

A FISIOTERAPIA E O SUS: REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO E O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE DE SAÚDE

PHYSIOTHERAPY AND THE SUS: REFLECTIONS ON THE FORMATION AND THE ROLE OF THE PHYSIOTHERAPIST IN THE HEALTH TEAM

Glademir Schwingel

Fisioterapeuta. Mestre em Ambiente e Desenvolvimento. Docente do Centro Universitário Univates

Lydia C. E. Koetz

Fisioterapeuta. Supervisora de Estágio em Saúde Coletiva do Centro Universitário Univates

Correspondência

Centro Universitário UNIVATES

Rua Avelino Tallini, nº 171- Lajeado - RS

Bairro Universitário – CEP 95900-000

e-mail: glademir@univates.br

e-mail: lkoetz@gmail.com

RESUMO

O presente artigo se propõe a analisar as percepções dos Fisioterapeutas sobre sua inserção no Sistema Único de Saúde e relacioná-las à sua formação, e participação na equipe de saúde. A partir do Sistema Único de Saúde, a saúde passa a ser definida como resultado de políticas sociais e econômicas, sendo direito do cidadão e um dever do Estado. Assim, atenção à saúde é de competência de uma equipe multiprofissional, a qual deve atuar com enfoque na interdisciplinaridade e com amparo no princípio da integralidade. Neste contexto, o fisioterapeuta é um dos profissionais que devem fazer parte da equipe de saúde. Foram entrevistados seis fisioterapeutas que atuam no SUS, na região da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (16ª CRS), que comporta 42 municípios. As entrevistas foram realizadas em local e horário previamente agendado com os profissionais. Trata-se de pesquisa qualitativa, na qual as entrevistas foram transcritas e interpretadas pelo método da Análise de Conteúdo, conforme proposto por Bardin. Os profissionais entrevistados apresentavam diferentes tipos de vínculo com o SUS e em relação ao tempo de formação destaca-se que os profissionais apresentavam entre sete meses e 21 anos. Em relação aos resultados, predominantemente, a percepção do fisioterapeuta em relação ao sistema demonstra a influência do modelo hospitalocêntrico, tecnicista e mercadológico. Este profissional tem dificuldades de atuar com integralidade, tendo em vista sua formação focada no modelo flexneriano, médico-centrado.

PALAVRAS-CHAVE

Fisioterapia. Sistema Único de Saúde. Capacitação.

ABSTRACT

The present article proposes to analyze the perceptions of Physiotherapists on their insertion in the Brazilian Unified Health System (SUS) and to relate them to their formation and participation in the health team. With the emergence of SUS, health starts to be defined as a result of social and economic policies, being a right of the citizen and a duty of the State. Hence, the attention to health is the competence of a multi-professional team, which must act with a focus on interdisciplinarity and a support on the principles of completeness. In this context, the physiotherapist is one of the professionals who must be part of the health team. Six physiotherapists have been interviewed, who act with SUS, in the region of the 16th Regional Coordination of Health (16th CRS), which comprises 42 cities. The interviews were carried out in a location and at a time previously scheduled with the professionals. This research is qualitative, in which the interviews were transcribing and interpreted by the Analysis of Content method, as proposed by Bardin. The interviewed professionals have different types of links with the SUS and regarding the time of graduation, it is noteworthy that the professionals had between seven months and 21 years of graduation. Regarding the results, the predominant perception of the physiotherapist in relation to the system demonstrates the influence of the model centered on the hospital, on techniques and marketing. This professional has difficulties to act with completeness, in view of his formation focused on the Flexnerian model, which is doctor-centered.

KEY WORDS

Physiotherapy. Brazilian Unified Health System. Qualification.

INTRODUÇÃO

A concepção hegemônica de saúde está intimamente relacionada ao desenvolvimento da biologia e por isso é considerado mecanicista, fazendo com que as atitudes dos profissionais quanto à saúde e a doença sejam reflexas desta visão mecânica, conforme Capra (2002). Nesta concepção, o corpo humano é comparado a uma máquina e, portanto, a doença é considerada como um mau funcionamento desta máquina, sendo o papel do médico intervir e procurar que esta volte a funcionar. Ao se concentrar em pequenas partes, o médico perde a noção do todo. Entretanto, apesar do conhecimento microscópico acerca do ser humano, a abordagem fragmentada e estreita não permite que os profissionais conheçam a interação entre indivíduos e com o meio ambiente (CAPRA, 2002).

Com o objetivo de fundamentar a relação ensino-aprendizagem, Abraham Flexner, nos Estados Unidos, operacionalizou o ensino na área da saúde, em 1910, por meio de um relatório onde definiu critérios para a formação médica. Tal documento deu início ao que adiante passou a ser chamado de flexnerianismo, o qual influenciou a formação profissional em saúde por todo o século XX, inclusive no Brasil. Desde então, a Medicina tem se voltado para a prática curativa, que segundo o modelo flexnerianista este seria o objetivo principal da intervenção e mecanicista, incorporando a noção de unicausalidade e biologicismo, ou seja, as doenças tinham uma causa orgânica e para resolvê-las seria necessário reduzir o organismo a menor parte possível (SANTOS; WESTPHAL, 1999). Tal visão não ficou restrita à Medicina, na medida em que todos os cursos de saúde incorporaram estas características na formação e prática profissional.

No decorrer do século XX, especialmente na sua segunda metade, os argumentos de

Flexner começam a ser questionados e contrapostos pela concepção de bem-estar social, difundido principalmente por Marc Lalonde, através da obra *A New perspective on the Health of Canadians* publicado em 1974, então Ministro da Saúde no Canadá e que instituiu a concepção de “campo de saúde” e, posteriormente pela Conferência de Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, realizada em Alma-Ata, na então União Soviética. Por “campo da saúde” Lalonde (1974) delimitou um modelo de atenção à saúde a partir de quatro pólos: (a) a biologia humana; (b) o ambiente, incluindo os aspectos social, psicológico e físico; (c) o sistema de organização dos serviços, para a assistência na recuperação, cura e reabilitação e (d) o estilo de vida, onde se podem considerar os padrões de consumo, o trabalho e seus riscos ocupacionais e as atividades de lazer (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 305).

A superação da ditadura militar no Brasil, somada aos diversos movimentos internacionais, estimularam uma contra-reação brasileira ao modelo hospitalocêntrico. Esta contra-reação originou o Movimento de Reforma Sanitária, responsável pela discussão visando uma abrangente mudança social. Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em Brasília (1986) discutiram-se os princípios e diretrizes deste movimento. Além disso, a Conferência defendeu a difusão de um conceito de saúde ampliado, por meio da garantia à saúde como um direito e de um sistema que fosse único, o qual contasse com a participação popular e com a ampliação do orçamento social. Como resultado desta Conferência foi criado o Sistema Único de Saúde do Brasil, na Constituição Federal promulgada em 1988 (PAIM, 1999).

O SUS passa a definir “saúde” como resultado de políticas sociais e econômicas, é um direito do cidadão e um dever do Estado, no

qual os serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde organizado de acordo com as diretrizes apontadas na 8ª CNS (MENDES, 1999).

Considerando as mudanças profundas advindas desta nova concepção de saúde, a formação em saúde necessitou ser remodelada. Desta forma, em 2002, com o objetivo de pactuar com o sistema de saúde vigente no país o Ministério de Educação (MEC) e o Conselho Nacional de Educação estabeleceram que as diretrizes curriculares para a formação profissional da área da saúde devem “contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde” (CECCIM, CARVALHO, 2006, p. 77). É necessário que o profissional em formação saiba ouvir, estudar, analisar e avaliar a prática em Ciências da Saúde hoje, caso contrário a população nunca alcançará níveis de saúde adequados, sendo necessária a luta por políticas públicas que se comprometam com a “afirmação da vida como critério da saúde” (CECCIM, CARVALHO, 2006, p.166).

Neste sentido, no presente artigo discutimos a inserção do Fisioterapeuta no Sistema Único de Saúde. Este profissional vem alcançando maior espaço no SUS, inserindo-se em políticas como a Estratégia de Saúde da Família, as Práticas Integrativas de Assistência a Saúde, a Política Nacional de Promoção em Saúde, entre outras. Diante disto, se faz necessário investigar como este profissional percebe sua inserção no SUS.

MÉTODOS

A pesquisa realizada classifica-se como descritiva, exploratória, qualitativa, e foi realizada na região da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (16ª CRS) a qual abrange 42 municípios. Foram entrevistados seis fisioterapeutas que desenvolvem atividades junto ao SUS.

As entrevistas ocorreram em encontro entre o pesquisador e o profissional, em data, local e hora pré-marcada. A partir de roteiro de entrevista pré-elaborado, desencadeou-se a coleta de informações, sendo que os diálogos foram gravados. As gravações foram, posteriormente, transcritas e analisadas pelo Método de Análise de Conteúdo, conforme Bardin (2004).

Segundo Moraes (1999, p. 10), a análise de conteúdo permite identificar categorias emergentes das falas do sujeito entrevistado, permitindo a inferência acerca de suas percepções acerca do tema em pesquisa:

A análise de conteúdo, em sua vertente qualitativa, parte de uma série de pressupostos, os quais, no exame de um texto, servem de suporte para captar seu sentido simbólico. Esse sentido nem sempre é manifesto e o seu significado não é único (MORAES, 1999, p.10).

Bardin (2004, p. 37) define a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter [...] a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Neste contexto, a amostra foi definida por intencionalidade, na qual foram selecionados seis fisioterapeutas de diferentes municípios, com vínculos empregatícios diversos com o sistema (concursado, contratado, prestador de serviço, sistema de consórcio – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Taquari - CONSISA). Para a realização da pesquisa obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Univates.

Na ocasião da entrevista os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista abrangeu informações referentes à idade do profissional, tempo de formação, atuação no mercado de trabalho e no SUS, vínculo empregatício e nível de pre-

venção em que o profissional atua. Além disso, buscou-se informações acerca da percepção dos profissionais sobre saúde, atenção em saúde, prevenção, o processo saúde-doença, a relação da fisioterapia com o SUS e a formação do fisioterapeuta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à faixa etária, os entrevistados têm de 23 a 44 anos. Em relação ao período de pós-formados compreendem entre sete meses e 21 anos. Quanto ao tempo de atuação no SUS, os entrevistados informaram ter entre sete meses e sete anos. Durante o período pré-entrevista, em contato telefônico para agendamento da entrevista, alguns profissionais relataram não atuar no SUS, embora tenham sido identificados positivamente pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com a qual mantém vínculo.

Por meio da análise das entrevistas, percebeu-se uma similaridade no discurso dos envolvidos. Todos apresentam dificuldades na compreensão plena do SUS, restringem sua atuação ao aspecto curativo/reabilitador, na qual há eventual participação em ações preventivas.

Todos os fisioterapeutas acreditam ser importante estarem inseridos no sistema. No entanto, não conseguiram indicar com propriedade como poderia ser essa inserção, em que dimensão, em quais ações. Tendo em vista o

princípio da integralidade, ações na promoção da saúde, na prevenção, em ações de educação na saúde e na vigilância às condições de saúde da população ainda não estão claras para estes profissionais, o que reforça a necessidade de qualificar a formação profissional tanto na academia quanto posteriormente.

Nas questões abordadas, os entrevistados foram inquiridos sobre a relação de trabalho que mantém com a gestão pública, ao que se pode identificar uma primeira categoria de importância, qual é precarização do vínculo de trabalho com o SUS.

PRECARIZAÇÃO DO VÍNCULO DE TRABALHO NO SUS

Em relação ao vínculo de trabalho, somente um dos profissionais tem contrato por meio de seleção pública; os demais relataram ter vínculos precários com o sistema e, em um caso o profissional não soube sequer caracterizar qual o seu vínculo de trabalho.

Esta situação encontra-se de acordo com a situação vivenciada em grande parte do Brasil. Apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde do país, a área de recursos humanos é negligenciada, gerando a contratação de trabalhadores em saúde de forma precária, caracterizada pela ausência de direitos trabalhistas, bem como pela inserção de profissionais com baixa qualificação (JORGE et al., 2007).

Profissional	Idade	Tempo de pós-formação	Tempo de atuação no SUS
Entrevistada 1	27 anos	02 anos	02 anos
Entrevistada 2	30 anos	05 anos	02 anos
Entrevistada 3	26 anos	02 anos e seis meses	02 anos e seis meses
Entrevistada 4	31 anos	08 anos	04 anos
Entrevistada 5	44 anos	21 anos	07 anos
Entrevistada 6	23 anos	07 meses	07 meses

Quadro 1 – Relação da idade, tempo de formação e de atuação no Sistema Único de Saúde das entrevistadas.

Fonte: Pesquisa (2007)

A contratação precária, mesmo que o contrato siga a CLT – Consolidação das Leis de Trabalho, não asseguram, nem para o trabalhador nem para o SUS, a continuidade do trabalho. A forma de contratação ideal, que assegura os direitos trabalhistas, bem como pode garantir certa continuidade das atividades é a forma de regime celetista (BRASIL, 2003). O concurso público não é uma realidade para estes profissionais, havendo poucos processos seletivos destinados à Fisioterapia nesta região.

Outra forma de vinculação ao sistema diz respeito ao consórcio de saúde. Nesta modalidade, o profissional apresenta pedido de credenciamento junto ao consórcio e, mediante acordo, estabelece-se uma relação contratual na qual o contratante compra os serviços profissionais.

A Lei 8080/90, em seu capítulo terceiro, artigo 10, afirma que municípios poderão formar consórcios que visem o desenvolvimento de ações e serviços que correspondam às necessidades das localidades (BRASIL, 1990). Partindo desta premissa, a região do Vale do Taquari, em 2004, criou o CONSISA. O termo CONSISA refere-se ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Taquari, que tem como finalidade representar os municípios participantes em assuntos de interesse comum relacionados à saúde, bem como planejar medidas e programas que se destinem a promover a saúde dos habitantes da região.

Outra categoria que emergiu das entrevistas diz respeito à percepção dos profissionais sobre a relação saúde-doença, o que influi na relação que os profissionais mantêm com o SUS. Na medida em que sua percepção quanto à prática profissional está voltada à reabilitação, predominantemente, os próprios vínculos privilegiam formas de contratação voltadas ao atendimento de usuários portadores

de patologias, em detrimento a outras ações relacionadas à saúde coletiva. Neste sentido, destaca-se a seguinte categoria:

A SAÚDE E A DOENÇA NA PRÁTICA DO FISIOTERAPEUTA

No discurso dos entrevistados, é possível identificar a influência do conceito estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, o qual se refere à saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Este conceito, inclusive foi ratificado na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, a qual ocorreu em Alma-Ata (antiga União Soviética), embora seja inadequado por representar mais uma intenção do que de fato um conceito concreto.

Perguntados sobre a concepção de saúde, os entrevistados mesclaram seus discursos entre o modelo flexneriano/biologicista e o modelo do campo da saúde, conforme demonstra a manifestação seguinte:

O que é ter saúde? [...] a pessoa tem que estar de bem com a vida, tem que estar[...] Não apresentar sintoma de algia. Quando a pessoa está bem no trabalho, está trabalhando bem, ou quando a pessoa tem condições de praticar atividades de vida diária.” (ENTREVISTADO 1)

Percebe-se na fala de um dos entrevistados que o conceito de saúde citado é um discurso pronto, advindo da formação, como é o caso da fala do entrevistado 6, que entende saúde como “[...] um equilíbrio entre o sistema biológico, psíquico e social”. Entretanto, no decorrer da entrevista percebe-se que o entrevistado apresenta embasamento acerca do SUS, e sua prática contrapõem o seu discurso, já que o mesmo afirma realizar atividades de educação em saúde e fazer parte de uma equipe multiprofissional.

A concepção de saúde difundida no SUS, na lei 8080/90, relata que, além de um direito do cidadão e um dever do Estado, a saúde apresenta como “fatores fundamentais a garantia ao acesso de moradia, alimentação, saneamento básico, trabalho, renda, educação, lazer” (BRASIL, 1990, p. 1), pois “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990, p. 1). Trata-se do reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, rompendo com o modelo centrado na doença.

Segre e Ferraz (1997) afirmam que o conceito de saúde difundido pela OMS é uma alusão a utopia, principalmente no que tange ao “perfeito bem-estar”. O conceito, mesmo sendo inovador para a época em foi descrito, não considera o sujeito em si, em toda sua complexidade.

Em relação à concepção de doença dos entrevistados percebe-se novamente a similaridade dos discursos. Os entrevistados enfatizam que “ter doença” é o contrário de “ter saúde”. Apesar de muitos profissionais pinçarem questões sociais, o discurso apresentado pelos entrevistados ressalta a influência mecanicista da formação: “Um desequilíbrio. Desequilíbrio osteomuscular. Um desequilíbrio e a dor é consequência de tudo que não é saudável” (ENTREVISTADO 2).

Todos os entrevistados convergiram para esta categoria arrolada, havendo uma concepção de saúde firmemente centrada na doença, embora ocorram discursos que abordem elementos de um conceito ampliado que na prática não se traduz em ações efetivas.

Quando questionados sobre a sua atuação na atenção em saúde, percebe-se uma confusão conceitual entre os profissionais, pois alguns, inclusive referem desconhecer o termo ou não sabem descrevê-lo. No entanto, entre aqueles que sabem referir-se com mais clare-

za, podemos categorizar a atenção à saúde como tecnicista.

ATENÇÃO EM SAÚDE TECNICISTA

Como foi referido, nas entrevistas, os profissionais abordam a atenção a saúde pela via tecnicista, envolta por um sentimento de caridade em relação ao “paciente”, como destaca o Entrevistado 4: “Além da técnica que todos nós temos, eu acho importante o fisioterapeuta se colocar no lugar do paciente, [...] ter amor [...]”. Este discurso é reflexo do modelo flexneriano, no qual as concepções de saúde estão fundamentadas na ênfase no modelo curativista, resultado do prestígio que abrange o diagnóstico e o processo terapêutico na Fisioterapia.

O Entrevistado 6, ao contrário, demonstrou maior embasamento em relação ao tema, aproximando-se da proposta do Ministério da Saúde, na qual a atenção em saúde está relacionada ao cuidado integral ao ser humano, abrangendo a promoção, prevenção, assistência e reabilitação de doenças, embora ele próprio afirma que não consegue desenvolver as ações na sua rotina de trabalho, na maior parte do tempo.

Neste sentido, outra categoria que se destaca nas informações coletadas, diz respeito à precariedade de ações dirigidas à prevenção e promoção entre os entrevistados e, inclusive, dificuldades conceituais quanto aos termos.

A PREVENÇÃO E A PROMOÇÃO NA PRÁTICA PROFISSIONAL SÃO PRECÁRIAS

Com efeito, quando questionados sobre o que entendem por prevenção, os entrevistados classificaram-na em duas etapas diferentes a prevenção primária e a prevenção secundária/terciária. Um dos entrevistados vai

além, afirmando que a prevenção pode ser caracterizada como uma economia para o governo, ou seja, ela seria uma política de saúde.

Ao refletirem sobre a atuação em prevenção, a maioria dos entrevistados relata exercer atividades voltadas principalmente à prevenção secundária e terciária. Um dos entrevistados relatou entender que não exerce prevenção e dois profissionais relataram realizar atividades de prevenção primária. Todas as falas que indicam atividades preventivas, no entanto, relacionam-nas ao repasse de informações, ensinando os usuários a agirem corretamente no seu cotidiano.

No discurso dos entrevistados, explicita-se o conceito positivista da medicina, no qual o paciente apresenta uma passividade em relação à intervenção, sendo o terapeuta o detentor do conhecimento, não contribuindo na autonomia do sujeito, contrapondo o que sustenta o SUS. Neste propõe-se que a prática clínica tenha um olhar voltado pra a saúde coletiva, ou seja, o grande número de pessoas procurando atendimento no ambiente clínico deve ser investigado, e não tratado isoladamente (CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Quanto à promoção em saúde, pode ser caracterizada como o processo de melhoria na qualidade de vida com a participação da comunidade. Com o objetivo de atingir o bem-estar físico, mental e social, os indivíduos devem ser capazes de identificar as prioridades e modificar, favoravelmente, o ambiente. Por meio desta abordagem, a promoção em saúde não é entendida como uma responsabilidade exclusiva da área da saúde, mas sim, como um processo dinâmico, com a participação global, além do estilo saudável de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Para os entrevistados, a promoção em saúde está relacionada a atividades de prevenção pontuais. Os sujeitos não relatam a participação dos usuários e do controle social em ne-

nhum momento, ressaltando a lógica de intervenção do serviço de uma maneira verticalizada. O entrevistado 2, acerca disto afirma: “Promover saúde é prevenir, é o tratamento também que a gente faz, é o cuidado, é o conjunto que a gente faz”.

Dentre as respostas dos entrevistados, um dos sujeitos cita que, dentro da sua prática de trabalho, desenvolve atividades de promoção em saúde, transparecendo a influência de uma concepção de saúde em sintonia ao preconizado na legislação do SUS: “Promoção pra mim [...] é estimular saúde”. No entanto, o discurso está distante da prática efetiva, na medida em que a atuação profissional está voltada à assistência ao portador de patologias.

Ressalta-se que as atividades de promoção em saúde podem ser focalizadas tanto na atenção individual quanto coletiva. Apesar de todos os esforços para se superar a prática curativa, é relevante que práticas de reabilitação sejam englobadas no modelo de promoção em saúde e esta, quando utilizada de forma adequada, faz parte dos direitos de cidadania. Embora aparentemente estejam destinadas a atenção individual, a reabilitação pode ser orientada em grupos humanos, conforme refere Mendes (1999).

Quanto ao sentimento dos profissionais sobre a sua preparação para atuarem no SUS, emergem duas categorias em contraposição: a primeira em que os profissionais dizem haver o preparo, enquanto outros profissionais destacam o despreparo para esta atuação.

OS PROFISSIONAIS ESTÃO PREPARADOS PARA ATUAR NO SUS (?)

A metade dos entrevistados (três) considera que o fisioterapeuta está preparado para atuar, enquanto a outra metade afirma que não. Dentre os profissionais que afirmam que sim, há diferentes motivos para esta afirmação.

O entrevistado 1 afirmou que o fisioterapeuta está preparado, pois a população necessita de atendimento e o profissional deve trabalhar no sistema para colaborar. Percebe-se nesta manifestação que o profissional atrelou a capacidade à qualidade técnica do trabalho, não se referindo ao conhecimento das políticas públicas e sociais inerentes à área da saúde.

Já em relação aos entrevistados que responderam que não, o entrevistado 2 afirmou que o profissional não está preparado para atuar no SUS devido à falta de conhecimento em políticas públicas. O entrevistado 3 relata que não há preparo para atuar no SUS, pois o fisioterapeuta não está preparado para atender a grandes demandas, o que também chama atenção, pois a manifestação aparentemente vincula o sistema público com quantidade de atendimentos, sem se referir à qualidade no trabalho realizado, o que pode indicar uma concepção de que no SUS se trabalha por demanda, prioritariamente.

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que, se é direito do cidadão o acesso à saúde, é dever do Estado a educação com garantia de qualidade e com o vínculo entre a formação, a prática social, o trabalho, bem como a integração das ações que conduzam à melhoria na qualidade do ensino nacional, proporcionando uma formação humanística, reflexiva, científica e tecnológica. Carvalho e Ceccim (2006, p. 144) contribuem para a discussão afirmando que a “formação deve refazer constantemente as relações profissionais com os usuários de modo responsável e comprometido”.

Rodriguez (1994 apud PAIM, ALMEIDA FILHO, 2000), afirma que para a prática em saúde coletiva o profissional deve estar preparado para cumprir diferentes papéis. Desde resgatar o processo histórico de construção social, até agregar valor a luta pela cidadania, através da produção e gestão do conheci-

mento técnico-científico. Exercendo, quando necessário, a gerência de recursos escassos e estabelecendo a relação entre as necessidades e os problemas de saúde, promovendo a mobilização da comunidade para o exercício da cidadania e acesso à saúde.

Quanto ao conhecimento efetivo sobre o SUS, a partir de sua formação acadêmica ou posterior, vimos emergir como categoria principal a falta de conhecimento efetivo.

Os profissionais demonstram diferentes linhas de pensamento acerca do sistema e da formação. Como exemplo, o entrevistado 1 afirma que a formação acadêmica com a prática em projetos de extensão torna o egresso preparado para atuar no SUS. Já o entrevistado 2 pondera que o profissional não está preparado para atuar no SUS já que, além da formação deficitária, não tem conhecimento sobre o funcionamento do SUS e das diferentes estratégias de intervenção do sistema. O entrevistado 3 relata que durante a formação recebeu embasamento teórico para atuar no SUS, porém garante que não há o preparo necessário para o profissional atuar atendendo às demandas.

Apesar de todos os esforços para a mudança na graduação, a formação dos profissionais em saúde tem perpetuado modelos conservadores, fundamentados em sistemas orgânicos e tecnologias cada vez mais especializadas, tornando o tratamento dependente de equipamentos e procedimentos que apóiem o diagnóstico e a terapia (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O modelo pedagógico em voga nos currículos universitários é centrado em conteúdos, sendo organizado de maneira compartimentada e isolada, através da dissociação de conteúdos bases e complementares, com um sistema de avaliação cognitivo que estimula a especialização e que acabam por perpetuarem o modelo de saúde tradicional. Em suma, a edu-

cação na área da saúde é caracterizada como “biologicista, medicalizante e procedimento-centrada” (CARVALHO, CECCIM, 2006, p. 3).

Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006) acrescentam que a ciência depende de fatores externos para se desenvolver, através da problematização das questões. Para se repensar a formação é preciso que se pense na educação em saúde como um processo permanente, incluindo as necessidades sociais e científicas, bem como o cotidiano do trabalho e do processo saúde-doença nos currículos. Somando-se estes fatores com a centralidade da integralidade, através dos saberes e práticas para que se supere o modelo de formação centrado em procedimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Salvo questões pontuais, de uma forma geral, a visão dos entrevistados em relação ao Sistema Único de Saúde é influenciada pelo modelo hospitalocêntrico, tecnicista e mercadológico. Apesar dos esforços para a superação deste modelo de saúde, percebe-se que a concepção flexneriana continua hegemônica. Para a superação deste modelo se torna de extrema importância o investimento em práticas de educação em saúde, não só na formação, mas também no exercício profissional.

A atenção em saúde para os fisioterapeutas entrevistados ainda é entendida como algo fragmentado, uma ação isolada. A prevenção é tida principalmente como atenção terciária, na reabilitação. A promoção em saúde e a prevenção não são práticas incorporadas no cotidiano do profissional, sendo destacado o desconhecimento sobre o SUS, principalmente pelos fisioterapeutas formados há mais tempo, mas não apenas entre estes. Aqueles formados há menos tempo também têm sua prática eminentemente dirigida à reabilitação.

Cabe ao profissional de saúde o papel de

ator de mudança, transformador da sociedade, desenvolvendo a cidadania. Na sua prática profissional deve ser crítico e reflexivo, como apontam as diretrizes curriculares dos cursos de graduação.

Neste sentido, o resultado das entrevistas aponta como fundamental investir na educação em saúde, buscando desenvolver competências profissionais não apenas técnicas, mas políticas e de gestão. O profissional deve ter a capacidade de atuar junto à população.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário Nacional sobre política de desprecarização das relações de trabalho no SUS**. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24/01/2008: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria154.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2009.
- CAMPOS, Rosana T. Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Co-construção de autonomia o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 669-688.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 2002.
- CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação da área da saúde. Rio de Janeiro: Lappis, 2006. p. 69-92.

- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2007.
- COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 219-282.
- JORGE, Maria Salete Bessa et al. **Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71416306.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2007.
- LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Canada: Minister of Supply and Services Canada, 1981.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MORAES, R. Análise de conteúdo. **Educação**, v. 22, n. 37, p. 7-32, mar. 1999.
- OLIVEIRA, Valdir de Castro. **A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde**, v.4, n 7, p 71-80, 2000 Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista7/artigo1.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**: conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma Ata: 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 28 maio 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde**. Ottawa, 1986. Disponível em <http://www.opas.org.br/promoção/uploadArq/ottawa.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2007.
- PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 473-487.
- PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n.4, p. 299-316, 1998.
- PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A Crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- PINHEIRO, Roseni; CECCIN, Ricardo B.; MATTOS, Rubens A. (Org.). **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.
- SANTOS, Jair Lício Ferreira dos; WESTPHAL, Márcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, 1999. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a07.pdf>> Acesso em: 08 jun. 2007.
- SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, 1997. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2007.