



**Anais do XV Congresso de História da Educação do Ceará. 2016, ISSN 2237-2229**

## **A FISIOTERAPIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM NOVO OLHAR PARA O CORPO**

Fabiane Elpídio de Sá<sup>360</sup>

Patrícia Helena Carvalho Holanda<sup>361</sup>

### **RESUMO**

Objetivo: realizar uma revisão integrativa acerca da inserção da Fisioterapia no Sistema único de Saúde percorrendo através dos seus princípios um novo olhar para o corpo. Metodologia: como desenho metodológico do estudo foi realizado uma revisão integrativa, acerca da inserção da Fisioterapia nas redes de atenção do SUS, elencando os seguintes descritores: Sistema Único de Saúde, Fisioterapia e Cuidados. Resultados e discussão: o cuidar através do toque terapêutico se configura como elemento do processo comunicacional entre fisioterapeutas e pacientes em busca da promoção da saúde e da cura da doença, com ações pautadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde. Considerações finais: com o advento dos modelos de atenção à saúde as intervenções fisioterapêuticas voltam-se agora para a condição de saúde e percepção dos processos de subjetivação relacionados à saúde e doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistema Único de Saúde, Fisioterapia e Cuidados.

### **INTRODUÇÃO**

O nascimento da saúde pública no Brasil deu-se na transição do século XIX para o século XX, no período compreendido entre o fim da monarquia e o início da "República Velha". Configurou-se em um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias e de mudança nas práticas dominantes até então (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000).

Nascimento (2007) refere que a emergência do movimento pela reforma do setor da saúde surge em período anterior ao da transição para a democracia no País. Em torno dele, havia críticas ainda desarticuladas ao regime autoritário, que se concentravam tanto em núcleos universitários e acadêmicos como em determinados setores profissionais. Essas críticas predominavam contra a forma antidemocrática de o regime militar organizar o sistema educacional e de atenção à saúde com ênfase para a lógica de privilegiamento dos interesses econômicos e lucrativos de prestação de cuidados médicos pelo empresariado privado, padrão esse de dominação política vigente no país desde 1930.

O Estado funcionava como núcleo organizador da sociedade e impulsionador da construção do capitalismo industrial do país; e a formação de uma sociedade voltada para a expansão do capital

<sup>360</sup>Doutoranda do Programa de Pós graduação em Educação Brasileira da UFC.

<sup>361</sup>Docente da Universidade Federal do Ceará e Doutora em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará.



**Anais do XV Congresso de História da Educação do Ceará. 2016, ISSN 2237-2229**

estrangeiro e do capital interno. A criação de programas sociais para ampliar os apoios da população ao regime militar, o exemplo mais claro é o da previdência social criada em 1970, vinculava programas assistenciais aos trabalhadores previdenciários.

O processo de industrialização das cidades promoveu um crescimento do proletariado urbano industrial, que culminou com a urbanização das cidades ampliando o setor de serviços com o desenvolvimento de novas profissões de cunho técnico e burocrático. Também abriu espaço para novos segmentos políticos, cujos atores vinculados às universidades, aos movimentos estudantis e aos partidos de esquerda (opositores do regime militar) contestavam o capitalismo e a ausência da liberdade de expressão.

No Final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, o agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório, dando início ao Movimento da Reforma Sanitária (FORTES, 2013).

Essa política “social” individualizada e adotada pelo regime autoritário foi alvo de críticas, pois se voltava aos problemas advindos da expansão médica da previdência social, como também a consolidação de uma área privada de atenção médica.

Em 1975, a Lei 6229 organiza o Sistema Nacional de Saúde e estabelece as principais competências das distintas esferas de governo. Essa organização tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social), o que fazia com que não se estabelecesse um comando único em cada esfera de governo. No nível federal, além das competências do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, também se definiam competências para os Ministérios da Educação, do Trabalho e do Interior (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000, p. 2).

Nessa época, os fatos sociais não eram associados ao processo saúde doença. Ou seja, a saúde vista sob o olhar técnico, assistencialista e especializado, em detrimento da saúde pública e com dicotomia entre prevenção e cura que extraía a compreensão dos fatores sociais relacionados à saúde e doença permitindo um saber dominante e divisório sobre o corpo repercutindo para numa formação puramente técnica do fisioterapeuta.

O grande marco histórico nesse processo foi, sem dúvida alguma, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade e na qual houve um consenso de que para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em



**Anais do XV Congresso de História da Educação do Ceará. 2016, ISSN 2237-2229**

todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988 (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000, p. 3).

Houve a necessidade de uma intensa reformulação das práticas médicas sob a influência de novos marcos teóricos de abordagem marxista, estes nortearam alguns construtos relacionados à determinação social da doença, à historicidade do conceito saúde e doença, aos processos de trabalho em saúde, ao poder médico e à medicalização. Além disso, ampliaram estratégias de gestão em saúde voltadas ao uso de tecnologias do cuidado.

A mudança também ocorreu nos cenários acadêmicos permitindo uma reestruturação dos currículos das áreas da saúde levando o estudante desenvolver uma visão crítica da realidade vivenciada para além dos hospitais, clínicas e consultórios. Essa defesa por uma abordagem mais integralizadora da saúde percebendo o sujeito e não o paciente e ou cliente possibilitava a transformação das práticas de cuidado em *práxis*.

Portanto, o que também se pretendia era um sistema que fosse para todos (SUS para todos). Ou seja, assegurar ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz. Além de atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável (BRASIL, 2006).

Como desenho metodológico do estudo foi realizado uma revisão integrativa, acerca da inserção da Fisioterapia nas redes de atenção do SUS, elencando os seguintes descritores: Sistema Único de Saúde, Fisioterapia e Cuidados e os resultados foram contextualizados com base na literatura.

## **REVISÃO INTEGRATIVA**

Com o advento do Sistema Único de Saúde, presente na Constituição Brasileira de 1988 e o aparecimento dos seus princípios da autonomia, integralidade, universalidade e equidade, ocorreu uma transformação no objeto de trabalho da Fisioterapia com alcance para a promoção à saúde, prevenção de doenças e disfunções motoras e sensoriais, diagnóstico cinesiológico funcional e tratamento das alterações do movimento e da postura (Figura 01). As intervenções fisioterapêuticas começam a pautar-se em modelos centrados na condição de saúde e não somente na doença fazendo com que os profissionais percebessem melhor o indivíduo em seu mundo e os processos de subjetivação relacionados à saúde e doença.



Figura 01: Fisioterapia no SUS – Um olhar para além da deficiência: ações coletivas para as mães sobre prevenção de alterações no desenvolvimento da criança/Fonte:Google

Podemos perceber que, tanto a nível internacional, como nacional, o campo de conhecimento e atuação da fisioterapia se reduzia nos seguintes aspectos: uma profissão técnica alicerçada pela área médica, a formação pura em ciências básicas voltadas também para o quadro epidemiológico da época, focada na doença e não nas disfunções, ausência da atenção voltada à promoção e proteção e finalmente um olhar designado às especializações fruto da emergência social, além disso, não importava a atenção integral do indivíduo, da coletividade, a relevância da remoção ou do controle dos fatores determinantes.

Esta atenção disciplinar privilegia as partes e não o todo dificultando um cuidado com dimensões mais ampliadas e globalizadas entendendo que o ser humano é dotado de uma multiplicidade de aspectos que exige uma atenção mais integral. O paciente não é uma patologia ou um sintoma qualquer, um pedaço de corpo, mas antes de tudo isto, um ser humano, inserido em sociedade, que precisa de uma abordagem integral e holística.

A inserção dos três níveis de atenção em saúde primário (cuidados primários em saúde - primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde), secundário (reúnem os serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico) e terciário (atenção à saúde em nível de alta complexidade) sob a ótica da fisioterapia privilegia o cuidado com o corpo e a visão de seus diferentes mundos subjetivos.

Desde muito tempo, estuda-se a relação entre corpo e alma. Inicialmente, o corpo foi considerado exclusivamente instrumento da alma, mas, com o dualismo cartesiano, corpo e alma passam a ser considerados duas substâncias diferentes e independentes. Essa forma de pensar influenciou e influencia até hoje o pensamento médico-científico ocidental, que passa a conceber o corpo fragmentado em duas “partes”: fisiológico e psicológico, destinando a diferentes especialistas





**Anais do XV Congresso de História da Educação do Ceará. 2016, ISSN 2237-2229**

o cuidado de cada uma de suas “partes”. Nasce, aqui, a dificuldade da fisioterapia em considerar a dialogia corpo-mente, com implicação direta na relação fisioterapeuta-paciente (CANTO; SIMÃO, 2009).

A aproximação entre fisioterapia e saúde coletiva<sup>10</sup> tem como propósito ampliar o campo de prática da profissão e disponibilizar para a sociedade novos saberes capazes de contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida. A defesa da inserção da fisioterapia na saúde coletiva, em especial na atenção básica, não se pode restringir aos propósitos da ampliação do mercado de trabalho do fisioterapeuta; acima de tudo, deve pautar-se na responsabilidade social inerente a todas as profissões da área de saúde (BISPO JÚNIOR, 2009, p. 12).

O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde/ Resolução nº 10 que aprova o Código de Ética Profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional em 1978.

A ação do SUS visando aproximar a área de fisioterapia e as demandas da população não pode ocorrer fundamentada nas práticas de atuação profissional exclusivamente reabilitadoras. Conforme Bispo Júnior (2009, p.661):

...seu objeto de intervenção tem sido o sujeito individualizado, quando não apenas partes ou órgãos isolados de seu corpo. Um dos fatores que contribuem para explicar essa situação é a própria opção da fisioterapia em constituir-se como profissão liberal, direcionada para o atendimento à classe média e aos estratos de maior poder econômico. Durante muitos anos, o fisioterapeuta atuou como profissional autônomo, com atividade desenvolvida quase sempre em clínicas privadas, centros de reabilitação ou hospitais e voltada para a reabilitação de disfunções do sistema musculoesquelético. Parece ter ocorrido certa letargia, por parte desses profissionais, em discutir e apresentar proposições sobre as contribuições da fisioterapia para promoção da saúde e prevenção de doenças e sobre intervenção em âmbito coletivo.

A rotina diária e a objetividade para a cura dificulta a interatividade e o diálogo terapêutico entre o fisioterapeuta e o sujeito que tenta expressar nesse processo uma dialogicidade corporal tentando superar suas expectativas e anseios frente à doença numa espécie de resiliência:

É preciso considerar que a experiência de estar próximo ao sofrimento de outros (in) sensibiliza os profissionais que, por vezes, se recusam a conhecer as circunstâncias de vida do paciente, evitando o confronto com seus sentimentos, isso talvez pela crença de que sua formação profissional não abarque esses possíveis aspectos da vida humana (SIMÃO; MORAES CANTO, 2009, pág. 308).

Para que uma pessoa se exprima enquanto corpo que realiza seus próprios desejos, é necessário que ela cresça, não em sua individualidade absoluta, mas em suas relações com os outros e com o mundo. No caso da relação com o fisioterapeuta, a busca pelas representações será sempre no seu aspecto positivo da deficiência (figura 02), tentando retirar do processo de adoecimento motivação para seguir em frente aos desafios propostos pela doença.



Figura 02: Manuseio de uma criança com deficiência/Fonte:Google

É nesse diálogo corporal proposto pelas mãos do fisioterapeuta no paciente que se expressa em relação a compreensão dos papéis, muitas vezes confrontados pela competência do profissional e o desenvolvimento de comportamentos que podem desenvolver uma relação de hostilidade entre eles. A interatividade através de um diálogo horizontal entre o fisioterapeuta e paciente permitirá a construção de novos conceitos sobre doença e o desenvolvimento da autonomia para cuidar de si.

Ao tocar o sujeito o fisioterapeuta estabelece uma relação interativa que favorecerá o aparecimento da personalidade corporal antes intrínseca ao olhar de si e do outro. Nesse aspecto aparecem cenários instantâneos de vida (Figura 03).



Figura 03: O toque como elemento de comunicação entre o sujeito e o fisioterapeuta

É comum observar durante um atendimento de fisioterapia alterações da imagem corporal isto se deve ao fato de que o paciente em estado de incapacidade tenta não finalizar em si, na verdade ele passa por processos de desconstrução e reconstrução da imagem de si como se desejasse aceitar-se e ser aceito pelo outro. A partir desse diálogo não verbal expresso pelo corpo o fisioterapeuta também constrói suas reflexões e estabelece mudanças durante o cuidar através do reconhecimento do corpo do outro, expressão de vida e das constantes resignificações para o estabelecimento das relações interpessoais.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização da prática clínica da fisioterapia têm especificidades oriundas de um modelo de atenção à saúde que difere dos antigos e tradicionais formatos empregados na atenção subespecializada e hospitalar. O SUS preconiza o cuidado pode ser uma resposta à não coisificação do sujeito, principalmente, nas sociedades contemporâneas, e com o advento das tecnologias duras que objetivam a sua desintegração, pois ele confere a condição de ser humano, principalmente quando este transcende se colocando no lugar do outro, compreendendo suas limitações e necessidades.

A intervenção fisioterapêutica voltada para as disfunções motoras deve permear elementos do processo comunicacional entre fisioterapeutas e pacientes, pois seus corpos dialogam através das condutas administradas, bem como se encontram na busca da cura da doença, com ações pautadas



**Anais do XV Congresso de História da Educação do Ceará. 2016, ISSN 2237-2229**

nas diretrizes do SUS (integralidade, equidade e universalidade). Nesse processo cabe ao profissional estabelecer a escuta não somente como emissor e receptor de mensagens, pois há uma infinidade de elementos que estão emergindo desse diálogo.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JUNIOR, Tomaz. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 8, n. 1-2, Aug. 2000 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892000000700026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700026&lng=en&nrm=iso)>.access on 19 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000700026>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Resolução 80, de 21 maio, 1987. **Dispõe sobre a fisioterapia. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br>>. Acesso em: 17 de maio 2013.

\_\_\_\_\_. Decreto Lei nº 938, de 13 outubro, 1969. **Dispõe sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional**. Disponível em: <<http://www.crefito2.com.br/index1.htm>>. Acesso em: 17 de maio de 2013.

BISPO JUNIOR, José Patrício. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Sept. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702009000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000300005&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000300005>.

CANTO, Clóris Regina Elias de Moraes; SIMAO, Livia Mathias. Relação fisioterapeuta-paciente e a integração corpo-mente: um estudo de caso. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 29, n. 2, p. 306-317, 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200008&lng=en&nrm=iso)>.access on 06 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000200008>.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. **Sistema Único de Saúde: capacitação para apoios do controle social**. Disponível em:





**Anais do XV Congresso de História da Educação do Ceará. 2016, ISSN 2237-2229**

[http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/apresentacao\\_do\\_SUS\\_para\\_Ponta\\_Grossa\\_2013.pdf](http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf). Acesso em 19 de junho de 2014.

NASCIMENTO, Vânia Barbosa do. **SUS: pacto federativo e gestão pública**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed.; Santo André, SP: Cesco, 2007. 228p.