. [...] Eu acho que quando a classe fica mais unida, fica mais forte e consegue mais coisas”*.

Para o professor entrevistado, denominado de **P5**, a dificuldade de inserção está na falta de reconhecimento da importância da profissão por parte da população, por parte dos governantes, mas, principalmente, por parte do Fisioterapeuta.

Em sua percepção, afirma que *“É... ninguém vai chegar para nós e dizer: ‘Meu Deus como vocês são importantes’. Eu vou achar alguma para vocês fazerem. Nós criamos [...], nós enxergamos a necessidade, e nós é que temos que divulgar e mostrar isso pra população e para os nossos governantes” (P5)*.

Para **P6**, inicialmente, é preciso que o Fisioterapeuta tenha reconhecimento como profissional da área de saúde que atua em todos os níveis, bem como termos Fisioterapeutas dispostos a isso. Trata-se de *“uma questão cultural”* e a maioria dos profissionais não foi formada para a atuação da saúde coletiva.

Em seu depoimento, **P6** destaca a formação acadêmica do Fisioterapeuta, quanto às Diretrizes Curriculares da Fisioterapia, com o seguinte destaque:

“As Diretrizes Curriculares da Fisioterapia deixam bem claro, a importância e até uma certa obrigatoriedade da fisioterapia estar inserida na saúde pública. Hoje, os estágios em fisioterapia dividem-se em 3 [momentos] hospitalar, ambulatorial e clínica, e é necessário fazer estágio. Então, pelas Diretrizes, eles exigem isso. É..., no último encontro de coordenadores que nós tivemos, ficou bem claro e, é de consenso que todos os coordenadores de fisioterapia, o consenso é muito claro: os cursos de graduação de fisioterapia e conseqüentemente o fisioterapeuta a partir de sua formação [...] têm que estar vinculados a ampliação de saúde coletiva” (P6).

Chama a atenção para novo modelo de saúde pública, cuja responsabilidade se aplica na formação dos acadêmicos de Fisioterapia, visto que *“essa realidade [...] tem que começar no mundo acadêmico. É tentar revestir o corpo docente sobre essa possibilidade, sobre essa nova realidade, principalmente porque*

o País se encontra [inserido nesse novo modelo] e a partir disso, tentar transmitir também isso para os nossos acadêmicos, para tentar mudar essa realidade”.

Na resposta do professor entrevistado, denominado de **P7**, a inserção do Fisioterapeuta nas Unidades de Saúde do município de Pato Branco se dará através da participação, no dia-a-dia, nas contribuições do atendimento, porque os resultados obtidos com essa participação irão se justificando e implementando a atuação dessa classe.

Por fim, o professor entrevistado, aqui denominado de **P8**, sobre a mesma questão da inserção do Fisioterapeuta nas unidades de saúde do município de Pato Branco, entende que o primeiro passo é a “inserção no PSF”.

Na continuação, cabe a conscientização dos fisioterapeutas, dos dirigentes, dos gestores da saúde, e da necessidade da presença desse profissional

Relata P8, que *“existe um profissional concursado na saúde de Pato Branco para atender toda a população 69 mil habitantes”*. Isso reflete, em sua opinião, que não existe *“uma compreensão por parte dos dirigentes da saúde, quanto a necessidade desse profissional”*.

5.4 Discussão dos resultados

O município de Pato Branco possui e apresenta uma estrutura de saúde pública que pode comportar todas as competências da Fundação de Saúde, propostas em seu Plano de Saúde. Para isso, no entanto, a Secretaria de Saúde precisa colocar entre as suas prioridades a composição das equipes de saúde, que atualmente não atendem o preconizado para um serviço de qualidade em saúde.

E então, quando um dos professores entrevistados, **P2**, indica que a inserção do profissional Fisioterapeuta, no âmbito da Saúde Coletiva no município de Pato Branco, requer *“mudar paradigmas”*, lembra-se que Paim e Almeida Filho (2000) já haviam preconizado a emergência dessa mudança, especialmente quanto à questão da saúde, no terreno público-coletivo-social.

Assim, o que se verifica é a existência de uma Secretaria Municipal de Saúde, dotada de normatização, à qual cabe, especialmente “formular, planejar, orientar, gerir e executar a política municipal de saúde, através de ações, serviços, programas e atividades de caráter preventivo e curativo” (FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE PATO BRANCO, 2001, p.50).

Vasconcelos (1997) já havia contestado a Atenção Primária à Saúde como uma realidade uniforme e única, e apregoa as diversas propostas que a seguem, defendidas por grupos políticos e profissionais com objetivos opostos.

Ainda que os serviços de saúde pública sejam uma conquista por parte do Brasil, ao “promover a profissionalização, formação e aperfeiçoamento dos recursos humanos vinculados ao Sistema Único de Saúde do Município” (FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE PATO BRANCO, 2001, p.50-1), compreende-se que a incorporação da medicina comunitária ou coletiva incorporada nesses serviços será o resultado do aperfeiçoamento das técnicas de administração e de planejamento em saúde, “a partir da incorporação de **críticas** ao modelo médico tradicional” (VASCONCELOS, 1997, p. 22 – grifo nosso).

Pois é nesta linha de pensamento formativa que se deve pautar a profissionalização dos recursos humanos vinculados ao SUS do Município e para a qual se inclinou esta pesquisa. É também o que se observa na definição do perfil do Fisioterapeuta na Instituição de Ensino Superior (IES), objeto deste estudo: “[...] de um profissional liberal de nível superior, membro da equipe de Saúde, capacitado a desempenhar suas atividades profissionais, e também, nas áreas da saúde coletiva, administrativa e de pesquisa científica” (FACULDADE DE PATO BRANCO – FADEP/FISIOTERAPIA, 2006, p. 01).

No entanto, a pesquisa registrou dos próprios funcionários das Unidades de Saúde que eles: “*vê[em] o fisioterapeuta na figura do acadêmico ainda*” (F2). É possível interpretar o desconhecimento sobre a profissão do Fisioterapeuta e, especialmente como A de um profissional para a saúde preventiva; também é possível que essa formação, por subsistir no processo reabilitador, é de constante aprendizado, e, por fim, de que o profissional Fisioterapeuta começa a ser percebido na área da saúde, em decorrência da abertura do Curso de Fisioterapia pela FADEP.

Constata-se um quadro com estrutura política e social de saúde, validação da atuação do profissional Fisioterapeuta na saúde coletiva pela maioria dos depoimentos coletados que incluem visitar obras, comunidades, reuniões, desvinculando-se de um espaço físico da Unidade de Saúde, pois, ao estar *articulado com a questão preventiva, conhecer o contexto geral de todas as doenças e formas de prevenção* (F2), é fundamental.

Destaques como atuação preventiva quanto a diabetes e hipertensão também foi referida pelos depoentes entrevistados, bem como na parte neurológica, com a reabilitação de crianças portadoras de necessidades especiais.

Não se descuidou de apontar as ressalvas, quanto à classe médica **prepotente**, da qual seus membros se colocam “*num patamar acima de todas as outras disciplinas*” (F6), sobre a qual Vasconcelos (1997, p. 74) contrapõe com a disposição de “profissionais de saúde [...] dinâmicos em sua atuação”, que ganham respeito dos moradores e das lideranças, criticados por alguns setores, mas que traduzem esse respeito em poder que pode ser uma força de aglutinação inicial das pessoas, dando força especial às suas palavras.

Lembra o autor que esse “[...] poder especial que é conferido aos doutores é algo que tem uma força muito grande de sedução”, dando-lhes abertura junto às instituições, às lideranças e às pessoas, “[...] independentemente de seus posicionamentos políticos”, trazendo as pessoas para suas propostas e ações comunitárias, facilitando o relacionamento da equipe de saúde com a população (VASCONCELOS, 1997, p. 74-5).

Assim mesmo, é o trabalho realizado por professor da FADEP, sujeito desta pesquisa, de acordo com seu depoimento, no trabalho do Fisioterapeuta na Comunidade, um trabalho que vem sendo feito pela FADEP “*porque a gente vê, a gente orienta [...] a gente ajuda a comunidade, até em orientações porque são pessoas que não têm uma orientação, não têm uma informação adequada*” (F1).

Confirma-se como um trabalho isolado, dissociado da Fundação de Saúde de Pato Branco e que “*E a gente vem trazendo isso para essas comunidades, em casa; eu acho que é um privilégio único*” (F1).

A pesquisa com os profissionais das US e com os professores da FADEP revelou a prevenção como forma de diminuir custos da saúde pública e sua divulgação através de palestras e disseminação de informações. Vasconcelos (1997, p. 19-20) refere-se aos Centros e Postos de Saúde como “[...] um rico espaço da educação popular em saúde”.

Salienta o autor que o ensino sobre a higiene e comportamentos fica aquém da grande responsabilidade em entender que a falta de higiene e o não-seguimento de muitas recomendações médicas por parte da população decorre de causas profundas que se explicam pela “[...] intensa carência de recursos e o sufoco

de vida em que estão submetidos”, de modo que “educar para a saúde é ajudar na busca da compreensão das raízes destes problemas e de suas soluções” (VASCONCELOS, 1997, p. 20). Trata-se, sobretudo, do contexto das políticas de saúde.

Não se deve esquecer, porém, daquilo que Foucault (1998, p. 7) apropriadamente registrou acerca do médico: “É preciso que quem descreve uma doença tenha o cuidado de distribuir os sintomas que a acompanham necessariamente, e que lhe são próprios. [...] o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre”.

Um aspecto foi muito repetido por ocasião da realização das entrevistas: o enfoque multiprofissional e interdisciplinar. Alguns depoimentos confirmam a existência de equipes multiprofissionais e do exercício de atividades multidisciplinares na saúde coletiva. Conforme descrição da entrevista, trata-se de ações realizadas em Centro de Reabilitação Física, voltado à reabilitação e não à prevenção. É importante frisar essa compreensão, para os fins a que este trabalho se propõe, sobre a inserção do profissional Fisioterapeuta na saúde coletiva.

Verifica-se, pela pesquisa de campo, que não há profissionais de Fisioterapia atuando nas Unidades de Saúde. A dificuldade quanto à sua inserção recebe opiniões controversas, como a de que não há consenso na saúde coletiva, questões financeiras, desconhecimento quanto à profissão e suas funções, falta de projetos e políticas de saúde. Por fim, de que atuação do Fisioterapeuta não está contemplada pelo Ministério da Saúde.

Compreende-se a necessidade de acrescentar uma inferência nesta altura da análise, com conotação indagadora: Se o município de Pato Branco encontra-se em gestão plena de saúde, o que impede que possa ampliar a equipe com outros profissionais, incluindo o Fisioterapeuta?

Para que esse profissional possa ser inserido no âmbito da Saúde Coletiva, o norte indicado pelos entrevistados contém representatividade da categoria e reivindicação, falta de articulação por parte do Fisioterapeuta, realização de pesquisas epidemiológicas, divulgação das atividades preventivas, necessidade de estabelecimento dessa inserção via fórum democrático, falta de realização de concurso público para o ingresso do Fisioterapeuta nas US, impedimento em razão das dificuldades apresentadas pelo sistema, ou seja, o investimento na reversão

desse quadro patente consentiria na inserção do profissional Fisioterapeuta na saúde coletiva.

Qualquer que seja o método utilizado para compor essa inserção deve evitar ser canhestro, mas ter firmeza naquilo que se propõe, pois o basilar da saúde coletiva se traduz na prevenção e isso é ponto pacífico¹³. Registros históricos já apontaram que no valor de uma boa política para o povo reside a aquiescência de seu governo.”Otane¹⁴, após ter criticado o governo monárquico porque o monarca ‘pode fazer o que quer, sem prestar contas a ninguém’, chama o governo com ‘o nome mais belo do que qualquer outro: **igualdade de direitos**’ e o define como aquele em que o governo está sujeito a prestar contas e tomar decisões em comum com a coletividade” (BOBBIO, 2004, p. 140 – grifo nosso).

Ora, o fim da guerra fria e a globalização da economia incumbem a todos para um novo olhar sobre o Estado e a Nação expostos à invasão da universalização das relações sociais e econômicas, que simplificam o entendimento dessa relação em dois vértices: entender o Estado como mera instituição de dominação a serviço da classe dominante, ou entender o Estado como uma instituição regida pela lei, a serviço de todos os segmentos sociais (BONETTI, 2006).

Desde o passado, já fora atribuído ao Estado a responsabilidade sobre o social e o coletivo e Foucault (1998, p. 43), ao comentar sobre o Comitê de Mendicidade da Assembléia Nacional, sinaliza a adesão às idéias dos economistas e dos médicos que julgam como único lugar passível de reparação da doença “o meio natural da vida social – a família”. Além disso, havia ainda a questão de uma consciência social e centralizada da doença; por ela está ligada ao doente a família, por dever natural de compaixão; por um dever social e coletivo de assistência, a ele está ligada a nação.

É larga a concepção de que as políticas e seus direcionamentos sobrepujam, mas falta, quanto às políticas públicas, *“não a legalização, mas a formalização” (P3)*.

A referência da qual se valem os profissionais da saúde para exemplificar a importância da discussão política sobre a saúde coletiva leva em

¹³ Um ponto que não é controvertido, um ponto sobre o qual não há mais discussão. Cláudio Moreno – Sua língua. Disponível em: <http://www.sualingua.com.br/11/11_ponto_pa.htm> Acesso em: 13 de abr 2006.

¹⁴ Otane é um dos três personagens persas referidos por Heródoto [Histórias, III, §§ 80-82] sobre a melhor forma de governo a ser instaurado na Pérsia após a morte de Cambise.

conta que os direitos civis devem caber não a poucas pessoas, mas à maioria. É aí que se persegue a prevenção para a Saúde Coletiva.

Observam-se, também, nos dados obtidos na pesquisa, denúncias sobre a formação do Fisioterapeuta de que *“foi estruturada dentro do mundo acadêmico da Fisioterapia onde colocaram muito na cabeça dos acadêmicos, que o fisioterapeuta era um trabalhador, na forma terciária, porque o pessoal só trabalhava na reabilitação, reabilitação”* (P6), seguida da reflexão: *O atendimento do profissional fisioterapeuta como prevenção da Unidade de Saúde é fundamental [...] deixa bem claro nas diretrizes curriculares, é que está se iniciando. Estamos no início disso* (P6).

Sem perecer a discussão diante a obviedade, posto que se inicia uma postura preventiva de saúde por parte dos profissionais Fisioterapeutas que desejam inserção nas US coletiva e que o currículo acadêmico vem trazendo no Projeto Político-Pedagógico a disciplina de Fisioterapia Preventiva, Código FIS04175 da FADEP, e de que *“As Diretrizes Curriculares da Fisioterapia deixam bem claro, a importância e até uma certa obrigatoriedade da fisioterapia estar inserida na saúde pública”* (P6), é desconcertante a promoção do alheamento por parte do governo, nas esferas municipais, estaduais e federal que sustentam o paradigma vigente da saúde pública, focado para a o tratamento e não para a prevenção.

Na verdade, sempre se esperou que o Estado fosse mais participativo quanto à saúde pública: *“seria preciso conceber uma medicina suficientemente ligada ao Estado para que, de comum acordo com ele, fosse capaz de praticar uma política constante, geral, mas diferenciada de assistência”* (FOUCAULT, 1998, p. 21).

A chamada boa medicina deve receber do Estado testemunho de validade, complementa Foucault (1998), e, sendo de percepção individual, da assistência familiar, dos cuidados a domicílio seu apoio se concentrará na estrutura coletiva na amplitude do espaço social.

É o que se deseja para o profissional Fisioterapeuta, confirmado pelo processo social da saúde coletiva, pelo teor das diretrizes curriculares do curso de Fisioterapia, pelos profissionais de US e professores da FADEP entrevistados e da percepção que delineou este trabalho. Assim, apresentada a discussão dos resultados, passa-se às considerações finais do estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscou-se enfocar a saúde coletiva como uma ação voltada à prevenção de problemas de saúde relacionados à Fisioterapia. Ao se investigar qual a relação das políticas sociais de educação e de saúde com a formação do Fisioterapeuta para a atuação em saúde coletiva, este estudo sinalizou a oportunidade em adentrar em um universo que comporta a saúde coletiva, a formação educacional e, especificamente, a formação do Fisioterapeuta, bem como as políticas públicas da educação e da saúde.

Considerando o ambiente da pesquisa, constatou-se que existem os meios que compreendem a formação do profissional Fisioterapeuta, a estrutura da saúde pública, caracterizada pelas Unidades de Saúde e as competências delineadas no Plano de Saúde do Município de Pato Branco voltadas à população, a qual poderia se beneficiar da saúde coletiva mediante a inserção da atuação do profissional Fisioterapeuta.

Constatou-se também que, embora tenham sido incluídas no currículo do curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco – FADEP, disciplinas como Fisioterapia Preventiva e Atividade na Saúde Coletiva, o profissional formado por esse curso ainda se encontra limitado ao exercício de suas atividades reabilitadoras em hospitais, clínicas particulares ou de terceiros, exercendo-as somente neste âmbito.

Ao se analisar a relação vigente entre as políticas de educação e de saúde com a formação do Fisioterapeuta com vistas à atuação deste em saúde coletiva, constatou-se que o Estado não tem viabilizado as condições para a intervenção do Fisioterapeuta como agente de saúde junto à comunidade.

Como ilustração para esse fato, atente-se para o excerto de uma entrevista junto a um funcionário das Unidades de Saúde, acerca de sua opinião sobre a atuação do profissional fisioterapeuta nestas Unidades, na qual se registrou a seguinte assertiva: *“Nestes 10 anos eu nunca tive experiência com integração de fisioterapeuta, mas a gente percebe a necessidade e a falta”* (F2)

Verificou-se ainda que, ao se investigar a atuação do Fisioterapeuta em Unidades de Saúde do SUS, em Pato Branco-PR, os profissionais destas Unidades confirmaram a ausência do profissional Fisioterapeuta nas Unidades de Saúde pesquisadas. Contudo, os funcionários entrevistados demonstraram

conhecimento sobre a profissão, bem como apontaram as atividades que o Fisioterapeuta pode desenvolver em Unidades de Saúde, tais como: a orientação das equipes de saúde, a atuação nas Unidades de Saúde, a atuação na comunidade integrada às equipes de saúde da família, a prevenção à hipertensão, ao diabetes e à educação evidenciando a importância deste profissional.

Com base no exposto foi possível observar que, na perspectiva de uma assistência à saúde integral, a inserção do Fisioterapeuta na saúde coletiva como um profissional com ações específicas da área são fundamentais para a saúde da população.

Assim, muitas das questões que nortearam esta investigação foram reveladoras para se obter importantes informações no contexto das políticas da educação e da saúde coletiva, permitindo estabelecer uma relação entre as políticas nacionais de saúde, o Plano de Saúde do Município de Pato Branco, as Diretrizes Curriculares Nacionais da Fisioterapia e as propostas das disciplinas do curso da Faculdade de Pato Branco - FADEP.

O Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia confirma a formação do Fisioterapeuta para atuar preventivamente em saúde coletiva, mediante os seus objetivos e as disciplinas constantes na grade do referido Curso, contrapondo-se às políticas de saúde do município que não contemplam a atuação do Fisioterapeuta no espaço da prevenção na saúde coletiva.

Tal afirmação pôde ser sentida nos resultados da pesquisa de campo junto aos profissionais das Unidades de Saúde do Município de Pato Branco, bem como junto aos professores do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco – FADEP.

Portanto, essa análise da relação entre as políticas de educação e de saúde com a formação do Fisioterapeuta objetivando a sua atuação em saúde coletiva indica que os profissionais da área deverão reivindicar espaço de atuação no âmbito da prevenção em saúde.

Essa constatação torna-se visível na concepção para a formação profissional existente no curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco – FADEP. Os dados obtidos remetem aos pressupostos da pesquisa, confirmando que o Fisioterapeuta está sendo formado para atuar preventivamente em saúde coletiva, em razão das disciplinas oferecidas pelos cursos de Fisioterapia nas Instituições de Ensino Superior e, especialmente na IES em estudo, conforme explicitado no seu

Projeto Político Pedagógico, no qual se destacam disciplinas como: Fisioterapia Preventiva, Saúde Coletiva, Estágio Supervisionado I, Estágio Supervisionado II e Estágio Supervisionado III.

Confirmou-se, também, o pressuposto de que as políticas públicas de saúde não contemplam a atuação do Fisioterapeuta no espaço da prevenção na saúde coletiva, porquanto se verificou na entrevista com os profissionais das Unidades de Saúde, que no Plano de Saúde do Município de Pato Branco não se encontra inserida a atuação do Fisioterapeuta na saúde coletiva, ainda que faça referência a atividades de caráter preventivo: “Formular, planejar, orientar, gerir e executar a política municipal de saúde, através de ações, serviços, programas e atividades de caráter preventivo e curativo” (grifo nosso).

Esta realidade contrapõe-se às Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação do Fisioterapeuta em relação à sua atuação na saúde coletiva, que se encontra incluída no Art. 4º: “A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo” (grifo nosso).

Elaborando-se uma síntese em relação aos dados coletados, destacaram-se algumas constatações que podem ser, assim, delineadas:

- a ausência do profissional Fisioterapeuta nas US se contrapõe às diretrizes curriculares nacionais e PPP;
- as políticas públicas de saúde não contemplam a atuação do fisioterapeuta no espaço da saúde coletiva;
- falta de unidade da categoria;
- não há reconhecimento por parte da população e dos governantes da importância do fisioterapeuta enquanto profissional de saúde;
- não há política de inserção do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família;
- há a necessidade de compromisso das autoridades, executivo, legislativo e gestores na aplicação de políticas públicas;

- o reconhecimento da necessidade da atuação do Fisioterapeuta na saúde coletiva dar-se-á através de resultados dos dados epidemiológicos.

Por fim, registra-se a percepção da pesquisadora sobre a existência de lacunas nas práticas de saúde coletiva com relação à atuação do profissional Fisioterapeuta, incluindo no âmbito das políticas de saúde e a formação acadêmica do Fisioterapeuta e nas disciplinas de Fisioterapia Preventiva e de Saúde Coletiva componentes do currículo acadêmico de IES privada.

Constata-se, ainda, que o modelo biomédico continua vigente, não oportunizando a participação de todas as profissões de saúde nas equipes multidisciplinares.

Longe de se pretender esgotar essa temática, este trabalho se encerra no afã de que possa se tornar um instrumento motivador para novos trabalhos e que novas pesquisas possam ser realizadas com o propósito de aprofundar os estudos aqui apontados.

Enseja-se ainda que o enfoque de novos estudos leve em conta que o profissional Fisioterapeuta poderá atuar como agente de transformação social, visando a superação das desigualdades sociais e promoção da cidadania, tendo em suas diretrizes de ação a pessoa saudável previamente atendida.

A proposta para que as previsões registradas no Plano de Saúde do Município de Pato Branco sejam extensivas ao Fisioterapeuta consoante à saúde coletiva, bem como, para que se dê a implantação das políticas de humanização da saúde, se faz necessário que os organismos sociais e políticos do município de Pato Branco tenham acesso aos dados desta pesquisa.

Para tanto, é mister divulgar os mesmos ao poder público, aos acadêmicos, à direção e aos docentes do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Pato Branco – FADEP, assim como disponibilizá-los para os funcionários públicos das US e encampar projetos que primem pela saúde coletiva e pela inserção do Fisioterapeuta nos programas de prevenção em saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de.; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de.; LISBOA, Carlos Alberto. O conceito de saúde e do processo saúde–doença. In: ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. **Distritos Sanitários: Conceção e Organização**, volume 1. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)

ALMEIDA, Haley Maria de Sousa. **Programa de qualidade do governo federal aplicado à saúde**. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002 .

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade**: para uma teoria geral da política. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

BONETI, L. W. **Políticas públicas por dentro**. Ijuí: Unijuí, 2006.

BRASIL. **Lei Nº 938 de 13 de outubro de 1969**. Brasília, DF: Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar, 1969, DOU nº.197 de 14/10/69 - retificado em 16-10-1969Sec. I - P. 3.658. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências.

BRASIL. **Constituição Federal da República**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, DF: Congresso Federal, 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996. **Lei de Diretrizes e Bases**. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

BRASIL. **Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior**. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002a. Seção 1, p. 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Núcleo Técnico da PNH SGTES/Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - Co-gestão. **Palestras**. Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, 2006. Disponível em: <<http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/home.html>> Acesso em: 28 jun 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **Política do Ministério da Saúde para o Fortalecimento e Ampliação dos Processos de Mudança na Graduação em Saúde: AprenderSUS**. Brasília, DF: Esplanada dos Ministérios, 2004b.

CABREIRA, Graciela Oliveira. **A enfermagem em saúde coletiva e a modelagem da programação em saúde**: uma abordagem socioambiental do trabalho. Rio Grande, 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2003.

CARVALHO, Brígida Gimenez; PETRIS, Ailton José; TURINI, Bárbara. Controle social em saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI Jr., Luiz (orgs.) **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI Jr. Luiz. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI Jr., Luiz (orgs.) **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.100-1410, Set./Out. 2004.

CERVO, Amado Luiz. **Metodologia científica**: para uso dos estudantes universitários. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **A saúde do brasileiro**. São Paulo: Moderna, 1987.

DELIBERATO, Paulo C.P. **Fisioterapia preventiva**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2002.

DE VITTA, Alberto. **Atuação preventiva em Fisioterapia**. Bauru: EDUSC, 1999.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde coletiva**: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de Metodologia**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

FACULDADE DE PATO BRANCO - FADEP/**Fisioterapia**. Disponível em: <http://www.fadep.br/fisioterapia_grade.asp> Acesso em: 10 de abr. 2006.

FACULDADE DE PATO BRANCO – FADEP. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia**. Pato Branco, 2003.

FERRETTI, T. Fátima. **Fisioterapia**: Considerações sobre uma ciência em construção. Dissertação mestrado submetido para edição livro. Ijuí, RS: UNIJUI, 2000.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

LINDEMANN, R.; TEIRICH-LEUBE, H. & HEIPRTZ, W. **Tratado de rehabilitación**. Barcelona: Labor, 1970.

MARTINS, Clélia. **O que é política educacional**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

MERHY, Emerson Elias. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: **Agir em saúde: um desafio para o público**. MERHY, Emerson Elias; ONOKO, Rosana (orgs.). 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORAIS, A. **Dicionário prático da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1995.

MULLER NETO J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Revista Saúde em Debate**. v. 31, p.54-66, 1991.

NERY, Maria Elena da Silva. **Enfermagem em saúde pública: fundamentação para o exercício da enfermagem na comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Editora RM&L Gráfica, 2002.

NCAYIYANA, D. GOLDSTEIN, G, GOON, YACH D. New Public Health and WHO's Ninth Programme of Work. **A Discussion Paper**, Geneve: WHO Division of Development of Human Resources, 1995.

PAHO. **The Crisis of Public Health: Reflections for the debate**. Scientific Publication n. 540. Washington: Pan American Health Organization, 1992.

PAIM, Janilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO. Plano de Saúde. Prefeitura Municipal de Pato Branco, Paraná. Pato Branco, ago./2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO. Censo Econômico de Pato Branco – PR, jan./2006.

PROJETO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA. Faculdade Educacional do Sudoeste do Paraná – FADEP. Pato Branco, 2001.

REBELATTO, José Rubens; BOTOMÉ, Sílvia Paulo. **Fisioterapia no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1999.

REBELATTO, José Rubens. **Comportamentos envolvidos com o ensino de prevenção em relação a problemas com o movimento humano**. Campinas, 1991. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 1991.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSEN, George. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec : Editora da Universidade Estadual Paulista : Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SACRISTÁN, J. Gimen. **Compreender e transformar o ensino**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; LISBOA, Carlos Alberto. O conceito de saúde e do processo saúde e doença. In: ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**, v. 1 São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, Livro I).

SCLIAR, Moacir. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2002.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e democracia**. 27 ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1993.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. VALLA, Victor Vincent.; STOTZ, Eduardo Navarro (orgs.) Rio de Janeiro; Relume-Dumará, 1993.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Eymard M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

WORLD BANK. **Priorities in Health research & Development**. Report of Ad-hoc committee, 1996 (6th.draft).

APÊNDICES

Apêndice 1 Roteiro de Entrevista (Serviço)

I – Identificação:

1. Cargo ou função.
2. Formação Acadêmica.
3. Experiência Profissional.

II – Concepção sobre a atuação do profissional Fisioterapeuta em Saúde Coletiva.

4. Qual sua opinião sobre a atuação do profissional em unidades de saúde?
5. Quais as atividades que na sua opinião o fisioterapeuta pode desenvolver em unidades de saúde.

- () Orientação das equipes de saúde.
- () Atuação nas Unidades de Saúde.
- () Atuação na comunidade integradas as equipes de saúde da família.
- () Investigação sobre necessidades de atendimento de reabilitação.
- () Outras – quais (?)

6. Existem profissionais de Fisioterapia atuando nas Unidades de saúde.

7. Em caso positivo:

Quais atividades realizam

Em caso negativo:

O que dificulta a inserção do fisioterapeuta na saúde coletiva.

Como pode a fisioterapia inserir-se no âmbito da saúde coletiva.

Para o Fisioterapeuta:

Qual a sua atuação como Fisioterapeuta em Unidades de Saúde do SUS em Pato Branco?

Apêndice 2 Roteiro de Entrevista: Professores da Fadep**I – Identificação:**

1. Cargo / Função:
2. Identifique a área de conhecimento:
 - () Graduação;
 - () Especialização:
 - () Especialização:
 - () Mestrado:
 - () Doutorado:
3. Experiência Profissional. Indique a experiência e o tempo em anos.
 - () Na docência _____ anos.
 - () Em serviço Hospitalar _____ anos.
 - () Em clínicas particular _____ anos.
 - () Em Unidades de Saúde _____ anos.
4. Disciplina que ministra no Curso de Fisioterapia.

II – Concepção do trabalho do Fisioterapeuta na Comunidade.

5. Qual a sua opinião sobre a atuação do fisioterapeuta em unidades de saúde?
6. Quais atividades que na sua opinião o fisioterapeuta pode desenvolver em unidades de saúde?
 - () Orientação das equipes de saúde.
 - () Atuação em Unidades de Saúde.
 - () Atuação na comunidade integrada as equipes de PSF.
 - () Investigação sobre necessidades de atendimento na reabilitação.
 - () Outras – Quais?
7. Na sua disciplina é abordada a atuação do Fisioterapeuta em saúde Coletiva.
 - () Sim
 - () NãoJustifique sua resposta.
8. Como a Fisioterapia poderá inserir-se no âmbito da saúde coletiva no município de Pato Branco?

ANEXOS

Anexo 1 – Ofício 085/2006 – SEDET

**Prefeitura Municipal de Pato Branco**

ESTADO DO PARANÁ

Ofício 085/2006 – SEDET

Pato Branco, 11 de julho de 2006.

Ilustríssima Senhora **MÁRCIA FERNANDES DE CARVALHO**
KOZELINSKI - Pato Branco – Paraná.

Conforme vossa solicitação, segue Censo Econômico do Município de Pato Branco, objetivando levantar:

- Quantas empresas existem no município;
- Quais são as características básicas destas empresas;
- Quantas são formais e informais;
- Quantas são voltadas ao setor industrial, comercial e de serviços;
- Qual é a divisão das empresas por porte (micro, pequenas, médias e grandes);
- Quantas empresas existem por ramo de atividade (CNAE);
- Quais são os segmentos que mais se destacam no município;
- Possuir um banco de dados informatizado no município, possível de ser realimentada periodicamente com inclusões, exclusão e/ou alterações das empresas e/ou atividades econômicas cadastradas, tendo sua abrangência no perímetro urbano do município e nas principais concentrações populacionais do meio rural.



Prefeitura Municipal de Pato Branco

ESTADO DO PARANÁ

Informamos ainda, que o processo foi realizado pelo Município de Pato Branco, através da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Tecnológico e executado pela FUNDAÇÃO BRASIL - Desenvolvimento Sustentável e Combate à Pobreza, no período de março de 2005 a março de 2006.

Anexo relatório de levantamento.

Sendo o que tínhamos para o momento,

Atenciosamente.

Julio Cesar H. Lattmann.

Secretario

Secretaria de Desenvolvimento
Econômico e Tecnológico.

Anexo 2 - Documento da Faculdade Pato Branco – Fadep



FADEP
FACULDADE DE PATO BRANCO

Mantida pela Associação Patobranquense de Ensino Superior S/C Ltda.
Autorizada pela Portaria 746/2006-MEC de 26/05/06

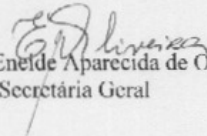


INFORMAÇÃO

Conforme solicitação da Direção Geral, vimos informar o número de alunos matriculados no primeiro semestre de 2006, conforme segue:

CURSOS	ALUNOS MATRICULADOS
Administração	145
Administração-Hab.:Geral	134
Administração-Hab.Rural	57
Administração-Hab.Comércio Exterior	117
Administração-Hab.Gestão da Informação	85
Pedagogia	123
Educação Física	256
Comunicação Social	181
Fisioterapia	249
Enfermagem	237
Nutrição	68
Psicologia	90
TOTAL	1742

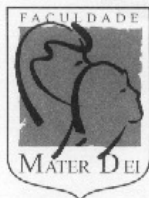
Secretaria da Faculdade de Pato Branco, Estado do Paraná, em 03 de julho de 06 de 2006.


 Professora Enede Aparecida de Oliveira
 Secretária Geral

Rua Benjamin Borges dos Santos, 21
Bairro Fraron - CEP 85.503-350
CX. P. 242 - Pato Branco - Paraná

Fone: (46) 3220-3000
www.fadep.br - e-mail: fadep@fadep.br
CNPJ: 03.420.225/0001-95

Anexo 3 - Documento da Faculdade Mater Dei



Mantenedora: Colégio Mater Dei Ltda
Autorização Port. Min. Nº 1.142 de 21/07/99 - DOU de 22/07/99 - CNPJ 78243599/0001-81

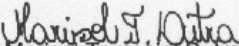
FACULDADE MATER DEI**DECLARAÇÃO**

Declaramos para fins e efeitos legais, que os cursos e o número de vagas ofertados pela Faculdade Mater Dei, são os seguintes:

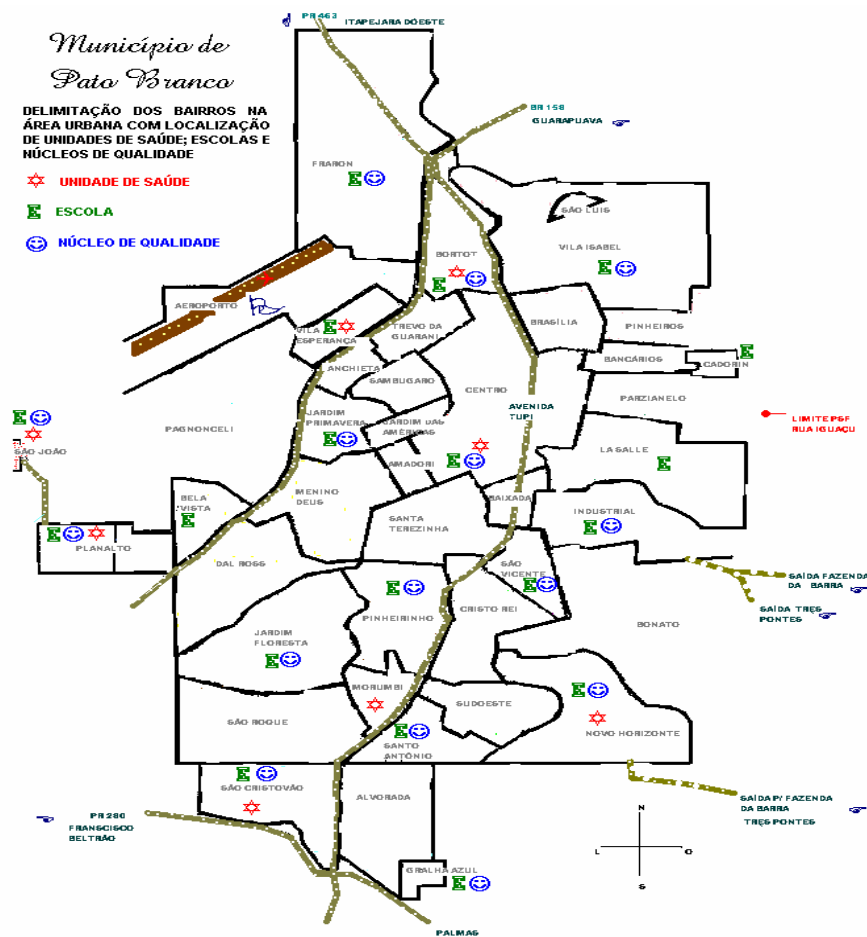
CURSO	REGIME	TOTAL DE VAGAS
Bacharelado em Administração	Semestral	200
Bacharelado em Direito	Anual	120
Bacharelado em Sistemas de Informação	Anual	120

E, por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

Pato Branco, 10 de julho de 2006.


Marisol Tomasini Dutra
Secretária Acadêmica
Port. DG 015/2004

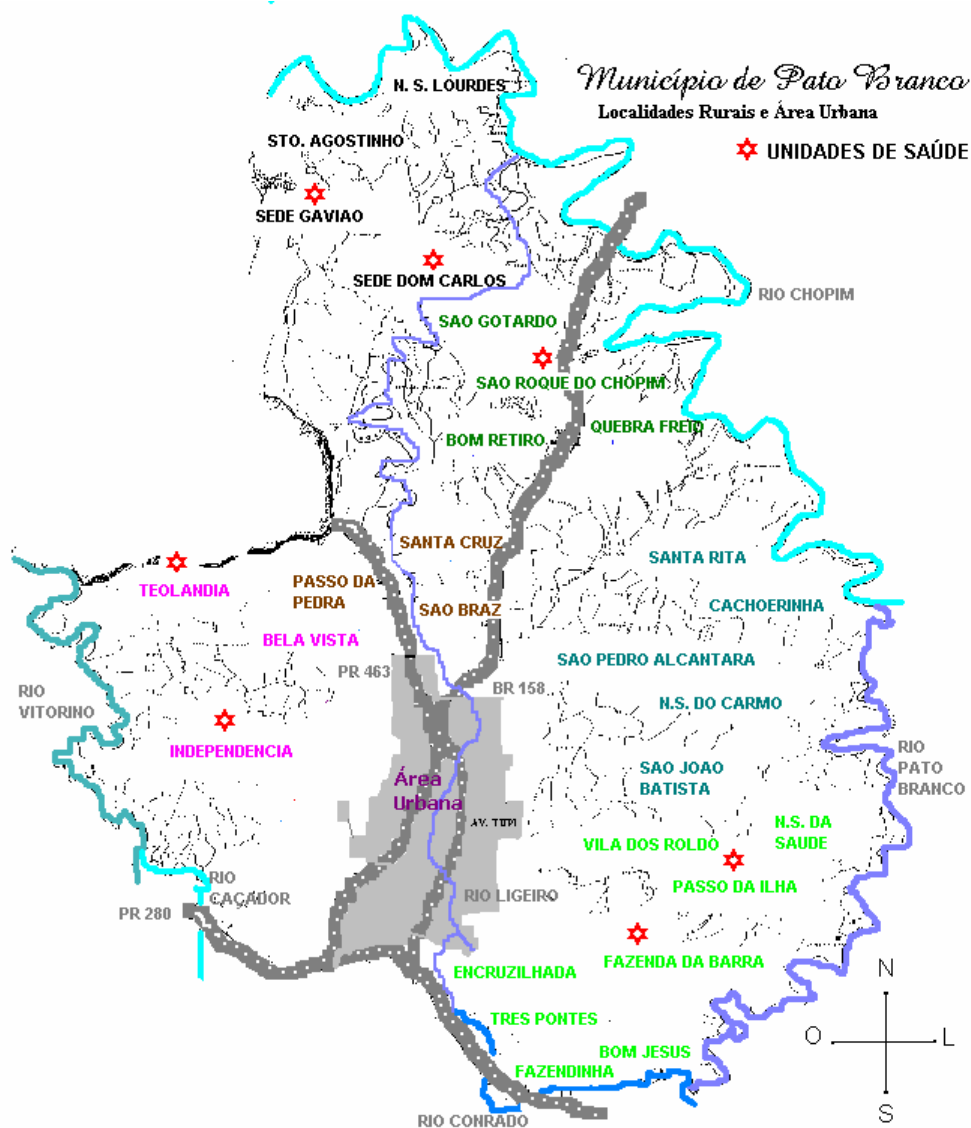
Anexo 4 – Mapa das Unidades de Saúde, Escolas e Núcleos de Qualidade nos bairros do município de Pato Branco



Fonte: Fundação de Saúde de Pato Branco, 2001, p.45.

Figura 1 - Localização das Unidades de Saúde, Escolas e Núcleos de Qualidade nos bairros do município de Pato Branco

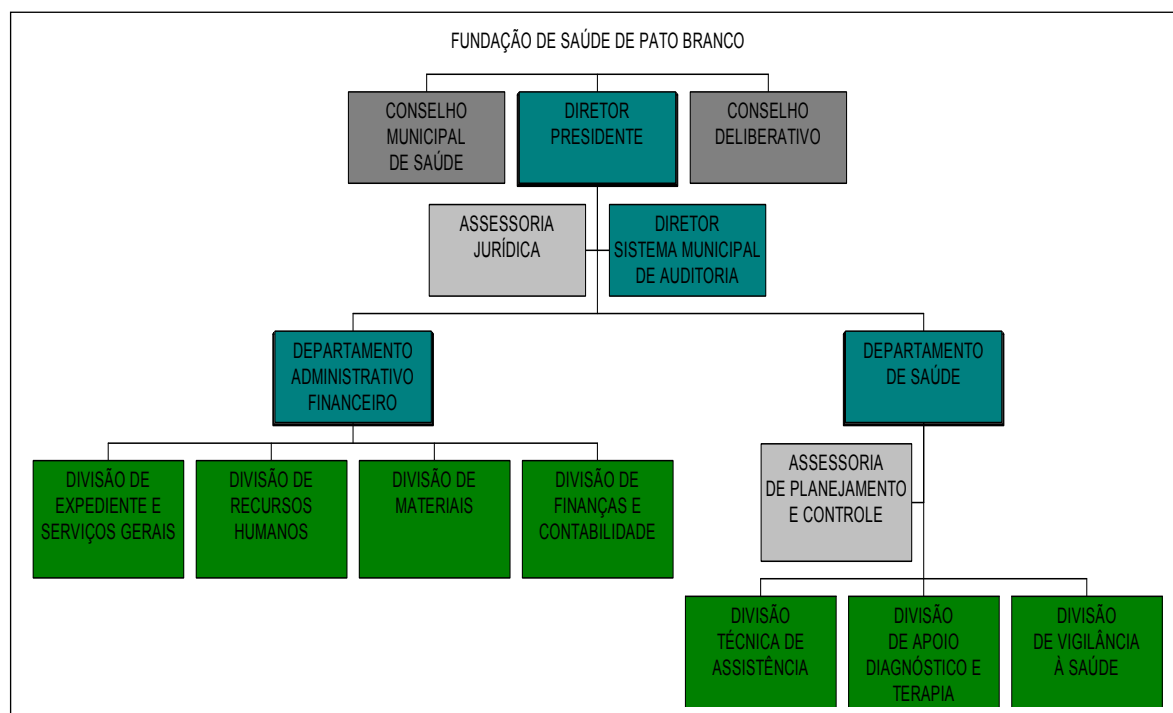
Anexo 5 – Mapa do interior do município de Pato Branco



Fonte: Fundação de Saúde de Pato Branco, 2001, p.44.

Figura 2 - Mapa do interior do município de Pato Branco com destaque para as Unidades de Saúde

Anexo 7 – Organograma da Fundação de Saúde de Pato Branco



Fonte: Lei Municipal Nº 1.378 de 28 de julho de 1.995 e Lei Nº 1.706 de 20 de março de 1998.

Figura 4 - Organograma da Fundação de Saúde de Pato Branco