

centro de suas atenções? Assim, este texto tem como objetivo discutir a gestão da coordenação do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Metodista de São Paulo – UMESP. Analisar a concepção de homem para o curso, considerando o resgate da história e da situação atual da Fisioterapia no Brasil com os impactos das políticas educacionais, levando a experiência vivida em todo o processo de criação do curso de Fisioterapia da Umesp. Além das práticas de gestão adotadas, na tentativa de implantar um modelo de gestão, que tenha um perfil democrático e participativo, promovendo um espaço em que o professor se engaje na vida do curso, contribuindo não só com seu trabalho, mas também com suas experiências, idéias e projetos de vida. Desse modo, criando um ambiente harmonioso, onde seja possível desenvolver o ensino baseado na pesquisa, beneficiando o aluno, os professores, a universidade e a comunidade, ou seja, todos aqueles envolvidos no projeto do curso.

*Fisioterapia: história, reflexões  
e perspectivas*

*autor: Marcus Vinicius Gava*

*Editora: Universidade Metodista de  
São Paulo (UMESP)*

*Ano: 2004*

*ISBN - 85-87589-33-4*

## Retrospecto da formação do fisioterapeuta no Brasil

### 1. FISIOTERAPIA NO MUNDO

No mundo, os primeiros registros do uso de meios físicos com intuito terapêutico, no caso específico da cinesioterapia, aparecem na China em 2698 a.C. e, logo após, na Índia (Sanchez, 1984). Entretanto, recursos físicos naturais como banhos de sol, águas termais e massagens são descritas como tratamentos medicinais ao longo de toda a Antigüidade.

A Fisioterapia tem seu nascimento na metade do século XIX, na Europa. As primeiras escolas apareceram na Alemanha nas cidades de Kiel, em 1902, e Dresdem, em 1918. Depois disso, a Fisioterapia, na Inglaterra, aparece com grande destaque no cenário mundial, com os trabalhos de massoterapia realizados pelos doutores Mendell e J. Cyriax, os trabalhos de cinesioterapia respiratória feitos por Winifred Linton, no Brompton Hospital, em Londres e, sobretudo, os trabalhos de Fisioterapia neurológica realizada em conjunto com a fisioterapeuta Berta Bobath e o neurofisiologista Karel Bobath que criaram o Método Bobath, para tratamento de pacientes com paralisia cerebral (Sanchez, 1984).

No ano de 1948, em Londres, esse movimento proporcionou a criação da World Confederation Physical Therapy (WCPT), ligada à Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de intensificar a Fisioterapia no mundo (Sanchez, 1984).

Nas Américas, a Fisioterapia chegou primeiro à América do Norte, com a Escola de Medicina de Harvard, por meio das pesquisas de testes musculares realizadas por Robert W. Lewet e Janet Merrill, no período de 1912 a 1916. O primeiro serviço de Fisioterapia aparece na Faculdade de Medicina da Universidade de North Western, com o setor de hidroterapia e massagem, nos anos de 1919 e 1920.

## 2. O SURGIMENTO DA FISIOTERAPIA NO BRASIL

No Brasil, a Fisioterapia inicia-se no final do século XIX, com a criação do serviço de Eletricidade Médica e Hidroterapia na Cidade do Rio de Janeiro: a Casa das Duchas, como era conhecida, e até hoje existe naquela cidade.

Em 1884, o médico Arthur Silva cria no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro, o primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul.

Na segunda década do século XX, o médico e professor Raphael de Barros fundou, no ano de 1919, o Departamento de Eletricidade Médica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Também em São Paulo, em 1929, o médico Waldo Rolim de Moraes instala, no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, o serviço de Fisioterapia. Na década de 30, o doutor Waldo Rolim montou o serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de São Paulo (Marques & Sanches, 1994).

A Eletroterapia era uma modalidade terapêutica muito valorizada durante os primeiros anos da Fisioterapia em nosso País. Conseqüentemente, um raio envolvido por uma cobra tornou-se seu símbolo oficial. Atualmente, buscou-se a substituição desse símbolo por um outro, um desenho estilizado de uma mão espalmada com a figura de um homem no centro, pela necessidade de que o símbolo fosse mais abran-

gente na representação das áreas da Fisioterapia, não se restringindo à Eletroterapia. Como todas suas áreas envolve o toque, a representação da mão do terapeuta traz um elemento comum a todas as áreas. O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional reconhecem ainda oficialmente o primeiro símbolo.

Os médicos que trabalhavam nesses serviços, eram conhecidos como médicos de reabilitação e, por algum tempo, houve a necessidade de técnicos no auxílio a esses profissionais, que se dava na aplicação efetiva das técnicas terapêuticas prescritas pelo médico como, por exemplo, a aplicação das técnicas de massagens, de correntes elétricas e outras técnicas fisioterapêuticas. O fisioterapeuta recebia uma prescrição com a descrição da técnica a ser aplicada, seu tempo de aplicação e intensidade, quando fosse o caso, e o local do corpo onde seria feita a aplicação.

No intuito de suprir esta demanda por técnicos, em 1951, Dr. Waldo Rolim criou o primeiro Curso Técnico de Fisioterapia do Brasil, com a duração de um ano em período integral. Para ingressar nesse curso, o aluno deveria como pré-requisito ter concluído o segundo grau. Os professores eram médicos do Hospital das Clínicas, onde o curso estava instalado, e seu nome homenageava o Dr. Raphael de Barros, criador do serviço de Eletroradiologia (Marques & Sanches, 1994).

Os alunos que realizavam o curso técnico, ao final das atividades, eram submetidos a uma prova teórica e uma avaliação teórico - prática sob a supervisão de médicos e enfermeiras do Serviço de Fiscalização do Estado de São Paulo que acompanhavam todo o processo de avaliação e emissão dos certificados de conclusão (Marques & Sanches, 1994). O curso foi de grande importância para a formação de tais profissionais, com ele teve início uma nova classe profissional que começou a refletir sobre a profissão, a carreira de fisioterapeuta e seu futuro.

Na mesma época, na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1954, foi criada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação - ABBR, na Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro e, em 1956, como parte de suas atividades, começa a ministrar o Curso Técnico em Reabilitação (Novaes Jr, 2000).

Pela primeira vez no Brasil, o fisioterapeuta aparece como um profissional de nível técnico e um auxiliar do médico. Sua formação estava voltada à aplicação de técnicas, que eram prescritas pelo médico.

Em 1958, foi criado anexo à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Instituto de Reabilitação pelos entendimentos entre a Organização Pan-americana de Saúde - OPAS, a Organização Mundial da Saúde - OMS e a World Confederation Physical Therapy - WCPT. Seu objetivo era estabelecer um centro de treinamento de profissionais de reabilitação, com padrão internacional na América Latina.

No período, os acontecimentos mundiais como as grandes epidemias de poliomielite, outras doenças incapacitantes, a grande massa de seqüelados e deficientes físicos decorrentes de guerras, em especial da Segunda Grande Guerra Mundial, levaram as organizações de saúde a uma preocupação específica com o tratamento e reabilitação desses indivíduos, houve um crescimento da demanda por profissionais aptos a lidarem com estes problemas. Desta forma, no Brasil e na América Latina apareceu à necessidade de melhorar a formação desses profissionais, o que culminou com a criação do Instituto de Reabilitação.

O Instituto de Reabilitação da USP desenvolveu a criação de vários cursos técnicos na área de reabilitação, com habilitações específicas, sendo uma delas a formação de técnicos em Fisioterapia, substituindo o Curso Dr. Raphael de Barros,

existente até então. O novo curso de técnico em Fisioterapia apresentava grandes diferenças em relação ao Curso Dr. Raphael de Barros. A primeira era o padrão internacional exigido, que alinhava o curso com outros semelhantes na América do Norte e Europa. A outra era a duração total do curso que passou para dois anos em regime integral, trazendo para o país um curso com qualidade superior.

Nesta época, os técnicos formados já encontraram uma profissão um pouco mais organizada que seus colegas anteriores, tanto é que os técnicos egressos do Curso Dr. Raphael de Barros já haviam fundado, no ano de 1957, a Associação Paulista de Fisioterapeutas - APF que exerceu importante papel como a primeira associação da classe e tornou-se a semente para a criação de outras entidades.

Os profissionais formados pelo curso do Instituto de Reabilitação começaram a se organizar e a planejar um futuro para a Fisioterapia. Pela primeira vez, os próprios técnicos começavam a tentar decidir os rumos de sua profissão. Todo esse movimento teve como marco inicial histórico à fundação da Associação Brasileira de Fisioterapeutas - ABF, que ocorreu em 19 de Agosto de 1959. Esta associação foi ímpar para o desenvolvimento da Fisioterapia no Brasil e para a criação de seu primeiro curso superior de Fisioterapia.

A ABF nasce na cidade de São Paulo, tendo como criadores os fisioterapeutas Eugênio Lopez Sanchez, Angel Lopez Sanchez, Danilo Vicente Define, como lembra Marques em seu artigo Origem e Evolução da Fisioterapia: Aspectos Históricos e Legais, publicado na Revista de Fisioterapia da USP, em 1994. Os objetivos iniciais da ABF eram promover o aperfeiçoamento profissional, estabelecer parâmetros jurídicos e deontológicos para o exercício da profissão, unificar a classe em todo o Brasil e discutir a formação profissional. Os pioneiros da Fisioterapia iniciaram as atividades, trabalhando

com temas como a formação profissional e o reconhecimento legal do profissional e sua regulamentação em todos os níveis.

Em poucos anos de existência, a ABF conseguiu por meio de um trabalho sério o respeito de uma parcela esclarecida de profissionais da área da saúde. Em 1962, a Associação Médica Brasileira - AMB reconhece, oficialmente, sua existência. O reconhecimento também ocorreu em âmbito internacional com a World Confederation Physical Therapy - WCPT, em 1963. Este apoio fortaleceu a associação e deu grande credibilidade aos profissionais brasileiros tanto aqui como no mundo.

No entanto, a Fisioterapia ainda trazia a herança do auxiliar técnico e do profissional restrito à reabilitação. Não competia a estes a avaliação do problema a ser tratado, a escolha e a forma de aplicação dos procedimentos terapêuticos. O fisioterapeuta não possuía autonomia sobre seus tratamentos, sendo estes restritos ao médico. Entretanto, a capacidade desses profissionais transcende o mero papel de cumpridores de ordem e mesmo um profissional tecnicista possui certo grau de autonomia para sua prática profissional. Esta autonomia almejada pela classe passava por uma formação, ainda melhor, sobretudo por um repensar responsável sobre a avaliação de suas práticas.

### 3. CRIAÇÃO DOS PRIMEIROS CURSOS SUPERIORES DE FISIOTERAPIA

A criação do curso superior em Fisioterapia entusiasmava ainda mais os membros da ABF que centravam suas forças nesse objetivo.

O Ministério da Educação e Cultura - MEC atendendo parcialmente à classe dos fisioterapeutas, estabeleceu o reconhecimento dos cursos técnicos de Fisioterapia no Brasil pelo parecer No. 388/63, elaborado por peritos do Conselho Federal

de Educação. Este parecer estabelecia que os cursos deveriam ter a duração de três anos e que os profissionais formados por ele seriam denominados Técnicos em Fisioterapia. Também seria estabelecido um currículo mínimo para o curso, como foi estabelecido pela Portaria Ministerial de nº 511/64.

A profissão ganhou um curso técnico de padrão mínimo internacional, porém, os documentos que nortearam o projeto do curso, ainda não ofereciam a autonomia pretendida pela classe. Dizia o Parecer 388/63, em seus trechos principais:

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

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

Como se pode constatar no trecho acima, o curso técnico de Fisioterapia passou a ter um ano a mais e o status de um curso de padrão mínimo internacional. O fisioterapeuta e outros profissionais citados no documento permaneciam como subalternos e obedientes às ordens do médico.

O controle que se pretendia exercer perante os outros membros da equipe de saúde era muito grande, até por uma questão de reserva de mercado de trabalho. A Fisioterapia possuía um curso técnico de qualidade que ainda não lhe dava autonomia e no momento não contribuía de forma expressiva para o aperfeiçoamento científico da profissão, o que seria fundamental para comprovar e avaliar suas práticas, como acontece atualmente.

Mesmo com as dificuldades que o MEC impunha, à criação de mais cursos no país, a ABF continuava a trabalhar para sua melhora, e buscava a criação e a regulamentação de um curso de nível superior em Fisioterapia. A Associação preocupava-se também com o aumento de pessoas não habilitadas no exercício da profissão. Havia a necessidade de uma regulamentação legal da profissão e de seus membros no intuito de proteger a população e fiscalizar a qualidade dos serviços prestados. Esta regulamentação, além de necessária, poderia também ajudar na luta pela autonomia profissional.

Nos períodos de 1960 e 1970, durante o regime militar, a ABF por meio de estratégia política conseguiu uma das maiores conquistas da profissão. No ano de 1969, os Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica assinaram o Decreto-lei no.938 de 13 de outubro de 1969 que reconhecia o fisioterapeuta e os cursos superiores de Fisioterapia, reservando aos graduados nestes cursos o direito exclusivo do exercício da profissão. O decreto estabelecia que:

“Art. 1º: É assegurado o exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, observando o disposto no presente Decreto-lei”.

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. 5º: Os profissionais fisioterapeutas poderão ainda, no campo de atividade específica:

I – dirigir serviços em órgão e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessora-los tecnicamente;

II – exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;

III – supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.””.

(Fonte: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 14 outubro, 1969. Seção 1. p. 3.658)

Em todo o instrumento legal citado, a questão concernente à Fisioterapia e Terapia Ocupacional é tratada em conjunto. Esta prática foi uma estratégia adotada pelas duas áreas, com o objetivo de unir forças e ganhar poder de negociação. Hoje, porém, apesar do número de fisioterapeutas ser extremamente maior que o de Terapeutas Ocupacionais, o Conselho Federal e os Conselhos Regionais ainda representam as duas profissões.

Com este Decreto-Lei, a Fisioterapia se fortaleceu e colocou em questão a qualidade dos cursos oferecidos, já que o problema da reserva de mercado começava a se resolver. O referido decreto também colocou em cheque, novamente, a autonomia do profissional, conferindo-lhe direitos para chefiar serviços e ministrar aulas. Desta forma, um fato novo aconteceu com o aparecimento de fisioterapeutas, ministrando disciplinas para seus próprios colegas. A criação pela Organização Mundial de Saúde – OMS e World Confederation Physical Therapy – WCPT do primeiro Curso de Mestrado em Fisioterapia, no México, foi extremamente marcante para o

desenvolvimento da profissão. Os professores e fisioterapeutas Danilo Vicente Define e Eugênio Lopez Sanchez foram os primeiros professores brasileiros a realizarem o curso.

A classe passa a perceber que a autonomia e o respeito perante os colegas da área de saúde e pela sociedade devem passar pela competência e capacitação adquirida na universidade não só do por meio do ensino, mas também da pesquisa. Sendo assim, começou a ser elaborado um novo currículo mínimo que contemplasse estas vertentes do ensino.

Os Congressos Brasileiros de Fisioterapia também exerceram um papel fundamental para a organização de idéias e planejamento dos rumos da profissão. O primeiro aconteceu no Rio de Janeiro, em 1964, antes mesmo do Decreto-Lei No. 938. O segundo já após o decreto, deu-se em 1972, na cidade de São Paulo. Estes eventos culminaram com outra decisão histórica que foi a Lei No. 6316 de 17 de dezembro de 1976 que cria o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITOS, tendo como seu primeiro presidente do COFFITO, a dra. Sônia Gusman.

Destacam-se os seguintes artigos desta lei:

"Art.1º: São criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com a incumbência de fiscalizar o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional definidas no Decreto-lei no.938, de 13 de outubro de 1969".

(...) Art.5º: Compete ao Conselho Federal:

I - (...)

II - exercer função normativa, baixar atos necessários à interpretação e execução do disposto nesta Lei e à fiscalização do exercício profissional, adotando providências indispensáveis à realização dos objetivos institucionais.

III - supervisionar a fiscalização do exercício profissional em todo o território nacional."".

(Fonte: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 18 de dezembro, 1976. Seção 1, parte 2.)

A criação dos Conselhos deu caráter regulamentador e fiscalizador à profissão que começa a ter condições de controlar e quantificar o número de profissionais, de cursos e de estabelecimentos que possuíam os serviços de Fisioterapia.

A Fisioterapia estava entrando em confronto com uma área da medicina, a Fisiatria, há algum tempo. Com a organização dos Conselhos e o início das regulamentações, este confronto agravou-se ainda mais, pois, a partir dessas regulamentações estabelecidas pelo COFFITO, legalmente todos os estabelecimentos que possuíam serviços de Fisioterapia deveriam, obrigatoriamente, fazer seu registro no CREFITO e manter em seu quadro de funcionários, pelo menos, um profissional fisioterapeuta com formação superior também registrado no CREFITO, para responder como responsável técnico pelo setor.

Estas obrigatoriedades prejudicavam o andamento de algumas clínicas médicas de propriedade de fisiatras ou médicos de outras especialidades que se utilizavam, de mão-de-obra não qualificada para exercer as funções do fisioterapeuta, o que permitia a manutenção de um serviço de Fisioterapia com um custo muito baixo, tendo em vista que o salário pago a estes indivíduos era exíguo em relação ao salário de profissionais habilitados. Como uma das funções do CREFITO é a fiscalização do oferecimento da qualidade do serviço de Fisioterapia à população ou o estabelecimento enquadrar-se-ia na regulamentação ou não poderia oferecer tal serviço.

Assim, a Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação moveu uma representação sobre a incons-

titucionalidade dos artigos 3º e 4º do Decreto-Lei No. 938, apresentados anteriormente, e do parágrafo único do artigo 12 da Lei nº 6316 que trata da obrigatoriedade do registro das prestadoras de serviço de Fisioterapia nos CREFITOS. O resultado desta contenda foi que o Superior Tribunal Federal, por decisão unânime, julgou improcedente a representação feita pela Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. Este episódio mostra as pressões impostas, sobretudo, pelos médicos fisiatras, para manter um controle sobre os fisioterapeutas.

#### 4. REFORMULAÇÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

As conquistas dos fisioterapeutas apresentadas fizeram com que a classe ganhasse maior credibilidade e confiança para poder partir a uma proposta de alteração do currículo mínimo. Sua alteração só veio acontecer em 28 de fevereiro de 1983, com a Resolução nº 4, tendo em vista o Parecer No. 662/82 do MEC que estabelecia mudanças como, a carga horária mínima de 3.240 horas/aula em quatro anos.

Toda proposta curricular advém dos anseios de uma classe e de suas posições políticas, a fim de assegurar sua consolidação e crescimento. Mesmo sem haver uma discussão que chegasse a um consenso sobre o fisioterapeuta que se pretendia ter no país, o currículo, elaborado pela comissão de Ensino da Associação Brasileira de Fisioterapeutas e aprovado pelo MEC, diferencia-se pela inclusão de áreas que, até então, não apareciam na formação do fisioterapeuta.

O novo currículo apresenta uma valorização pelo aumento dos conteúdos e número de disciplinas e pela preocupação de disponibilizar ao acadêmico o máximo de informações possíveis. A instrumentalização mais adequada do profissional parecia, neste momento para a ABF, ser uma estratégia para o crescimento do fisioterapeuta do ponto de

vista acadêmico, científico e de autonomia de atuação profissional perante a área médica.

A seguir, o currículo aprovado, em 1983, é apresentado para melhor ser analisado, pois, estimulou o avanço da Fisioterapia e ainda é a base das grades curriculares usadas atualmente:

“Art. 1º: O currículo mínimo dos cursos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional será dividido em quatro ciclos, a saber”:  
I – Ciclo de Matérias Biológicas;  
II – Ciclo de Matérias de Formação Geral;  
III – Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes;  
IV – Ciclo de Matérias Profissionalizantes.

Parágrafo único: Com pequenas complementações os ciclos I e II poderão ser usados como tronco comum para ambas às profissões.

Art. 2º: O ciclo de Matérias Biológicas constará de:

- a) Biologia;
- b) Ciências Morfológicas, compreendendo Anatomia Humana e Histologia;
- c) Ciências Fisiológicas, compreendendo Bioquímica, Fisiologia e Biofísica;
- d) Patologia, compreendendo Patologia Geral e Patologia de Órgãos e Sistemas.”

As matérias que compõem este primeiro ciclo, já existiam em currículos anteriores, porém sua importância foi valorizada com o aumento da carga horária e dos conteúdos ministrados, equiparando-se com os outros cursos da área de saúde.

As disciplinas de Patologia também ganharam destaque em seu tratamento, tendo agora uma importância muito mais investigativa e diagnóstica da doença e não, simplesmente, informativa. Este tipo de abordagem abria um grande precedente para a Avaliação Fisioterapêutica e a autonomia da prática profissional.

"Art. 3º: O ciclo de Matérias de Formação Geral constará de":

- a) Ciências do Comportamento, compreendendo Sociologia, Antropologia, Psicologia, Ética e Deontologia.
- b) Introdução à Saúde Humana compreendendo Saúde pública;
- c) Metodologia de Pesquisa Científica, incluindo Estatística."

As disciplinas de formação geral como Sociologia e Antropologia surgem pela primeira vez, trazendo a discussão do homem e da sociedade para a realidade da Fisioterapia, dando um cunho pouco mais humanístico ao curso. Com a inserção destas disciplinas, o currículo aponta também para um currículo emancipatório, centrado na pessoa e também reflexivo, centrado nos problemas sociais (Moreira, 1990:50), porém, esta intenção é apenas sinalizada, sem grandes pretensões ou estratégias pedagógicas. Dentro do Ciclo de Matérias de Formação Geral, a disciplina de Saúde Pública sinaliza para uma vertente que futuramente será uma grande área: a Fisioterapia Preventiva. Pela primeira vez, o fisioterapeuta começa a se desvincular do binômio cura – reabilitação para vislumbrar também a área da prevenção. Esta disciplina foi importante para o aparecimento da Epidemiologia e a Ergonomia no curso, para mostrar ao fisioterapeuta sua inserção e importância como agente de saúde junto à sociedade. A disciplina de Psicologia foi também introduzida e trouxe à formação do profissional algo de extrema importância para quem cuida do corpo: a mente. Esta área do conhecimento tornou-se tão fundamental que muitos colegas fisioterapeutas partem para a pós-graduação nessa área, trazendo valiosas contribuições à profissão. A harmonização entre o motor e o cognitivo, por exemplo, é indissociável, melhorando a qualidade das terapias.

A disciplina de Metodologia da Pesquisa veio para abarcar uma reivindicação iniciada pelos professores Eugênio

Sanche's e Danilo Define que trouxeram do México a preocupação da pesquisa para a Fisioterapia, em relação ao aprender a aprender que a pesquisa pode proporcionar. Para Demo (1990: 64), o aprender a aprender, significa não imitar, copiar, reproduzir. A verdadeira aprendizagem é aquela com esforço próprio através de elaboração pessoal. Esta disciplina começa a discutir a análise científica, a comprovação das práticas profissionais e o desenvolvimento científico da própria área.

"Art .4º: O ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes para a formação do Fisioterapeuta constará de":

- a) Fundamentos de Fisioterapia, compreendendo História da Fisioterapia e Administração em Fisioterapia;
- b) Avaliação Funcional, compreendendo Cinesilogia, Bases de Métodos e Técnicas de Avaliação em Fisioterapia;
- c) Fisioterapia Geral, compreendendo Eletroterapia, Termoterapia, Foterapia, Hidroterapia e Mecanoterapia;
- d) Cinesioterapia, compreendendo Exercícios Terapêuticos e Reeducação Funcional;
- e) Recursos Terapêuticos Manuais, compreendendo Massoterapia e Manipulação; ""

O Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes apresenta duas disciplinas que têm grande relação com a busca da autonomia do profissional, são elas a disciplina de Avaliação Funcional e a disciplina de Bases, Métodos e Técnicas de Avaliação em Fisioterapia, que trazem a oportunidade para o profissional conhecer seu cliente, o problema que o trouxe à Fisioterapia por meio de uma análise desse problema à possibilidade da escolha da melhor terapêutica para atingir o objetivo esperado. A escolha da terapia adequada e da técnica terapêutica do tempo de tratamento necessário, o estabelecimento dos objetivos terapêuticos e a própria escolha de



realizar ou não o tratamento passam pela avaliação criteriosa que o fisioterapeuta faz de seu cliente. É preciso saber avaliar por meio de técnicas específicas e, sobretudo, pelo domínio dos conteúdos teóricos, para saber o que procurar em uma avaliação. E ao encontrar, saber valorizar esta informação para o planejamento de toda a terapia.

Como foi referido anteriormente, o médico avaliava o cliente, por essa avaliação, prescrevia ao fisioterapeuta a conduta a ser tomada. Agora, com a instrumentação do fisioterapeuta para uma avaliação do cliente, este não necessita mais de outro profissional para procurar o problema a ser tratado. Pode reavaliar seu cliente com o objetivo de quantificar a melhora ou não de seu quadro, a fim de atribuir alta ou redirecionar suas condutas.

“Art. 5º: O ciclo de Matérias Profissionalizantes para a formação do Fisioterapeuta constará de”:

- a) Fisioterapia aplicada às condições neuro-músculo-esqueléticas, compreendendo Fisioterapia aplicada à Ortopedia e Traumatologia, à Neurologia e a Reumatologia;
- b) Fisioterapia aplicada às condições cárdio-pulmonares, compreendendo Fisioterapia aplicada à Cardiologia e à Pneumologia;
- c) Fisioterapia aplicada às condições gineco-obstétricas e pediátricas, compreendendo Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e à Obstetrícia e Fisioterapia aplicada à Pediatria;
- d) Fisioterapia aplicada às condições sanitárias, compreendendo Fisioterapia preventiva;
- e) Estágio Supervisionado, constando de Prática de Fisioterapia Supervisionada.”

O último ciclo de matérias caracteriza-se como Matérias Profissionalizantes que englobam as disciplinas de Fisioterapia Aplicada e os Estágios Supervisionados, cuja novidade

é a ampliação do leque de opções do trabalho do fisioterapeuta, saindo do lugar comum da Fisioterapia Ortopédica, Neurológica e Pneumológica para abranger áreas como a Ginecologia, Obstetrícia e a Fisioterapia Preventiva.

O currículo mínimo aprovado, em 1983, deu um grande salto de qualidade para a profissão, porém, como foi apresentado, ainda parecia um conjunto de matérias que sinalizava sobre uma profissão e o profissional que se pretendia formar. Questões fundamentais faltavam esclarecer, como: o que é Fisioterapia, quem é o fisioterapeuta, qual seu perfil e quais os limites de sua área de atuação profissional.

Nos anos de 1970 e 1980, houve um crescimento dos cursos de Fisioterapia no País, sobretudo no Estado de São Paulo. Além da Universidade de São Paulo – USP que foi pioneira no Brasil com o curso de Fisioterapia, também o curso da Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR, criado em 1978, destacou-se dentro dessa área do saber. As universidades confessionais também acreditaram nessa área, como é o caso da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCAMP que, em 1973, já possuía o curso de Fisioterapia. Outra universidade confessional, a Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP, em 1976, também criou seu curso.

Além das instituições de ensino superior, públicas e confessionais, as instituições particulares também investiram no curso de Fisioterapia. Dentre estas, é destacado o curso, criado em 1984, pela então, Faculdade da Zona Leste de São Paulo – FZL, hoje Universidade Cidade de São Paulo – UNICID. Este curso foi coordenado e projetado pela Professora e Fisioterapeuta Sônia Regina Manso, juntamente com o Professor Sérgio Mingrone e pelo grupo de fisioterapeutas do Hospital das Clínicas de São Paulo. Esse curso foi pioneiro em instituições particulares, não confessionais. No início, o curso de Fisioterapia da UNICID, apresentava um corpo docente

formado quase na totalidade por professores da USP, e a qualidade estabelecida foi tal que, hoje, tem o destaque de ser um dos bons cursos do País.

Com a Fisioterapia mais madura e com mais fisioterapeutas pesquisadores, aparece pela primeira vez no Brasil, uma obra que discute de forma profunda a situação do ensino de Fisioterapia no País, que é, *Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*, publicado em 1987, escrito pelos professores José Rubens Rebelato, fisioterapeuta e Doutor em Psicologia da Educação, orientado por Sílvio Paulo Botomé, psicólogo e Doutor em Ciências, sendo os dois, na época, professores da Universidade Federal de São Carlos. O livro foi reeditado, em 1999, e era a única obra até então, que abordava este tema em nosso País.

A obra faz uma análise da situação dos cursos e da problemática do ensino de Fisioterapia nos anos de 1970 e 1980. Os autores compararam os currículos, os objetivos e a bibliografia das disciplinas de 15 cursos de Fisioterapia que se apresentavam em destaque na época, além de comparar os currículos com a legislação que rege a profissão.

Os autores realizaram algumas constatações importantes em relação às disciplinas e à dispersão dos professores em seus conteúdos, como o texto descreve:

Os objetivos das disciplinas consideradas relacionadas ao objeto de trabalho da Fisioterapia permitem algumas observações relativas àquilo que é proposto como aprendizagem característica do profissional. Inicialmente, chama a atenção o elevado grau de dispersão (ou ausência de homogeneidade) dos objetivos das disciplinas. Parece não existir uma proposta básica, um eixo central, em torno do qual se desenvolvam as aprendizagens necessárias para a formação do fisioterapeuta como profissional da área da saúde. Aquilo que os professores

propõem, por meio de suas disciplinas, nos diversos cursos parece estar mais vinculado às concepções sobre o que é a Fisioterapia, particulares de cada instituição, ou dos profissionais que trabalham nela, do que a uma formação profissional voltada para as necessidades da população. A partir disso, é possível afirmar que as decisões sobre o que ensinar para os graduados de Fisioterapia parecem ser determinadas por interesses, aptidões ou ocupações circunstanciais ou individuais de cada professor (Rebelato & Botomé, 1999: 135).

O trecho acima mostra a falta de uniformização do discurso usado na sala de aula sobre questões que dizem respeito a eixos norteadores do curso. Para os professores da época, não havia ainda uma noção de projeto pedagógico para traçar um rumo para o curso, onde o currículo poderia ser estruturado. A classe ainda não havia estabelecido, de forma oficial, uma definição sobre a Fisioterapia e o fisioterapeuta que se pretendia formar. Estas definições vinham de uma mescla da visão que o professor tinha da disciplina com definições trazidas de textos que, muitas vezes, eram estrangeiros ou produzidos por outros profissionais que não o fisioterapeuta.

Como exemplo, cito algumas definições de Fisioterapia trabalhadas por bibliografias usadas na disciplina de Fundamentos de Fisioterapia, disciplina esta ministrada nos primeiros anos do curso, com o objetivo de situar o estudante perante a área:

Fisioterapia: essa é uma das profissões que imediatamente se associa com a reabilitação por sua conexão com a medicina física e a fisioterapia. Suas missões principais são a ajuda na avaliação da capacidade funcional do paciente, a administração de tratamentos para evitar a dor, corrigir ou minimizar as deformidades e melhorar a saúde geral do cliente (Morags, 1972: 63).

Esta definição marca a importância da avaliação do cliente, mesmo que limite a avaliação funcional, para dar início à administração das terapias e fixa o profissional à área de reabilitação.

Já para Caviedes, apud Lindeman (1970:413), a Fisioterapia pode ser definida como:

A mão direita do médico reabilitador na fase terapêutica ou cinesioterapeuta. Na realidade, Fisioterapia quer dizer tratamento por meios físicos, embora esse conceito induza ao erro, pois não é o que nós entendemos hoje como Fisioterapia. Para nós, a Fisioterapia é a terapia por meio do movimento, ou seja, o tratamento destinado à recuperação das funções do sistema motor.

Os autores abrangem outras formas terapêuticas e tentam afirmar que Fisioterapia não é muito mais que a utilização de recursos físicos, dando enfoque a Cinesioterapia, porém a ligação com a reabilitação continua sendo feita.

Vários autores, e diversas definições são trazidas do exterior para ajudar a definir a Fisioterapia e o fisioterapeuta. Alguns professores analisavam, de forma crítica, estas definições, mostrando ao discente as várias visões sobre o tema, a fim de produzir sua própria definição a partir de uma síntese do que foi discutido. Outros docentes apresentavam algumas dessas definições como verdades a serem aceitas.

Outro item, constatado pelos autores foi a ênfase que se dava à área da cura e reabilitação, responsáveis pelo surgimento da Fisioterapia:

...essa ênfase tão grande na cura ou na reabilitação não facilitará as condições para que os profissionais de Fisioterapia formados por esses cursos ampliem suas perspectivas de

atuação: prevenir problemas e manter boas condições e promover melhores características de movimento e postura em relação às necessidades de toda a população em complementação ao tratamento clínico individual de pessoas com problemas de saúde. Talvez não possa ser dito que a formação técnica em terapia seja inadequada. Ela é desproporcional em relação às responsabilidades sociais desse profissional, considerando as necessidades da população (Rebelato & Botomé, 1999: 137).

Podemos observar a importância social que os autores esperavam da Fisioterapia e suas preocupações em lançarem a Fisioterapia, além da reabilitação. Assim, iniciava-se a preocupação com a ampliação do mercado de trabalho e a diversificação do horizonte de atuação do profissional.

Os autores Rebelato & Botomé (1999:180) terminam sua análise afirmando:

... em síntese, e retornando o que foi verificado, pode ser identificada, em relação à formação do profissional de Fisioterapia no País, que essa formação não está, ainda dirigida no sentido adequado para alcançar as características desejáveis da profissão, apesar das afirmações existentes tanto nos documentos oficiais sobre a profissão, quanto nas posteriores tentativas de definir o fisioterapeuta como um profissional da área de saúde. As classes de conhecimento, da maneira pela qual estão sendo propostas nos cursos de graduação, não minimizam os problemas originados no currículo oficial. Ao contrário, parecem potencializá-lo na medida em que, em vez de identificar os problemas existentes e fazer que se tornem alvo de discussões, debates e questionamentos, os cursos os adotam tais como se apresentam e, a partir deles, cometem erros e inadequações de procedimentos que prejudicam a orientação da atuação profissional.

Os pesquisadores citados levantam questões que vão provocar importantes reflexões, representando as preocupações daqueles que trabalham com a gestão do ensino de Fisioterapia.

Os cursos de Fisioterapia possuíam um currículo mínimo do ponto de vista do conteúdo em relação aos currículos passados, porém havia a necessidade de que a classe se posicionasse em relação a algumas definições em Fisioterapia, não só para direcionar melhor os currículos, harmonizando e atualizando o discurso das disciplinas, mas também para marcar uma posição política dentro da área de saúde em relação ao fisioterapeuta perante as equipes multiprofissionais, perante órgãos oficiais, serviços públicos e privados de saúde e convênios médicos.

#### 5. O IMPACTO DA RESOLUÇÃO COFFITO-80

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, sensível às discussões da classe e preocupado com a questão do perfil profissional, promove um trabalho de elaboração e estabelecimento de uma resolução sobre o assunto que fica pronto, em 1987, com a Resolução COFFITO-80 que inicia fazendo várias considerações que, tamanha a importância, estabelecem até hoje conceitos sobre questões da Fisioterapia. Alguns destes conceitos foram até incorporados à Proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais de 12 de setembro de 2001.

A primeira consideração da Resolução COFFITO-80 de 1987 é:

– Considerando que a Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função;....

Pela primeira vez, esta consideração marca a Fisioterapia como uma ciência, com um objeto definido de estudo, trazendo à área os métodos e o rigor do pensamento científico, dando um salto evolutivo e de respeito perante a comunidade científica em relação às pesquisas. Até então, no Brasil, havia uma escassez de trabalhos científicos específicos em Fisioterapia. Um sinal disso é a pobreza de revistas científicas e artigos publicados. Por muitos anos, o discurso dos professores das disciplinas de Fisioterapia estava fundamentado no que lhes foi ensinado em sua graduação e, em livros estrangeiros, promovendo uma transmissão do conhecimento que também lhes foi passada. Associada a esse conhecimento, havia a reprodução de sua prática diária, presente em expressões como “eu trato o meu paciente assim há muitos anos”. Estas visões das vivências práticas são fundamentais para a ilustração do assunto e enriquecimento da aula, porém, há ainda grande necessidade de comprovação de terapias ou até mesmo sua avaliação mais criteriosa, ou então, de uma avaliação sistemática da literatura produzindo uma Fisioterapia baseada em evidências científicas.

Granger (1994:19), define ciência como:

... o conhecimento rigoroso da realidade em termos de suas causas, ou seja, o conhecimento metodicamente ordenado. Além de se fundamentar em hipóteses, também se fundamenta em teoria. Trata-se de um conhecimento objetivo, acessível ao público (a todos), baseado na observação e na experiência.

Muito do que se dizia e ensinava em escolas de Fisioterapia, não tinha tratamento rigoroso de ciência. Desse modo, definir a Fisioterapia como ciência, acarretou uma obrigação da comprovação científica de tudo o que se preconiza como tratamento fisioterapêutico. Este rigor e a metodologia científica estimularam a investigação e a produção de teorias

relacionadas à prática, fisioterapêutica, além de criar um maior senso crítico em relação ao que se dizia ser conhecimento. No mundo, a produção de trabalhos científicos sobre o tema é vasta, agora os fisioterapeutas brasileiros, não somente os da academia, passam a descobrir este mundo com a facilidade das informações disponibilizadas via internet.

A primeira consideração da Resolução COFFITO-80 foi tão forte que foi reproduzida no estabelecimento do perfil profissional, na Proposta de Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia, em 2001. Diz o Artigo 3º das Diretrizes de 2001:

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. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgão, sistemas e funções, (grifo meu) desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.

A Resolução COFFITO-80 de 1987 é transcrita, quase em sua íntegra neste artigo da Proposta de Diretrizes Curriculares. Isto mostra o impacto positivo que a resolução trouxe. As Propostas de Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia merecerão análise mais apurada posteriormente neste texto, tanto por sua importância histórica, como pelo impacto direto sobre a elaboração do projeto do Curso de Fisioterapia da Umesp.

As considerações da Resolução COFFITO-80, continuam:

- Considerando que como processo terapêutico lança mão de conhecimentos e recursos próprios, com os quais, baseando-se nas condições psico-físico-sociais, busca promover, aperfeiçoar ou adaptar através de uma relação terapêutica, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida;
- Considerando que utiliza, para alcançar os fins e objetivos propostos nas suas metodologias, a ação isolada ou conjugada de fontes geradoras termoterápicas, crioterápicas, fototerápicas, eletroterápicas, sonioterápicas e aeroterápicas, bem como agentes cinésio-mecano-terápicos, e outros, decorrentes da evolução e produção científica nesta área.

De forma nítida, as duas considerações apontam, o instrumental terapêutico usado pela Fisioterapia, delimitando sua forma de atuação e diferenciando o fisioterapeuta de outros terapeutas, como é o caso da terapêutica medicamentosa usada pelo médico; a psicoterapia, pelo psicólogo e, assim, por diante. No entanto, os agentes cinésio - mecano - terápicos são recursos terapêuticos compartilhados por outros profissionais como o educador físico, o fonoaudiólogo, o próprio terapeuta ocupacional e outros. Desta forma, as considerações continuam, estabelecendo um papel para o fisioterapeuta dentro do trabalho de equipe multiprofissional, tanto na reabilitação como em outros trabalhos de equipe de saúde. Como:

- Considerando que por sua formação acadêmico-profissional, pode o Fisioterapeuta atuar juntamente com outros profissionais nos diversos níveis de assistência à Saúde, na administração de serviços, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisas;

Esta consideração abre um importante precedente para a inclusão oficial do fisioterapeuta nas equipes interdisciplinares e multiprofissionais. Propõe a possibilidade do profissional exercer cargos de liderança nas equipes de saúde que, geralmente, eram sempre ocupados por médicos.

Na área educacional, verifica-se também a atuação do fisioterapeuta como diretor ou coordenador de cursos da área, bem como de suas pesquisas. Porém, ainda há a presença de outros profissionais, coordenando cursos de graduação em Fisioterapia.

Outra consideração do documento cita:

- Considerando que métodos e técnicas fisioterápicas são atos privativos de profissional Fisioterapeuta, e que métodos compreendem um conjunto sistemático de procedimentos orientados para os fins de produção e/ou aplicação de conhecimentos e que técnicas, são todas as atividades específicas apropriadas aos princípios gerais delineados na metodologia, compreendendo ainda, avaliação físico-funcional, prescrição fisioterapêutica, programação e uso dos recursos terapêuticos, reavaliação, e alta fisioterápica;

O conselho ressalta a privacidade dos atos fisioterapêuticos aos fisioterapeutas, demarcando um limite de atuação profissional, protegendo a prática fisioterapêutica de outros profissionais da área de saúde e de pessoas leigas e inabilitadas. Aqui, a consideração descreve os métodos fisioterápicos, como (...) um conjunto sistemático de procedimentos orientados para os fins de produção e/ou aplicação de conhecimentos (...). Esta definição de método não permite clareza de compreensão quanto aos procedimentos específicos da Fisioterapia, deixando, até hoje, certa confusão entre os profissionais, pois a maioria dos procedimentos usados para

a avaliação físico-funcional são importados de procedimentos médicos.

A consideração define as técnicas fisioterápicas como (...) são todas as atividades específicas apropriadas aos princípios gerais delineados na metodologia (...). Neste caso, as técnicas não estão claras. Entretanto, diferente dos métodos, a Fisioterapia sempre apresentou um grupo de técnicas próprias e bem definidas, as técnicas terapêuticas utilizam os recursos físico-naturais, como a água, o calor, a luz, a eletricidade e o movimento; por exemplo, são aplicadas pela utilização de protocolos particulares de domínio do fisioterapeuta.

A última consideração destacada refere-se:

- Considerando que a Reabilitação é um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não caracterizando área de exclusividade profissional, e sim uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar biopsico-social do indivíduo, onde a cada profissional componente da Equipe deve ser garantida a dignidade e autonomia técnica no seu campo específico de atuação, observados os preceitos legais do seu exercício profissional;

A consideração acima tenta demonstrar que a Fisioterapia não é um sinônimo de reabilitação. Na verdade, o conceito de reabilitação é muito mais amplo que o simples trabalho de uma equipe de profissionais da saúde sobre um paciente, sua amplitude ultrapassa a área da saúde, envolvendo também as áreas sociais. Reabilitar ou habilitar novamente visa a propiciar que o indivíduo consiga atingir maiores capacidades físicas, mentais, emocionais, sociais, vocacionais e econômicas para sua vida pessoal e profissional.

Nesta época, dentro das equipes multiprofissionais de saúde e, sobretudo, nas equipes de reabilitação, era muito

comum que o médico chefiasse a equipe. Esta chefia era feita, muitas vezes de forma equivocada pelo autoritarismo que desrespeitava a autonomia de cada profissional e sua individualidade na prática terapêutica. Em muitos centros de reabilitação do país, havia uma confusão sobre a verdadeira concepção do que é reabilitação, que não era patrimônio de nenhuma profissão específica. As considerações citadas vêm fortalecer o trabalho compartilhado da equipe de saúde e o resguardo da individualidade e da autonomia do fisioterapeuta e de outros profissionais.

O documento, em questão, transcrito a seguir, considera os decretos que regem e estabelecem normas legais para a profissão, como o Decreto-Lei nº 938/69, o Decreto nº 90.640/84, a Lei nº 7.439/85 e a Resolução nº 04/83 e o Parecer nº 622/82 do Conselho Federal de Educação.

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

Neste artigo, a primeira competência do fisioterapeuta é detectada perante seu cliente que são: avaliação fisio-

terapêutica, a elaboração do diagnóstico fisioterapêutico, a prescrição e a aplicação da terapia, reavaliação e a concessão de alta da Fisioterapia. Todos estes procedimentos são realizados por meio de uma base de raciocínio, como mostra Ricieri (2001:05);

Fisioterapeuta: Avalia e trata a síndrome de alterações biomecânicas que podem ou não resultar em alterações fisiológicas. Diferente do médico que como mostra a autora acima, Avalia e trata a síndrome de alterações fisiológicas que podem ou não resultar em alterações biomecânicas.

Continua o documento:

Artigo 2º. O FISIOTERAPEUTA deve reavaliar sistematicamente o paciente, para fins de reajuste ou alterações das condutas terapêuticas próprias empregadas, adequando-as à dinâmica da metodologia adotada.

Artigo 3º. O FISIOTERAPEUTA é profissional competente para buscar todas as informações que julgar necessárias no acompanhamento evolutivo do tratamento do paciente sob sua responsabilidade, recorrendo a outros profissionais da Equipe de Saúde, através de solicitação de laudos técnicos especializados, como resultado de exames complementares, a eles inerentes.

A Resolução COFFITO-80 de 1987 é um marco que vai delinear os rumos da Fisioterapia no Brasil nos anos seguintes, tanto no âmbito do ensino como no profissional.

No ensino, a resolução veio trazer mais esclarecimentos sobre a escolha e a direção dos conteúdos utilizados pelas disciplinas estabelecidas no currículo mínimo de 1983, uniformizando e ajustando melhor o currículo do curso.

Como resultado desta resolução, o fisioterapeuta passa a ser visto de outra forma no mercado de trabalho e nos locais

onde atua como clínicas, hospitais e centros de reabilitação. Os resquícios do para-médico começam a desaparecer e sua autonomia respeitada.

Agora o profissional tem mais um respaldo legal sobre o direito de avaliar seu cliente, não apenas usando recursos específicos da Fisioterapia, mas também solicitando informações e exames complementares e laudos técnicos que achar necessários para melhorar sua avaliação, conduta, reavaliação, a qualificação e quantificação da melhora do cliente.

Estas decisões concessoras da autonomia de avaliar, escolher a conduta, aplicar a terapia estabelecida na conduta, reavaliar, conceder alta ou reformular a conduta trazem aos cursos de Fisioterapia uma responsabilidade maior na capacitação e habilitação técnica de seus alunos.

A questão da autonomia do profissional em escolher e realizar suas práticas terapêuticas deve sempre acompanhar a responsabilidade de seus atos e decisões. Esta é a capacidade de assumir todas as conseqüências dos seus próprios atos e omissões. O profissional de saúde tem responsabilidade consigo mesmo (para com a sua realização pessoal e para com os seus princípios de verdade), para com o paciente (são os deveres que o profissional impõe em relação ao paciente) e para com terceiros (para com a sociedade com a profissão e até para com o próprio meio ambiente) (Segre & Cohren, 1999: 35). A autonomia profissional também esbarra nos limites do consentimento do paciente, na limitação técnica e econômica da terapia e nas questões éticas que envolvem o terapeuta e seu cliente.

O final dos anos 1980 e início de 1990, marcaram uma época de consolidação da profissão no Brasil, tanto do ponto de vista legal como na prática da área da saúde. O fisioterapeuta passa a ocupar um lugar de destaque na sociedade que também é dado pela exposição do profissional na mídia,

sobretudo em relação à Fisioterapia Desportiva, vinculada à prática do futebol. Outro caso de exposição na mídia foi o fato de pessoas de conhecimento público necessitarem de tratamento fisioterapêutico, em razão de Acidentes Vasculares Cerebrais, Traumatismos Encefálicos e Raquimedulares. É muito comum que estes pacientes apareçam nos telejornais e outros veículos de comunicação, realizando seus tratamentos e dando depoimentos sobre sua melhora. Os fisioterapeutas também são solicitados pela imprensa para relatar os casos desses pacientes, levando-os à grande exposição pública.

Nesta época, houve o crescimento da área de Fisioterapia Respiratória, especialmente em centros de terapia intensiva. Os serviços de Fisioterapia espalhavam-se pelos hospitais que não ofereciam tal terapia e cresciam nos hospitais que já possuíam fisioterapeutas. Começava a ficar corriqueiro o oferecimento de tratamento fisioterapêutico nas unidades de terapia intensiva, nos períodos noturnos e finais de semana. Nesses períodos, o oferecimento do serviço foi tão profícuo que a Associação de Medicina Intensiva Brasileira recomenda que todas as unidades de terapia intensiva devam ter Fisioterapia durante as 24 horas do dia.

O desenvolvimento da Fisioterapia Respiratória levou à criação da Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória - SOBRAFIR. Esta sociedade diferente de outras que foram criadas pelas especialidades da Fisioterapia, ainda vive de forma atuante, crescendo em importância e em número de associados.

Os métodos e as técnicas de terapias manuais tiveram grande avanço nesses tempos. A vinda ao Brasil de terapeutas estrangeiros para ministrarem cursos e divulgar o método de Reeducação Postural Global, por exemplo, levou a classe a repensar suas condutas em relação ao trabalho postural e à abordagem dos problemas de coluna vertebral, tão comuns em suas práticas clínicas. As noções de cadeias musculares



trazidas da Europa estimularam o estudo e a produção científica, aumentando o leque de opções para o tratamento das patologias musculoesqueléticas. Estes tratamentos foram amplamente divulgados pela imprensa à população, que hoje procura esses serviços.

Todos os fatores acabam refletindo no aumento da procura pelos cursos de Fisioterapia. Marques & Sanches (1994) relatam que, em 1964, segundo levantamento da Associação Brasileira de Fisioterapeutas, o Brasil possuía 300 fisioterapeutas, em 1969, havia apenas seis escolas para formação de fisioterapeutas. Já entre 1970 e 1980, o número de cursos chega a 50 em todo o país. No entanto, na última década do século XX, ocorreu a maior explosão de cursos de Fisioterapia de todos os tempos. De acordo com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP/MEC, apontado por Almeida (2000), em abril de 1998, no país, havia 115 cursos de Fisioterapia, destes, 24 estavam em instituições públicas e 91 em instituições particulares. De acordo com a pesquisa, em 1998, estavam matriculados nestes 115 cursos, 34.383 alunos. Atualmente, segundo o INEP/MEC/SEEC, o Brasil possui 249 cursos, 83 no Estado de São Paulo.

Com o aumento do número de cursos de Fisioterapia, cresceu a demanda por gestores acadêmicos e professores para ministrarem as disciplinas específicas da área de Fisioterapia e estágios supervisionados. Com isso, houve a necessidade da formação docente desses profissionais que pretendiam seguir a carreira acadêmica. Em vista disso, os cursos de pós-graduação Lato Sensu proliferaram.

No início, a maioria dos fisioterapeutas professores buscaram os cursos de Lato Sensu para se aperfeiçoarem. Aqueles que ministravam aulas em instituições públicas tiveram a oportunidade de ingressar em programas Strictu Sensu. Como não havia programas de mestrado e doutorado

específicos na área da Fisioterapia, estes professores ingressavam e muitos ingressam, até hoje, em áreas afins.

No Brasil, o primeiro mestrado específico em Fisioterapia foi criado há apenas alguns anos pela Universidade Federal de São Carlos e não supre a demanda de fisioterapeutas que desejam se titular na área. Mas, a inserção de professores fisioterapeutas em outras áreas do saber traz à profissão uma riqueza imensa, abrindo horizontes e amplas possibilidades.

## 6. A DÉCADA DE 1990 E O IMPACTO DA NOVA LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL

O período de 1990, sobretudo sua segunda metade foi marcada, na área de educação, pela Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Esta Lei foi fruto de um projeto da Constituição de 1988 e, pela primeira vez na história, nasce no Poder Legislativo e não no Executivo, como aconteceu com as Leis de Diretrizes anteriores. Decretada em 20 de dezembro de 1996, a Lei nº 9.394/96 veio trazer várias mudanças à educação brasileira, em especial ao Ensino Superior, fazendo dele quase uma área em destaque como observa Cury, 1997: 26, (...) os projetos tratam a Universidade com especial atenção no sentido de tomá-la, praticamente, como uma área eleita, como eleito fora o ensino médio na 5.692/71, como eleito fora o ensino fundamental na 4.024/61.

O fato de esta lei ter se originado da proposta de uma Assembléia Nacional Constituinte e ter sido gestada no Congresso Nacional, fez trazer ao debate uma representação popular mais expressiva que em ocasiões passadas. A proposta de lei foi debatida em audiências públicas e, depois, trabalhada pela Câmara dos Deputados e o Senado Federal. Foram precisos oito anos, havendo mudanças tanto no Congresso Nacional como no Poder Executivo, para depois de

muitas emendas e alterações se ter uma Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que pudesse trazer algumas propostas de soluções à educação, sem ser a solução de todos os problemas, como é bem descrito por DEMO (2002 :10):

... a LDB é uma lei "pesada", que envolve muitos interesses orçamentários e interfere em instituições públicas e privadas de grande relevância nacional como escolas e universidades. Não teria qualquer condição de passar com um texto "avançado", no sentido de ser a "lei dos sonhos do educador brasileiro". Como o Congresso Nacional é sobretudo um "pesadelo", as leis importantes não podem deixar de sair com sua cara, e são, pelo menos parte, também um pesadelo. Lei realmente "boa" só pode provir de um Congresso "bom". Não é, obviamente, nosso caso, pelo menos por enquanto.

Esta nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional apresenta dois grandes eixos, como mostra CURY (1997:109):

1º. eixo: à dominância da flexibilidade (grifo do autor) (ao invés do engessamento) se contrapõe a função complementar da normatização (não cartorial); 2º. eixo: à dominância da avaliação (grifo do autor) se contrapõe a função colaborativa (grifo do autor) que estrutura a federação (grifo do autor) republicana (ao invés da subordinação).

Podemos observar que temos uma estrutura mais flexível em relação à criação de cursos e os processos decorrentes que se desenvolvem, trazem maior autonomia aos procedimentos e decisões, e maior rigidez dos resultados e produtos obtidos, realizados por uma avaliação criteriosa do Estado.

Para o Ensino Superior, estas linhas mestras da Nova LDB tiveram grande impacto. Em seu Artigo 9º, a nova Lei de

Diretrizes e Bases da Educação Nacional dispõe sobre as competências do Estado sobre a educação. O inciso VII do artigo, diz que é incumbência da União baixar normas gerais sobre cursos de graduação e pós-graduação. E, o inciso IX, diz que à União cabe autorizar, reconhecer, credenciar, supervisionar e avaliar, respectivamente, os cursos das instituições de educação superior e os estabelecimentos do seu sistema de ensino.

O Capítulo IV da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional trata especificamente do Ensino Superior, sobre este capítulo serão feitas algumas considerações.

O Artigo 44 da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional estabelece que a educação superior abrangerá os seguintes cursos e programas: (...) II – de graduação, abertos a candidatos que tenham concluído o ensino médio ou equivalente e tenham sido classificados em processo seletivo;....

Este artigo dá opções ao conhecido vestibular, com formas mais flexíveis de ingresso do aluno na universidade, trazendo o conceito de avaliação seriada como forma de processo seletivo. No entanto o artigo não deu fim ao vestibular, que ainda é usado por muitas instituições, porém flexibilizou o processo com a inclusão da avaliação da nota do Exame Nacional do Ensino Médio – ENEM ou do histórico escolar do aluno.

O Artigo 46 acaba com os reconhecimentos de cursos e o credenciamento de instituições de ensino superior por tempo ilimitado. O *caput* do artigo diz, (...) A autorização e o reconhecimento de cursos, bem como o credenciamento de instituições de educação superior, terão prazos limitados, sendo renovados, periodicamente, após processo regular de avaliação. Este artigo vem trazer uma obrigação de qualidade aos cursos e instituições, além de reforçar a questão da avaliação para manter esta qualidade.

Como um curso pode, por exemplo, ter sido reconhecido, em 1970, e manter esta autorização de funcionamento indefinidamente? Quem garante que, em trinta anos, acompanhando nosso exemplo, este curso mantenha o mesmo padrão de qualidade que apresentava em sua avaliação para reconhecimento? Com a Lei, agora há necessidade que se faça uma avaliação periódica dos cursos e das instituições, não com o intuito de punição ou premiação, mas com o objetivo de manter a qualidade e a excelência dos serviços oferecidos e redirecionar o curso ou a instituição para o caminho da qualidade de ensino.

A questão da avaliação é considerada como marca importante dos novos tempos na educação, porém, não é encargo exclusivo do Estado, como se refere Cury (1997:121). Neste sentido, ela chama à cena o cidadão enquanto consumidor deste produto, de modo a que ele possa fiscalizá-lo face à licitude da norma e torná-lo transparente face à publicidade dos atos do governo. Afinal a luta por uma educação de qualidade não pode ser tarefa exclusiva do Estado e nem se pode imaginar que o custo da educação pública não passe pelo bolso do contribuinte. Neste ponto, podemos também colocar a classe dos fisioterapeutas, organizada como fiscalizadores dos cursos que estão formando seus colegas. A própria comissão de especialistas é uma forma da classe estar presente na avaliação de seus pares.

A avaliação institucional e da qualidade do ensino oferecido veio trazer um avanço para o contexto do ensino superior. A avaliação e, excepcionalmente, a avaliação permanente, agora pode servir como instrumento de detecção de problemas, fazendo um diagnóstico da situação do ensino e dos cursos, possibilitando um reajuste de rumos e seu aperfeiçoamento constante, sendo um instrumento indispensável para o gestor acadêmico. Entretanto, uma boa avaliação deve

ser transparente e aberta, com avaliações internas e externas, envolvendo alunos, professores, órgãos públicos e a comunidade, baseada na boa argumentação e contra-argumentação. Infelizmente, em alguns casos, a avaliação foi imposta sem uma negociação prévia, levando algumas instituições de ensino a resistirem a seu processo. Muitas dessas instituições que resistiram à avaliação aproveitaram os erros do MEC, em não ter negociado devidamente o processo avaliativo em termos de sua qualidade formal e política (Demo, 2002: 38), e esconderam o medo de abrir suas escolas a um questionamento de suas atividades, ao invés de discutir a qualidade do processo.

O Artigo 47 tenta garantir o direito da sociedade de acompanhar a vida das instituições e de seus cursos, como mostra em seu parágrafo primeiro: As instituições informarão aos interessados, antes de cada período letivo, os programas dos cursos e demais componentes curriculares, sua duração, requisitos, qualificação dos professores, recursos disponíveis e critérios de avaliação, obrigando-se a cumprir as respectivas condições. Mas poucas instituições cumprem o dever de dar informações aos futuros alunos e a comunidade.

Também o Artigo 47, em seu parágrafo quarto, diz: As instituições de educação superior oferecerão, no período noturno, cursos de graduação nos mesmos padrões de qualidade mantidos no período diurnos, sendo obrigatória a oferta nas instituições públicas, garantidas a necessária previsão orçamentária.

Aqui aparece uma questão conflitante, no que se refere aos cursos da área da saúde. No caso da Fisioterapia, mesmo antes da Nova LDB de 1996 já existiam cursos noturnos. No entanto, o período noturno não pode ser praticado no último ano do curso, que é de estágio supervisionado. Isso se dá, pois as clínicas de Fisioterapia, onde são realizados mais de 60%

dos estágios, têm como tradição o funcionamento durante o dia. Apenas os estágios em hospitais são factíveis de acontecerem nesse período. Não se tem conhecimento, até hoje, de curso que tenha buscado a realização dos estágios em clínica de Fisioterapia no período noturno.

Uma boa parte dos fisioterapeutas é contra o curso noturno em Fisioterapia. Esta posição reflete-se no Artigo 3º, item X, da Proposta de Diretrizes Curriculares dos Cursos de Fisioterapia, de 16 de junho de 1999, que diz: Os cursos deverão ser diurnos, vetando-se qualquer atividade noturna, a não ser aquelas em que, por força do ofício e assistência contínua ao cliente, obrigue-se o educando, na sua prática clínica, a acompanhar ininterruptamente o processo terapêutico, seja em unidade hospitalar, ambulatorial ou assistencial de saúde. A controvérsia desse item foi tal que, na segunda Proposta de Diretrizes Curriculares dos Cursos de Fisioterapia, de 12 de setembro de 2001, o item foi retirado.

Muitos candidatos ao curso de Fisioterapia não possuem condições financeiras para frequentarem um curso diurno, pois, além de ser um custo elevado, estes alunos também necessitam trabalhar durante o dia. A Lei é bem clara quando explicita o mesmo padrão de qualidade. Os cursos noturnos vêm a cumprir com uma responsabilidade social, atendendo a uma parte da população que não tem como contar com ninguém para custear seus estudos, além dele mesmo, não podendo contar, também, com uma universidade pública gratuita, pois nestas instituições, o número de vagas é restrito em relação ao número de candidatos que procura tais cursos. Um exemplo é o curso de Fisioterapia da Universidade de São Paulo que oferece apenas 25 vagas para uma população que gira em torno de 20 milhões de habitantes, se contarmos com a Cidade de São Paulo e a Grande São Paulo. O resultado é uma relação média, nos últimos anos de processo seletivo, de

mais de 60 candidatos/vaga, chegando, em anos anteriores, a ser o curso mais procurado da Universidade de São Paulo.

O curso noturno é necessário, mas toda sua estrutura pedagógica deve ser tratada de forma diferenciada. Os alunos que buscam esses cursos noturnos fazem por uma necessidade especial. Não é justo penalizar ainda mais estes alunos com cursos que suprimam a carga horária ou os conteúdos das disciplinas, diminuindo uma porcentagem do programa, deixando uma defasagem nos assuntos abordados pelas disciplinas. Há, contudo, bons exemplos de instituições de ensino que tratam com seriedade o curso noturno ou mesmo, o curso de meio período. Algumas estratégias como aulas aos sábados ou aumento de um ano do curso poderão suprir a carga horária e o conteúdo programático, além de elementos didáticos próprios que dinamizam as aulas no horário da noite, horário este tão penoso para aqueles que trabalharam durante todo o dia.

O último artigo da LDB a ser destacado neste momento é o Artigo 52, que diz no seu caput: As universidades são instituições pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano, que se caracteriza por: (...) II – um terço do corpo docente, pelo menos, com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;(...).

Este inciso atingiu uma grande parcela dos professores fisioterapeutas. Como citado anteriormente, os cursos de pós-graduação *Strictu Sensu* até hoje são escassos na área de Fisioterapia, nem existiam em 1996. O valor que se dava, em grande parte dos cursos, ao professor fisioterapeuta era sua experiência prática e seu sucesso profissional. Na UNICID, por exemplo, entre os anos de 1984 a 1988, em seu corpo docente, havia poucos professores fisioterapeutas com o título de mestre e quase nenhum com título de doutor. Este fato novo veio

revolucionar o modo como se via este profissional e seu critério de valores. Houve uma procura aumentada pelos programas de pós-graduação nas áreas médicas, de psicologia e de educação.

Atualmente no eixo Rio-São Paulo, é possível encontrar no mercado um bom número de fisioterapeutas titulados por meio de cursos de pós-graduação *Strictu-Sensu*, mas, ainda há uma escassez de títulos específicos em Fisioterapia, em razão da recente criação de programas nessa área, com já foi apresentado.

As novas bases da educação direcionarão as propostas do curso de Fisioterapia. A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, além de trazer uma autonomia universitária avaliada e uma flexibilidade aos cursos, tira de cena o currículo mínimo e colocam em destaque as Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico.

O Ministério da Educação, em seu Edital de 10 de dezembro de 1997, convoca as Instituições de Ensino Superior para que apresentem uma proposta de Diretriz Curricular para o Curso de Fisioterapia. Durante 1998, foram realizados encontros com envolvimento de entidades representativas da Fisioterapia como: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO, Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITOS, Associação Brasileira de Fisioterapia - ABF, Colegiados e Coordenadores de Cursos de Fisioterapia, Docentes e Discentes de Cursos de Fisioterapia e Fisioterapeutas interessados. O assunto foi discutido e encaminhado à Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia - CEEFisio, comissão esta criada pelo Conselho Nacional de Educação - CNE que, levando em consideração as sugestões feitas pelas entidades da Fisioterapia, elaborou e sistematizou a proposta de diretrizes feitas pela classe, para serem apreciadas pelo CNE.

A proposta de Diretrizes Curriculares serviu de base para a elaboração dos Projetos Pedagógicos de todos os Cursos de Fisioterapia que surgiram após 1997, pois estes não poderiam esperar até a aprovação das Diretrizes Curriculares, que só ocorreu em 2002.

Como já apontado, na questão dos cursos noturnos, a primeira proposta de Diretrizes Curriculares seguiu as sugestões feitas pela classe dos fisioterapeutas, provocando um desalinhamento perante a LDB e, também, promovendo alguns problemas de interpretação. Por exemplo, o item IV do Artigo 3º, tal documento diz que: A carga horária total do curso deverá ter, no mínimo, 4.500 horas destinada ao desenvolvimento das Diretrizes Curriculares. E o item IX, estabelece que: A duração dos cursos de graduação em Fisioterapia deverá ser, no mínimo, cinco anos, podendo ser ampliado para, no máximo, sete anos e meio, de forma a garantir a integralização curricular.

A Proposta de Diretrizes Curriculares vigorou até o ano de 2001, quando foi estabelecida pelo Conselho Nacional de Educação uma minuta de resolução aprovada em 12 de setembro de 2001, e homologada pelo Ministério da Educação, em 2002. Neste novo documento, foram retiradas algumas questões mencionadas acima, porém foram mantidos o mesmo perfil profissional do egresso, as mesmas competências e habilidades e os conteúdos curriculares do documento anterior.

Para este livro, foi levada em consideração a primeira proposta de Diretrizes, pois foi por meio dela que o curso da Umesp foi avaliado em maio de 2001.

## 7. VISÃO DE HOMEM PARA O CURSO DE FISIOTERAPIA

Como foi visto historicamente na primeira parte deste livro, a Fisioterapia é uma profissão que nasceu de uma das

áreas da Medicina, e a formação do fisioterapeuta foi toda baseada na escola médica, além de ter herdado toda sua filosofia e visão de homem, de mundo e de ciência. O médico, suas posturas e condutas, ainda servem de modelo para alguns professores e alunos de Fisioterapia.

A visão reducionista e mecanicista ainda é muito forte nas ciências biológicas, sendo o corpo comparado a uma máquina, como é exemplificado na citação a seguir.

Vemos relógios, fontes artificiais, moinhos e outras máquinas semelhantes que, embora meramente feitas pelo homem, têm, não obstante, o poder de se moverem por si mesmas de muitas maneiras diferentes(...) Não reconheço qualquer diferença entre as máquinas feitas por artífices e os vários corpos que só a natureza é capaz de criar (Descartes, 16 -, apud Capra, 1982 :57).

Esta visão é muita bem exemplificada com a disciplina de Anatomia, que é ministrada no início de qualquer curso da área de saúde, pois os alunos deparam-se com ossos, músculos e órgãos, partes de corpos, como peças de uma máquina desmontada, no intuito de compreender o funcionamento de cada uma. Além disso, seu primeiro contato com o corpo humano vem de cadáveres, corpos ou pedaços de corpos sem vida, os quais pode manipular e observar sem maiores constrangimentos ou preocupações. Este comportamento descompromissado com o corpo do outro pode se manter para sempre em sua vida profissional.

A doença acaba se inserindo nesse contexto, como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, e os profissionais da saúde devem aprender a consertar ou reparar essas avarias com os recursos de que cada profissão dispõe.

Os cursos de saúde dedicam a maior parte de seu tempo à doença e pouco, à saúde. Para muitos, a saúde é a ausência da doença. Desta forma, é ensinado o que é ser doente, porém

há pouca abordagem do que é ser saudável. Hoje, com o advento da saúde preventiva, o assunto tem tomado vulto e muito há que mudar nos cursos de saúde. Sem saber exatamente o que é ser saudável e como alcançar este estado, os profissionais da saúde sempre acabam olhando para apenas uma parte, assim, dedica-se oferecendo-lhe mais atenção.

A definição simples e objetiva sobre o conceito de saúde de Patch Adams, para quem a saúde é como uma vida vibrante e feliz, na qual você utiliza o que possui, com enorme prazer (Adams, 1999:17), difere-se do conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, e aproxima-se mais da Fisioterapia.

A divisão das áreas médicas retrata essa divisão do corpo, para melhor estudá-lo e aprimorar suas intervenções. Este tipo de abordagem vem dando ótimos resultados, há muito tempo. É inegável que a medicina avançou em 300 anos e resolveu inúmeros problemas que afligem a humanidade, porém é necessária uma visão mais sistêmica e não apenas reducionista, para que se possa ir além da ausência da doença.

A Fisioterapia mantém este tipo de pensamento, apresentando suas subdivisões e acompanhando a tendência da medicina, no entanto, o fisioterapeuta acaba entrando em choque, pois em seu ambiente de trabalho defronta-se com questões que colocam em cheque suas concepções.

O avanço da área biomédica, em especial, sua tecnologia é inegável, porém estes avanços tecnológicos acabaram tornando as práticas de intervenção na saúde muito caras. Apesar desses grandes avanços da ciência médica, como se refere à citação:

estamos assistindo hoje a uma profunda crise da assistência médica na Europa e na América do Norte. Muitas razões são apontadas para o descontentamento generalizado com as instituições médicas – inacessibilidade de serviços, ausência de

simpatia e solicitude, imperícia ou negligência –, mas o tema central de todas as críticas é a impressionante desproporção entre o custo e a eficácia da medicina moderna. Apesar do considerável aumento com os gastos nas últimas três décadas e em meio aos pronunciamentos dos médicos acerca do valor da ciência e da tecnologia, a saúde da população não parece ter apresentado uma melhora significativa (Capra, 1982: 126).

Além do preço da saúde ter aumentado ainda mais as desigualdades sociais em nosso País, a dependência por exames ou procedimentos terapêuticos sofisticados que, muitas vezes, são até desnecessários, ampliou a distância na relação do profissional de saúde e seu cliente. Um bom retrato disso foi o fim das visitas domiciliares e do médico de família.

Quando a medicina deixou de fazer parte do setor de serviços para desenvolver-se no mundo dos negócios, as visitas domiciliares foram abandonadas por não serem práticas. À medida que a medicina tecnológica começou a dominar a prática da medicina, as visitas domiciliares foram descartadas. O processo usado para levar cuidados aos pacientes foi invertido. Acho que a eliminação das visitas domiciliares foi o maior golpe sofrido pela arte da medicina neste século (Adams, 1999: 12).

Em geral, a população é fascinada pela mística que cerca as profissões de saúde, sobretudo, os médicos. Nossa sociedade conferiu a eles o direito de determinarem quem está doente e os procedimentos para o indivíduo enfermo. A autoridade dos profissionais da saúde e sua responsabilidade fazem estes profissionais assumirem um papel paternal. Uma grande parte das pessoas quando vai ao médico, é incapaz de questionar sobre seu problema e acata qualquer forma de tratamento proposto. Este é um exemplo da influência sobre as pessoas que o conhecimento biomédico envolve.

Para alguns profissionais, este comportamento que uma parte da população apresenta, serve como um grande aliado, aumentando, seu poder sobre o outro sem nenhum tipo de questionamento. Mesmo quando lidam com pessoas mais curiosas, alguns profissionais da saúde sempre têm uma boa explicação, embora não seja verdadeira para todos os males, pois a própria população cobra isso deles.

O hábito de sempre ter respostas, vem da própria vida escolar pelo comportamento de alguns professores. Estes sempre têm todas as respostas, pois se não as tiverem, decepcionarão seus alunos. Tanto na educação como na área de saúde, alguns profissionais estão mais condicionados a omitir-se, que mostrar suas fragilidades perante o conhecimento.

No meio de todo esse quadro, aparece o fisioterapeuta. Um profissional que ainda segue o modelo médico tradicional, mas que passa por vários dilemas na vida prática. O fisioterapeuta é o profissional que usa o toque no corpo do outro da forma mais incisiva possível. Não é possível tocar de forma terapêutica sem um mínimo de vínculo com o cliente, este profissional não lida apenas com a doença, mas também com suas seqüelas, fazendo com que o cliente possa utilizar ao máximo o que possui. Nem sempre o que é ensinado na escola, é o suficiente para cumprir esta tarefa.

Na maioria das vezes, o tratamento fisioterapêutico é extremamente barato, chegando a usar como recurso apenas as mãos do próprio terapeuta.

Durante a graduação, o aluno é obrigado a se submeter às terapias que ele mesmo vai ministrar, sentindo, literalmente na pele, o que é ser o paciente.

Hoje os cursos de Fisioterapia deparam-se, por um lado, com a realidade da estrutura clássica do ensino de saúde e, por outro com a prática que pede um maior envolvimento com o ser humano.

Para uma profissão que apareceu, há apenas algumas décadas no Brasil e, que hoje passa por uma verdadeira explosão de abertura de cursos, a discussão sobre a concepção de homem torna-se fundamental para a elaboração e a gestão do curso e, sobretudo, para o futuro da Fisioterapia dentro do campo da saúde e como área de conhecimento.

O único documento oficial da Fisioterapia que se refere ao homem é a Resolução COFFITO-10, de 3 de julho de 1978, que aprova o Código de Ética Profissional. No seu Artigo 1º consta: O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde.

No Artigo 7º, que diz respeito aos deveres do Fisioterapeuta, podemos encontrar nos seguintes incisos:

- ... II – respeitar a vida humana desde a concepção até a morte, jamais cooperando em ato em que voluntariamente se atente contra ela, ou que coloque em risco a integridade física ou psíquica do ser humano;
- III – prestar assistência ao indivíduo, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana (grifo meu), independentemente de qualquer consideração relativa à etnia, nacionalidade, credo político, religião, sexo e condições sócio-econômica e cultural e de modo a que a prioridade no atendimento obedeça exclusivamente a razões de urgência;
- IV – utilizar todos os conhecimentos técnicos e científicos a seu alcance para prevenir ou minorar o sofrimento do ser humano e evitar o seu extermínio;
- V – respeitar o natural pudor e a intimidade do cliente;
- VI – respeitar o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa e seu bem estar;
- VII – informar ao cliente quanto ao diagnóstico e prognóstico fisioterápico e/ou terapêutico ocupacional e objetivos do tratamento, salvo quanto tais informações possam causar-lhe dano;...

A forma como este documento lida com a questão do homem, é superficial e tênue, não serve de base para nortear os cursos de graduação sobre o tema, porém, tanto neste documento como nos princípios da Umesp apresentados em seu Estatuto, encontramos citação sobre a Pessoa Humana.

Partindo deste pressuposto, foram buscadas respostas sobre as várias concepções de homem e foi tentado encontrar, a que mais se aproximasse da Fisioterapia e do Curso de Fisioterapia da Umesp. Depois da leitura de vários pensadores, suas correntes ideológicas e propostas de organização social e política, a proposta que mais se adequou, foi a concepção de homem como Pessoa Humana.

Para o fisioterapeuta, o corpo do homem tornou-se objeto de estudo de suas intervenções terapêuticas. Mas, conhecer e olhar, apenas a dimensão corpórea do homem é ver apenas uma parte do todo. Da mesma forma, não se pode perceber o homem por suas idéias e atitudes, sem conhecer seu corpo.

O homem só pode existir porque tem um corpo. Graças a ele tem um referencial no espaço físico e a possibilidade de perceber e conhecer o mundo das coisas e das idéias. Podendo, até mesmo, modificar o mundo em que vive. Para existir, a pessoa necessita de um corpo, pois um corpo sem vida é apenas um objeto. No entanto, a vida para a pessoa é a vida humana. Um animal ou uma planta também tem vida, mas não é uma pessoa.

A vida humana se distingue da dos animais e dos outros seres vivos pelos níveis espirituais que atinge e pelas dimensões sociais que alcança: por isso se pode falar em vida espiritual, vida intelectual, vida social, vida política, etc. Distingue-se, além disso, pela atitude nova que o homem possui nos confrontos da vida: o homem coloca-se o problema da vida, aprecia a beleza da vida, deseja melhorar a sua forma de vida, tende a



transcender os limites do espaço e do tempo nos quais sua vida está confinada. Ele pode elaborar o seu próprio conceito de vida perfeita e é por essa vida que ele sente um fascínio ardente. O homem é dono da própria vida, pode em larga escala controlá-la, dirigi-la, aperfeiçoá-la (Mondin, 1980: 60).

O fisioterapeuta relaciona-se em sua prática profissional com pessoas e não com coisas ou objetos. O conceito de pessoa acentua o singular, o individual. Mesmo que o profissional tenha dois pacientes, da mesma idade, do mesmo sexo, com as mesmas características físicas, eles não serão iguais, mas sim, pessoas diferentes.

Além da singularidade, a pessoa possui uma complexidade do seu ser, enquanto constituído não só de espírito, mas também de matéria, não só pensamento, mas também de extensão, não só de alma, mas também de corpo (Mondim, 1980: 287).

Muitos erros na área de saúde são cometidos pela tendência de olhar o homem apenas pela via científica. Assim, como mostra o trecho, a seguir:

... a pessoa humana não pode ser estudada com instrumentos da ciência, com investigação objetiva. A pessoa humana não é um problema, mas um mistério; por isso se deve buscar a sua compreensão metafísica. Se nos aproximarmos da pessoa humana pela via científica, ela é reduzida a um Ele, objeto ou coisa. Para respeitar a sua personalidade, para tratá-la como pessoa, é necessário aproximar-se dela como de um tu e isto acontece na interrogação, no diálogo, no amor (Marcel, 1945, apud Mondim, 1980: 289).

Para conhecermos bem nossos pacientes, necessitamos do uso de outras metodologias, além das científicas.

Nédoncell (1963), citado por Mondim (1980: 290), propõe um método para estudar a pessoa que une a análise reflexiva e

a intuição, a descrição fenomenológica e a compreensão metafísica. O ponto de partida é a relação Eu-Tu que, a seu juízo, constitui o fato primitivo, a experiência fundamental e fundadora, à qual a consciência não pode se subtrair sem tender a suprimir-se. A consciência de si é solidária a um outro sujeito, um Tu. A dualidade sujeito-objeto supõe a dualidade eu-tu, que é bilateral e recíproca. Cada percepção de outra pessoa como pessoa implica uma reciprocidade dada e querida.

Há muito tempo as relações humanas estão deixando de lado o nós para priorizarem o Eu. Na relação terapeuta-paciente ou aluno-professor, muitos esquecem que se não fosse o paciente ou o aluno, não haveria o terapeuta ou o professor. Não é o terapeuta ou o professor o elemento mais importante na relação, e sim, o outro. Isto pode ser bem explicitado nas palavras de Buber (1974), apud Mondim (1980: 293), é verdadeiramente homem e, portanto, também pessoa aquele que se interessa pelo outro de modo tal que compreenda e respeite o seu eu: Eu tenho origem na minha relação com o Tu: quando eu me torno Eu, então digo Tu.

O fisioterapeuta precisa respeitar, acima de tudo, a pessoa, sua autonomia no ser, seu domínio de si mesmo, sua inviolabilidade e sua individualidade. A pessoa com quem o fisioterapeuta interage pode ser definida como um indivíduo dotado de autonomia quanto ao ser, de autoconsciência, de comunicação e de autotranscendência, ou seja, dotado de espírito.

O homem é corpo exatamente como é espírito, é integralmente "corpo" e é integralmente "espírito". Dos seus mais primários instintos, comer, reproduzir-se, é capaz de passar a artes sutis: a culinária, a arte de amar (Mounier, 1964:40).

Para Mounier (1964:24), o "conhece-te a ti próprio" é a primeira grande revolução personalista conhecida. Esta

afirmação criada por Sócrates, também, é usada para explicar a Interdisciplinaridade por Fazenda (1994: 15): que fala, conhecer a si mesmo é conhecer em totalidade, interdisciplinarmente. O fisioterapeuta deve conhecer a si próprio e reconhecer a totalidade antes de intervir com o outro. Este conhecimento de si próprio deve ser feito no sentido de se libertar do individual. A fisioterapia é uma profissão de doação, de se abrir para o problema do outro e tentar ajudá-lo, mudando sua realidade ou adaptando-o a ela.

O fisioterapeuta nunca deve perder a dimensão de homem de seu cliente, trabalhando sempre para dar condições dignas para que ele exerça sua vida plena. Como mostra o pensador francês, um homem, mesmo diferente, mesmo degradado, é sempre um homem, a quem devemos permitir que viva como um homem (Mounier, 1964:78). O homem deve ser tratado como sujeito tanto no processo terapêutico como no processo de ensino-aprendizagem. Ele é o mais interessado e seu mais importante elo. A relação entre terapeuta-paciente ou, entre aluno e professor, deve ser feita sempre de igual para igual, entendendo o universo da pessoa.

A doação em relação ao outro, como é mostrada adiante por Mounier (1964: 64), não nos limita como pessoa, só nos faz crescer; as outras pessoas não a limitam, fazem-na ser e crescer. Não existe senão para os outros, não se conhece senão pelos outros, não se encontra senão nos outros. A experiência primitiva da pessoa é a experiência da Segunda pessoa. O "tu" e, adentro dele, o "nós", precede o "eu", ou pelo menos o acompanha.

Estes pressupostos ajudaram muito a coordenação do curso de Fisioterapia, estabelecendo uma concepção de homem que pudesse pautar todo o trabalho do projeto pedagógico e da organização curricular, além da relação pessoal entre os membros participantes do curso, fornecendo um

subsídio de visão de homem que, até então, a própria Fisioterapia ainda não tinha estabelecido. Com esta reflexão da visão de homem, houve uma melhora no relacionamento do colegiado do curso de Fisioterapia da Umesp e no trabalho interdisciplinar, fazendo com que se pudesse transcender pontos de vista e pré-concepções para ter uma ausculta mais sensível e compartilhar melhor as idéias. As palavras de Mounier (1964:66) transcritas, a seguir, exprimem bem a atitude de ouvir e tentar entender o outro.

Deixar de me colocar sempre no meu próprio ponto de vista, para me situar no ponto de vista dos outros. Não me procurar numa pessoa escolhida e igual a mim, não conhecer os outros apenas com um conhecimento geral (o gosto pela psicologia não é interesse pelos outros), mas captar com a minha singularidade a sua singularidade, numa atitude de acolhimento e num esforço de reconhecimento. Ser todo para todos sem deixar de ser e de ser eu;...

Estas reflexões demonstram que as pessoas têm sua singularidade e devem ser vistas e tratadas como únicas. É preciso que o aluno se reconheça como pessoa humana, para tratar seu cliente como pessoa humana. Para isso, é necessário que, na universidade, os alunos e professores sejam tratados de forma diferente, de forma que descubram a pessoa que são e todo seu potencial de se dar ao outro, sobretudo para o ambiente terapêutico e de ensino. Os alunos e os professores só poderiam se tornar parceiros neste projeto, depois que começassem a se encarar como sujeitos, ou seja, atores que agem sobre seu ambiente e que criam sua própria história de vida.