

# **AUTONOMIA PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA AO LONGO DA HISTÓRIA<sup>1</sup>**

Fabio Batalha Monteiro de Barros

Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva na área de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde (IMS/UERJ).

Pesquisador na área de Formação de Recursos Humanos em Saúde

Email: fabio@fisiobrasil.com.br

O presente artigo tem por objetivo acrescentar novos aspectos às discussões em torno da autonomia profissional do fisioterapeuta, esclarecendo algumas das dificuldades e obstáculos enfrentados pela categoria profissional no Brasil. Este artigo não se propõe a ser uma descrição histórica do desenvolvimento da fisioterapia, tarefa reservada a futuras publicações que possibilitem maior número de páginas com maiores detalhamentos.

O fisioterapeuta pode ser definido como um profissional de nível superior da área de saúde, pleno, autônomo que atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo a prevenção, promoção, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde em indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. É o profissional que cuida da saúde da população com ênfase no movimento e na função, prevenindo, tratando e recuperando disfunções e doenças, sendo portanto, seu principal objeto de trabalho a saúde funcional.

---

<sup>1</sup> Este artigo foi publicado originalmente na Revista Fisiobrasil em 2003. Para citar este artigo utilize a seguinte referência:

BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. Revista Fisiobrasil, Brasil, n. 59, p.20-31, 2003.

No exercício de sua profissão, o fisioterapeuta poderá atuar em diferentes áreas e segmentos. Na atuação clínica este profissional realiza o processo fisioterapêutico, que inclui o diagnóstico cinesiológico-funcional, prognóstico, prescrição, indução do tratamento, reavaliação e alta do paciente/cliente. O fisioterapeuta pode trabalhar em clínicas públicas ou privadas, consultórios e hospitais, seja integrando uma equipe com outros fisioterapeutas e/ou outros profissionais de saúde, seja atuando isoladamente, garantindo sempre o acesso do cliente à atenção fisioterapêutica.

Ainda na área clínica o fisioterapeuta utiliza métodos diagnósticos específicos, prescreve e administra tratamento através de diferentes técnicas manuais, biomecânicas, neurofisiológicas utilizando as próprias mãos, induzindo movimentos e posturas terapêuticas, agregando equipamentos elétricos e eletrônicos tais como gerador de ultrassom, microondas terapêutico, ondas curtas, laser, infravermelho, indutores de correntes galvânicas, farádicas, russa, interferencial, entre outros diversos aparelhos com funções estabelecidas de analgesia, eletroestimulação, cicatrização de tecidos etc. Os recursos utilizados pelo fisioterapeuta vão desde o arsenal da hidroterapia, eletroterapia, até a mecanoterapia, fototerapia, cinesioterapia dentre outros. Os recursos terapêuticos estabelecidos na fisioterapia têm utilidade em diferentes disfunções, desdobrando-se em diversas áreas de atuação profissional, como, apenas exemplificando, a atuação na prevenção e tratamento das disfunções uro-ginecológicas, em alterações cutâneas tais como úlceras de decúbito e no campo da estética, na saúde da criança, do idoso, nas disfunções dos sistemas neurolocomotor e cardio-respiratório, nas disfunções têmporo-mandibulares, dentre muitas outras.

Além da Fisioterapia Clínica, este profissional pode atuar na área da saúde coletiva, como por exemplo, em programas e projetos de saúde pública, nas ações básicas em saúde, na área de vigilância sanitária e no campo de fisioterapia do trabalho ou saúde do trabalhador.

Na área de educação sua atuação poderá ser como docente em escolas de segundo grau e especialmente em universidades lecionando disciplinas básicas nos cursos de graduação da área de saúde e todas as disciplinas e conteúdos básicos e específicos na

graduação em fisioterapia, além de coordenar ou dirigir cursos e realizar projetos de pesquisa científica. Outras possibilidades de atuação encontram-se na área esportiva, no desenvolvimento, tratamento e recuperação do atleta e na prevenção de lesões e na indústria de equipamentos e materiais fisioterapêuticos.

Em consequência das habilidades e competências adquiridas na graduação e em cursos de pós-graduação, o fisioterapeuta, atualmente, exerce a profissão atuando nos mais diferentes locais, tais como: hospitais (ambulatorios, enfermarias, UTIs, serviços especializados), clínicas, consultórios, indústrias, postos de saúde, creches, escolas, universidades, centros de pesquisa, clubes, órgãos governamentais, dentre outros.

## **Profissionalização**

Para contribuir e embasar a discussão acerca da evolução da fisioterapia foi selecionado como referência metodológica o trabalho de Eliot Freidson relacionado à sociologia das profissões. Este referencial foi escolhido por permitir a análise e entendimento do que poderíamos considerar como um processo de profissionalização da fisioterapia nos últimos 40 anos. Além disso, é também bastante útil no esclarecimento das relações, por vezes tensas, de verdadeira rivalidade e competição, entre as diversas profissões de saúde na atualidade, tanto no campo de reserva de mercado, ou como diz Freidson, abrigos de mercado de trabalho, como até mesmo nas áreas de competência técnica e autonomia, disputa salarial dentre outras.

Antes de iniciar a discussão em torno de profissão, primeiramente é aconselhável distinguir alguns conceitos. No entendimento de Freidson (1994) há dois conceitos bastante amplos que definem profissão. O primeiro refere-se a um amplo número de ocupações prestigiosas, mas muito variadas, cujos membros tiveram uma educação superior e são identificados em virtude de sua educação e não de sua ocupação laborativa propriamente dita. O segundo conceito tenta definir profissão como um número limitado de ocupações com traços ideológicos e institucionais mais ou menos comuns. Para Freidson, apenas no segundo conceito é possível pensar o profissionalismo como forma de organizar uma ocupação, muito além de pensar profissão apenas como um certo status, mas como produtor

de identidades profissionais distintas e abrigos exclusivos de mercado que, segundo ele, mantém cada ocupação separada das outras e, freqüentemente, em oposição a elas.

Historicamente pode-se considerar que as antigas universidades medievais da Europa foram as responsáveis pela criação das primeiras profissões liberais: a medicina, o clero e a advocacia. Estas são o exemplo de uma profissão de status, em contraponto as atuais profissões ocupacionais. A partir do desenvolvimento do capitalismo industrial do século XIX na Inglaterra, e depois, nos Estados Unidos, começou uma certa confusão nos termos em virtude das ocupações recém criadas pertencentes à classe média buscarem o status das clássicas profissões liberais. Segundo Freidson (1994), obter o reconhecimento como profissão era fundamental não só pelo status social equiparado a pequena nobreza tradicional, mas também porque suas conotações tradicionais de aprendizado e dedicação desinteressados legitimavam o esforço de ganhar proteção contra a competição no mercado de trabalho.

Nos anos setenta, Freidson foi um inovador ao questionar a visão de que as diferentes profissões convivem democrática e harmoniosamente umas com as outras. Também nas relações entre médicos e pacientes Freidson identifica tensão e conflito, em vez da imagem funcionalista de harmonia e complementaridade. Ele se refere à postura de afastamento que os médicos adotam em relação ao paciente, ao mesmo tempo em que pregam a cooperação, talvez como forma de preservar o conhecimento esotérico, inalcançável ao paciente.

A opinião de Freidson é que o papel das profissões em uma sociedade deve limitar-se à contribuição técnica de que os indivíduos necessitam, para que, baseado em seus valores, os clientes possam livremente tomar suas decisões. Embora no campo do conhecimento as teorias sejam prerrogativas profissionais, designar o que é doença não é competência dos médicos (FREIDSON 1994). Segundo ele, quando uma profissão usa sua autoridade para dirigir ou constranger a decisão humana, os profissionais deixam de ser *experts* e passam a membros de uma nova classe de privilegiados disfarçados de *experts*.

Além de Freidson, diversos outros teóricos do campo da sociologia das profissões tais como Wilensky, Larson, Moore, Fox, Illsley, dentre outros, concordaram pelo menos

em que a existência de um corpo esotérico de conhecimentos específicos e a orientação para um ideal de serviços são dois atributos inquestionáveis para se definir uma profissão.

Para Wilensky (1970) qualquer profissão que queira exercer sua autoridade profissional deve ter uma boa base técnica para isso, sustentada por uma exclusiva jurisdição, habilidade e leis ligadas ao treinamento padronizado, e conseguindo convencer a sociedade de que seus serviços são confiáveis. Mas também não menos importante é que o conhecimento profissional, ainda segundo Wilensky, deve ser relativamente tácito, esotérico, e é justamente isso que dá as profissões sua aura de mistério. Esse conhecimento pode ser inclusive utilizado deliberadamente como um meio misterioso, de forma a colaborar para a construção de um poder e prestígios pouco questionáveis.

Faz parte da estrutura de uma profissão que tenha seu vocabulário e conhecimento compartilhado apenas por seus pares; essa seria a garantia da exclusividade e esoterismo do seu conhecimento. Restringir o acesso da sociedade às informações centrais da profissão seria o mesmo que defender esta própria profissão da perda de poder e autonomia. O domínio do conhecimento, segundo Wilensky, é esotérico, ou seja, ministrado a círculo restrito e fechado de ouvintes e compreensível apenas por poucos. Este seria realmente um ponto central na definição do que venha a ser uma profissão e explicaria em grande parte a dificuldade de diálogo e a tendência de afastamento do profissional na lida com seu cliente.

Diversos autores debruçaram-se sobre a discussão no campo da sociologia das profissões especificamente sobre a questão da profissão médica, sendo esta citada como um dos maiores exemplos de profissão plena, do ponto de vista sociológico, da história. Em Santos (1995) é possível perceber como, a partir de 1813 no Brasil, com a expedição das primeiras cartas de cirurgião e de médico, houve grande aceleração na conquista de poder da então recente classe médica organizada. Com a exigência do “título de Doutor”, delimita-se legalmente o território de trabalho. O médico passa a adquirir status social, além de mercado exclusivo de trabalho. A partir daí, seu destaque na sociedade lhe permite prestar consultas sobre laudos legais, origem de paternidade, autorizações para casamentos, e inclusive opinar sobre questões sociais, econômicas e políticas relacionadas ao ar, água,

construções, terrenos, esgotos, hospitais etc, em um processo de verdadeira medicalização da sociedade.

Esta grande autonomia e influência em diversas áreas da sociedade poderiam ser consideradas como fundamentais para o projeto corporativo da medicina, conseguindo uma forte parceria com o Estado através de trocas de interesses e uma boa aproximação com as classes dominantes, favorecendo a conquista, enfim, da chamada autoridade social, que resumidamente poderia ser definida como a soma da autoridade e competência técnica aos interesses do Estado e das classes dominantes (SANTOS 1995).

Para Latour (1989) o monopólio do conhecimento, *per si*, não representa elemento nem suficiente, nem determinante, para se definir uma profissão. Este autor acrescenta ainda que sem o recrutamento de aliados e a utilização de uma tática sutil para ajustamento dos recursos humanos e não humanos, ou seja, sem uma estratégica conformação de forças e jogo de poder, de nada vale o conhecimento, por mais esotérico que o seja. Portanto é muito mais importante a eleição de poderosas estratégias para convencimento dos seus próprios pares, da sociedade e do Estado quanto a sua utilidade, necessidade de sua existência, e até mesmo, necessidade de sua continuidade (LATOUR 1989). Wilensky (1970) defende que o monopólio de determinada profissão depende diretamente de intensa atividade política no interior de diferentes instâncias de poder, público e privado. Só assim a profissão atuante pode ser regulamentada e ter seu espaço respeitado pela sociedade e pelo Estado.

## **A “Fisioterapia”**

Os povos mais antigos já utilizavam os recursos da natureza, tais como o sol, o calor, a água e a eletricidade para fins terapêuticos, de alívio da dor e na cura de doenças. Conta-se que a descoberta dos princípios terapêuticos da eletricidade, que mais recentemente deu origem à eletroterapia, remonta da época em que os homens viviam em cavernas, e que, um homem com dores crônicas no calcanhar, ao banhar-se em um rio, encostou acidentalmente seu pé em uma enguia elétrica e obteve uma melhora dos sintomas quase imediata. Histórias à parte, os recursos da natureza e o próprio movimento humano,

incluindo músculos, articulações e respiração foram, desde a antiguidade, utilizados terapeuticamente. Na China, por exemplo, existem registros de obras abordando a cura pelo movimento (modernamente chamada de cinesioterapia) desde o ano de 2.698 antes de Cristo (Lindeman et al, 1975). Na Grécia antiga, o filósofo Aristóteles (384 a.C.) já descrevia a ação dos músculos, ficando conhecido como o “Pai da Cinesiologia”. Ainda segundo Lindeman, na medicina Trácia e Grega, a terapia pelo movimento constituía uma parte fixa do plano de tratamento. Galeno (130 a 199 DC) descrevia uma ginástica planificada do tronco e dos pulmões que teria corrigido o tórax deformado de um rapaz até alcançar condições normais.

Durante a maior parte da Idade Média, a cultura e dominação religiosa eram muito presentes, gerando inúmeras conseqüências, dentre elas, a desvalorização do corpo e da própria saúde, pois, sendo o corpo considerado apenas como um mero recipiente do espírito, caberiam os cuidados e a valorização apenas ao espírito, a alma. Segundo Lindman (1975):

“As ordens religiosas eram inimigas do corpo. Os hospitais da Idade Média tinham caráter eclesiástico, estavam junto dos mosteiros mais importantes e suas salas de enfermos encontravam-se imediatamente ao lado das capelas, havia, inclusive, altares na sala dos enfermos, não havendo local apropriado para a realização de exercícios”.

Durante o período histórico compreendido como Renascimento (séc. XV e XVI) houve grandes avanços nas manifestações artísticas, políticas e uma maior valorização do homem, da cultura física e saúde. O movimento entendido como Humanismo, no aspecto relativo à saúde, trouxe uma preocupação não só com o tratamento das doenças, mas com a própria manutenção das condições de saúde e beleza corporal. Segundo Wheller (1971):

“Mercurialis apresentou princípios definidos para a ginástica médica que compreendiam: 1) Exercícios para conservar um estado saudável já existente; 2) regularidade no exercício; 3) exercícios para indivíduos enfermos cujo estado pode exacerbar-se; 4) exercícios individuais

especiais para convalescentes e 5) exercícios para pessoas com ocupações sedentárias”.

No século XVI, o artista e pesquisador italiano Leonardo Da Vinci realizou diversos estudos sobre a mecânica corporal e a marcha humana (Rasch, 1991) e outros cientistas que também contribuíram para o desenvolvimento da cinesiologia foram Galileo Galilei, Afonso Borelli, Giorgio Baglivi entre outros. Na transição entre o Renascimento e a Revolução Industrial diferentes autores desenvolveram trabalhos sobre exercícios físicos e a terapia através dos movimentos. Segundo Lindeman (1975):

“um detalhado informe da Sociedade Médica de Berlim, em 1864, apoiando a ginástica para moças, indica que o tratamento de enfermos mediante exercícios é algo distinto da ginástica para pessoas sãs, [...] os enfermos e aqueles cuja coluna vertebral sofre deformidades ou alterações posturais de ombros e cadeiras, correspondem às salas de cura e não às lições de ginástica para sãos”.

Com a Revolução Industrial foram desenvolvidos trabalhos para recuperar os trabalhadores acidentados e criados diversos tipos de ginástica e exercícios com a finalidade de aumentar a produtividade. As jornadas de trabalho abusivas de mais de 16 horas diárias, o trabalho infantil e todo o contexto de exploração dos operários e camponeses pela classe dominante geraram uma quantidade de novas doenças em grande parte da população. Segundo Rebelatto (1999):

“Não convinha à morte ou a inutilização dessa população, da mesma forma que, produzindo, não interessava as condições em que vivessem. Bastava trata-los quando suas condições prejudicassem a produção de riquezas ou incomodassem à classe dominante”.

Ainda segundo Rebelatto, a clínica, a cirurgia, a farmacologia, a aplicação de recursos elétricos, térmicos, hídricos, a aplicação de exercícios físicos etc sofreram uma evolução dirigida para o atendimento do indivíduo doente. Surgia a idéia do atendimento hospitalar. Em pleno século XIX vários estudiosos de diversos países da Europa contribuíram para o desenvolvimento do que posteriormente foi definido como campo da



fisioterapia. Na Suécia, Gustav Zander criava uma série de exercícios terapêuticos realizados com máquinas e diferentes equipamentos, e no ano de 1864 fez demonstrações dos aparelhos que havia criado para exercícios ativos, assistidos e resistidos, era o início da mecanoterapia. No mesmo século, Frenkel criou um método de tratamento para a ataxia, baseado na repetição lenta de movimentos específicos e coordenados, que é ensinado até os dias de hoje nas universidades brasileiras.

## **Tempos Modernos**

A partir do século XX foram muitas as mudanças na área da saúde. Segundo Sanchez (1984), devido ao aumento da complexidade em ciência e tecnologia e também ao aumento do número e variedade de casos relativos as epidemias de poliomielite e às Grandes Guerras, o atendimento à saúde que antes era restrito a algumas poucas profissões sofreu uma profunda transformação ao se delegarem funções a outros, formando-se equipes de profissionais da saúde, com obrigações e atribuições determinadas. Surgiram aí os primeiros cursos de formação de fisioterapeutas no mundo. Na Alemanha, as primeiras escolas foram as de Kiel (1902) e Dresdem (1918). Ainda segundo Sanchez, cabe destacar a importância do desenvolvimento de inúmeros trabalhos conjuntos entre fisioterapeutas e médicos, especialmente no início do século XX, destacando-se o exemplo do médico cirurgião alemão Rudolf Klapp, que em conjunto com as fisioterapeutas Blederbeck e Hess desenvolveram o método Klapp.

Na Inglaterra o Dr. Cyriax, em colaboração com fisioterapeutas, idealizou um método de massagem profunda e manipulações articulares, e, também na Inglaterra, talvez um dos mais conhecidos e bem sucedidos exemplos de parcerias em pesquisas entre médicos e fisioterapeutas seja a do casal formado pela fisioterapeuta Berta Bobath e o neurofisiologista Karel Bobath, que criaram o método Bobath de tratamento neuro-evolutivo, um dos mais difundidos em todo o mundo e ministrado em todas as escolas de formação atuais.

Segundo Figueirôa (1996), nos países participantes da Primeira Grande Guerra Mundial, o grande número de mortos e mutilados levou a uma diminuição na força de trabalho ativa, criando a necessidade de reincorporar os acidentados e mutilados de guerra à força produtiva. Nesta época, surgiram então, grandes centros de reabilitação, locais onde eram prescritas e realizadas as atividades de reaprendizagem do movimento, reeducação funcional, entre outras, através, principalmente, das técnicas cinesioterápicas. Já nos tempos de paz, os tratamentos fisioterapêuticos se desenvolveram com relação a várias doenças, especialmente no que se refere à poliomielite, que teve sua primeira grande epidemia nos Estados Unidos da América do Norte a partir da primeira década do século XX, criando, em consequência, uma enorme demanda por profissionais qualificados, dentre eles o fisioterapeuta, inclusive até durante as décadas de 1940 e 1950.

Segundo a seção histórica do *site* oficial da American Physical Therapy Association (Associação Americana de Fisioterapia – [www.apta.org](http://www.apta.org)), as fisioterapeutas americanas formaram sua primeira associação em 1921, e inicialmente não se admitiam homens na Associação, o que só aconteceu a partir da década de 30. Devido à forte necessidade de novos profissionais, dado o contexto, o número de fisioterapeutas membros da Associação Americana de Fisioterapia passou de pouco mais de 1.000 nos anos 30 para um total de mais de 8.000 profissionais na década de 50, aumentando os programas e escolas formadoras na mesma época de 16 para 39; e já na década de 60 eram 15.000 fisioterapeutas americanos em atividade em todo país.

Na década de 50, mais precisamente em 1951 foi fundada, em Londres, a World Confederation for Physical Therapy (WCPT), com a adesão de 13 países. Até dezembro de 2001 a WCPT representava mais de 82 países membros, incluindo o Brasil, e congregando mais de 225.000 fisioterapeutas em todo o mundo. Na América do Sul, segundo Sanchez (1984), a Argentina foi um dos países pioneiros em cursos de formação de fisioterapeutas, chamados lá também pelo nome de kinesiólogos. O argentino Ernesto Aberg, no ano de 1884 editou o livro intitulado “Mecanoterapia de Zander”, podendo ser este considerado como a primeira publicação referente a exercícios terapêuticos na América do Sul.

## No Brasil

Durante o período colonial, o tratamento dos doentes no Brasil era realizado por jesuítas, pajés, feiticeiros africanos, físicos e cirurgiões portugueses, hispânicos e holandeses. Para Portugal não era interessante que se criassem Instituições de Ensino Superior em terras brasileiras, sob o risco de se fomentarem idéias de independência. Já com a fuga da Família Real Portuguesa para o Brasil, em 1808, vieram também recursos humanos e principalmente financeiros para atender às necessidades dos nobres e monarcas que se instalaram neste país. Desta forma, no campo da saúde, fundaram-se as duas primeiras escolas de medicina brasileiras, na Bahia, em fevereiro de 1808 e no Rio de Janeiro, a Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia, atualmente conhecida como a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que teve seu nascimento no decreto assinado por D. João VI em 5 de novembro de 1808.

A partir da formação dos primeiros médicos brasileiros, e de suas viagens à Europa, começaram a surgir no Brasil os primeiros serviços de fisioterapia ainda no século XIX. Segundo Sanchez (1984), consta que surgiram os primeiros serviços de hidroterapia e de eletricidade médica (atualmente eletroterapia) por volta dos anos de 1879 a 1883, sendo um dos responsáveis o médico Artur Silva. Em 1884 este mesmo médico participou da criação do serviço de fisioterapia no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro. Em São Paulo, já em 1919, o médico e professor de física biológica da faculdade de medicina da USP, Raphael Penteado de Barros fundou o departamento de eletricidade médica.

Talvez o fato mais interessante do contexto da fisioterapia brasileira na virada do século XIX para o séc. XX seja a importância que os profissionais médicos depositavam sobre esta área do conhecimento, de forma mais ou menos acertada, o que permitiu que fossem registradas, inclusive, verdadeiras disputas pelo conhecimento e domínio da fisioterapia. Foram também produzidas várias teses para obtenção do grau de Doutor em medicina baseadas em estudos, por vezes entusiasmados, sobre a fisioterapia na virada do século.

Dados coletados de fontes primárias na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro revelaram, entre outros trechos, informações que contextualizam o momento que era vivido pelos profissionais médicos com relação à fisioterapia no Brasil, quando então, ainda faltavam 60 ou 70 anos para a regulamentação da profissão no país.

Hoje nome de rua no centro do Rio de Janeiro, o Dr. Álvaro Alvim, na virada do século passado, embora médico, se auto-intitulava “*electrotherapeuta*”. Em recorte de jornal do dia 13 de maio de 1901, a “Gazeta de Notícias” (jornal de grande circulação no Rio de Janeiro, à época) publicava a seguinte matéria:

“A secção de phototherapie, tratamento por meio da luz, é a primeira mantida na América do Sul e nella se concentram todos os esforços e toda a gloria do Dr. Alvim, por ser a sua especialidade, e tem sido coroada do melhor êxito pela segurança dos resultados scientificos que tem alcançado em sua numerosa clinica”.

“Pela phototherapie tem-se conseguido enorme sucesso na cura do rheumatismo, da gotta, da asthma, das affecções pulmonares, das molestias da pelle, inclusive o lupus, da lepra, das hydropisis de todas as origens, do mal de Bright, das moléstias uterinas e da obesidade, sendo que esta ultima dispensa o auxilio de medicamentos e regimen”.

Em seu livro intitulado “*Physicotherapia – A Electricidade perante a medicina*”, publicado em 1902, Dr. Álvaro Alvim comenta:

“Graças á energia electrica, podemos mesmo dispensar a massagem e a Gymnastica, localizando o movimento a um ou mais músculos, substituindo-as pela electromassagem e a electrogymnastica, recursos estes preciosos em virtude de não exigirem esforços e fadigas da parte do doente”.

Em 1904, o médico Adolpho Gomes Pereira em sua tese intitulada “*Physiotherapia*”, apresentada para a obtenção do título de Doutor na cadeira de

*Therapeutica* pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro declara textualmente o que segue:

“O estado actual da physiotherapia, como o demonstram recentes e importantíssimos trabalhos, é o mais auspicioso possível, si levarmos em consideração o meticoloso estudo e extensa applicação que lhe outorgam os paizes civilisados do velho e novo mundo [...] Guimbail em seu arrojo convencido prophetisa-lhe (a physiotherapia) o domínio absoluto na medicina do futuro”.

A fisioterapia, desde muito cedo no Brasil, foi área de interesse de outras categorias que não os próprios fisioterapeutas. Com a criação das primeiras escolas de formação de fisioterapeutas, na década de cinquenta, foram surgindo, naturalmente, os profissionais que iriam se responsabilizar por tão nobre área de estudo e atuação. No entanto, a maioria técnica-científica e consequente autonomia do fisioterapeuta tiveram inúmeros obstáculos em seu caminho rumo à consolidação. Mesmo depois do reconhecimento legal do profissional fisioterapeuta, a fisioterapia foi palco de disputas intensas no chamado “mercado de saúde” brasileiro.

## **A Fisioterapia tem dono: Os Fisioterapeutas no Brasil**

Na década de cinquenta no Brasil, a incidência de poliomielite era ainda muito alta, e, portanto, a quantidade de pessoas portadoras de seqüelas era também muito elevada. Da mesma forma, segundo Rebelatto (1999), o índice de acidentes de trabalho no país era um dos mais elevados da América do Sul, o que, diante deste contexto, fazia com que houvesse grande demanda por recuperar e reinserir social e produtivamente todas estas pessoas. Ainda segundo o mesmo autor, referindo-se aos anos 50:

“Começaram a surgir as primeiras definições de Fisioterapia, menos como área de estudo e mais como ramo de trabalho. [...] A ênfase dessas definições, portanto, apoiava-se na reabilitação”.

Em 1929, o médico Waldo Rolim de Moraes havia criado o serviço de fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, para dar assistência aos pacientes do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, e depois fundou o Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas, onde, em 1951, foi criado um curso para a formação dos então “técnicos de fisioterapia”, que durou até 1956. A partir de 1959 houve modificações e o curso passou então a formar fisioterapeutas, de acordo com o relato de Sanches (1984):

“Em 1959, o Prof. Godoy Moreira, da Faculdade de Medicina da USP, mediante contatos com a OPAS/OMS e a World Confederation for Physical Therapy, fundou o Instituto Nacional de Reabilitação, anexo à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP”.

“O primeiro curso de fisioterapia iniciou-se, com duração de dois anos, para formar fisioterapeutas que atuassem em reabilitação.”

Alguns anos depois, conforme descrito por Figueirôa (1996), a Reitoria da USP regulamentou os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional que eram realizados no Instituto de Reabilitação, através da Portaria G.R. n. 347 de 7 de abril de 1967. O referido curso de fisioterapia contou com a presença da fisioterapeuta sueca Karen Lunborg, enviada pela OMS, que no período de 1956 até 1960 ministrou aulas e supervisionou o ensino de fisioterapia na Instituição.

Enquanto isso, no Rio de Janeiro, no dia 05 de agosto de 1954, estava sendo fundada a Associação Beneficente de Reabilitação (ABBR), cujo idealizador e principal responsável pela fundação foi o arquiteto Fernando Lemos.

O Centro de Reabilitação da ABBR foi inaugurado em 1957 pelo então Presidente da República Juscelino Kubitschek, e teve seu crescimento e desenvolvimento devido ao esforço pessoal e entusiasmo, principalmente do próprio Fernando Lemos – que em 1952 viveu momentos difíceis com seu filho de 15 anos tetraplégico por seqüela de poliomielite, do Dr. Oswaldo Pinheiro Campos, ortopedista, e de um grupo de empresários liderados por

Percy Charles Murray – que tinha um filho portador de deficiência que havia se submetido a tratamento de fisioterapia em Londres.

Em 1956 a ABBR havia criado e iniciado um curso com a finalidade de preparar e diplomar Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. Este primeiro curso tinha a duração de dois anos e formou dezesseis fisioterapeutas, dos quais quinze foram contratados para trabalhar imediatamente no próprio centro de reabilitação da ABBR. O segundo curso, iniciado em 1957 teve sua duração ampliada para três anos de duração. Segundo Figueirôa (1996), para a formação das primeiras turmas foi preciso trazer duas fisioterapeutas estrangeiras. A primeira foi a fisioterapeuta escocesa Dra. Edith MacConnel, que por não falar português teve suas aulas traduzidas por uma das alunas, Wanda Lechowski. A outra fisioterapeuta foi a canadense Dra. Ann Winter, que teve também uma participação importante na reformulação dos atendimentos na ABBR.

Ao se referir a formação das primeiras turmas de fisioterapeutas do país, Galvão (1999) comenta:

“O profissional formado deveria ser de nível universitário, mas, como um auxiliar do médico, limitado à execução do tratamento prescrito por aquele”.

Em 1962 ocorreu a primeira conferência patrocinada pela Associação Brasileira de Fisioterapia - ABF (fundada em 1959) a instituição da medalha de Honra e a publicação do primeiro número da Revista intitulada “ABF”. Neste informativo, com data de circulação em 01 de agosto de 1962, destaca-se o Editorial, com alguns trechos descritos a seguir que revelam um pouco da situação da fisioterapia no início dos anos 60:

“[...] Verificam-se assim, intromissões incompreensíveis de certos círculos sobre outros que ainda estão em fase de desenvolvimento, negando-se-lhes assim, a capacidade de dirigirem seus assuntos de *Motu Próprio*, e resulta paradójico demais, quando isto acontece num país tão exuberantemente democrático como o Brasil. Deve-se extinguir para sempre, a falsa paternidade de constituírem-se indevidamente em advogados de terceiros. O direito à soberania individual e profissional é

inviolável. Defendendo e usando desse direito, nos encontramos perfeitamente aptos e capacitados para traçar o futuro da profissão de Fisioterapeutas [...]"

"[...] **deixamos, já faz tempo, a menoridade tutelar**, *[grifo nosso]* e por isto, da mesma maneira que respeitamos os direitos dos outros, exigimos intransigentemente, defender o que nos pertence. O Fisioterapeuta de hoje, como o do futuro, não é mais o profissional de 10 anos atrás".

Neste mesmo ano, atendendo solicitação dos cursos de formação da ABBR e do Instituto de Reabilitação da USP, o Conselho Federal de Educação estabelece, através do Parecer 388/63 homologado através da Portaria 511/64 do MEC, o currículo mínimo para a formação universitária em fisioterapia no país. Estes foram os primeiros documentos publicados oficialmente no país sobre a profissão de fisioterapeuta. A seguir destacam-se dois trechos do Parecer 388/63:

"[...] A referida Comissão insiste na caracterização desses profissionais como auxiliares médicos que desempenham tarefas de caráter terapêutico sob a orientação e a 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".

"Não compete aos dois últimos o diagnóstico da doença ou da deficiência a ser corrigido. Cabe-lhes executar, com perfeição, aquelas técnicas, aprendizagem 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 acontece a enfermeiros, obstetrizes e nutricionistas. Diante disso, não há como evitar os nomes de Técnicos em Fisioterapia e Técnicos em Terapia Ocupacional".



O referido Parecer, elaborado por uma comissão formada por médicos, representou, segundo Figueirôa (1999), uma vitória por garantir uma formação de nível universitário com duração mínima de três anos e carga horária mínima de 2.160 horas e, paradoxalmente, uma frustração, por definir o fisioterapeuta como um auxiliar médico denominado “Técnico de Fisioterapia”. Segundo Galvão (1999), o conflito profissional explicitado no Parecer 388/63 ganhou uma dimensão ainda maior na medida em que:

“A Associação Brasileira de Fisioterapia – ABF começou a pregar a autodeterminação como forma de garantir o crescimento e a evolução da profissão de Fisioterapeuta no país e realizou seu primeiro Congresso Brasileiro de Fisioterapia, de 12 a 14 de novembro de 1964, na cidade do Rio de Janeiro”.

“Este conclave gerou uma carta com 12 conclusões, cujo item primeiro é elucidativo para o tema, verbis: Recomendar que os assuntos relacionados com a classe de Fisioterapeutas sejam sempre tratados com a participação do órgão representativo destes profissionais que é a Associação Brasileira de Fisioterapeutas.”

Eram tempos difíceis: o golpe militar em 31 de março de 1964; os Atos Institucionais cerceando a liberdade da população; torturas e mortes nos quartéis militares e; as universidades e meios de comunicação vigiados rigorosamente pelo governo militar. Em várias capitais brasileiras vão surgindo as Associações Regionais de fisioterapia, ligadas à ABF, e vão sendo criadas novas escolas formadoras de fisioterapeutas em Petrópolis, Salvador e Belo Horizonte. No entanto, de acordo com Galvão (1999) existiam muitos obstáculos ao desenvolvimento da Fisioterapia:

“As diferenças entre os Fisioterapeutas e os Médicos ligados a Reabilitação vão aumentando progressivamente até se transformar em um conflito profissional de grande magnitude”.

“Encastelados em cargos estratégicos da recém unificada Previdência Social, os auto intitulados médicos fisiatras estabeleceram padrões de credenciamento aos serviços terceirizados do INPS e INAMPS, atribuindo

a si próprios poderes especiais para representar as clínicas conveniadas de Fisioterapia, formando um cartel”.

“Tentativas de reconhecer o Fisioterapeuta pela via do Congresso Nacional esbarraram no corporativismo médico representado nas Comissões Técnicas”.

Apesar das dificuldades enfrentadas, a ABF procurava centrar suas ações no sentido do reconhecimento oficial da profissão. Segundo a fisioterapeuta Dra. Sonia Gusmann, que mais tarde assumiria a Presidência da ABF e posteriormente seria a primeira Presidente do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, o trabalho e empenho dos membros da ABF e de suas regionais foi, neste momento, incansável.

De acordo com relatos da Dra. Sonia, concedidos em entrevista informal, aliando estratégia política ao senso de oportunidade, e, “graças” ao Presidente Costa e Silva ter sofrido um Acidente Vascular Encefálico (AVE) grave, e ter sido atendido por fisioterapeutas é que, após a morte do Presidente, a Junta Militar que assumia o poder reconheceu a profissão de Fisioterapeuta através do Decreto-Lei 938/69, de 13 de outubro de 1969 (hoje comemorado como Dia do Fisioterapeuta) concedendo aos fisioterapeutas a devida privatividade ao exercício profissional da fisioterapia no Brasil.

## **Dos anos 70 até hoje**

Logo no início dos anos setenta, houve mais trabalho em defesa da Fisioterapia. Tramitava na Câmara Federal, por iniciativa do Deputado pelo Estado da Guanabara, Nelson Carneiro, o Projeto de Lei 2.090/70, que pretendia retirar a obrigatoriedade do nível superior e reconduzir os Fisioterapeutas à denominação de Técnico de Fisioterapia. O Projeto gerou enorme polêmica, e depois de muito trabalho nos bastidores da Câmara Federal, a Comissão de Constituição e Justiça ao examinar o substitutivo, aprovou o voto do relator, deputado Hécio Álvares, considerando-o inconstitucional.

As dificuldades persistiam nos chamados Centros de Reabilitação Profissional do INPS e no enquadramento dos Fisioterapeutas no Serviço Público Federal ainda com a

denominação de Técnico em reabilitação, o que, segundo Galvão (1999) acontecia “sempre com a participação daqueles que montaram o cartel”.

Em 1972, a ABF realizou o II Congresso Brasileiro de Fisioterapia, na cidade de São Paulo, durante o qual funcionou o Congresso Nacional de Fisioterapeutas, formado pelos representantes das Associações Estaduais e posteriormente transformado em Conselho de Representantes – CPR, que entre outras recomendações, indicou o dia 13 de outubro como o Dia Nacional do Fisioterapeuta e a necessidade de acelerar o processo de Regulamentação da profissão. Paralelamente, em 1972, a Associação Médica Brasileira reconhece a Fisiatria como especialidade médica.

Embora tivesse sido conquistado o Decreto-Lei, faltavam ainda formas de regulamentar e colocar em prática os direitos adquiridos pelos Fisioterapeutas. Foi quando a ABF, novamente de forma incansável, segundo a Dra. Sonia Gusmann, então presidente da Associação Brasileira, montou o Projeto de Criação dos Conselhos Profissionais e, “com visitas semanais a Brasília”, fez verdadeiro *lobby* junto ao Ministro do Trabalho, Dr. Arnaldo Prieto, pelo encaminhamento do Projeto. Segundo Dra. Sônia, “era tudo do nosso próprio bolso, a ABF não tinha recursos para bancar isso”, e quando questionados pelo Ministro quanto à inviabilidade de se criar um Conselho com tão poucos profissionais, Dra Sônia argumentava: “Nós somos três mil, mas somos muito organizados”. Foi assim que em um dia de sábado, o Ministro Dr. Arnaldo Prieto convocou dois assessores que haviam encontrado o Projeto de Criação dos Conselhos, proposto pela ABF, que a esta altura já se havia perdido na burocracia do Ministério, e, com algumas alterações e acréscimos feitos no mesmo sábado, ficou resolvido.

O Projeto, através das mãos do Ministro do Trabalho, foi encaminhado ao plenário do Congresso Nacional, com a presença de vários Fisioterapeutas nas galerias, e, de acordo com a Dra.Sônia, “foi posto em votação e aprovado rapidamente”. Estava devidamente regulamentada a profissão e criados os Conselhos Federal e Regionais, através da Lei 6.316, de 17 de dezembro de 1975, com a função de normatizar e fiscalizar o exercício profissional da fisioterapia em todo o país. Apenas dois anos depois, após terem seus nomes investigados pelo SNI (Serviço Nacional de Inteligência – braço investigativo da ditadura militar) foram nomeados pelo mesmo Ministro do Trabalho, os integrantes do primeiro colegiado do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, oriundos de

uma lista com 50 nomes de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, organizada pela ABF e suas regionais.

Para montar a primeira estrutura do Conselho, foi organizado um mutirão entre os profissionais para arrecadação de dinheiro (Galvão, 1999) e, segundo relato da Dra. Sonia Gusman, “fomos buscar ajuda nos Conselhos Federais de Enfermagem e no de Psicologia que nos ajudaram bastante, do Conselho de Medicina não tínhamos como esperar a menor ajuda na época”.

Em 1978 foram criados os três primeiros Conselhos Regionais, com sede em São Paulo, Rio de Janeiro e Recife. Ainda neste mesmo ano o COFFITO publicou diversas Resoluções, dentre elas a Resolução COFFITO 08 que aprova as normas para habilitação ao exercício das profissões de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais e a COFFITO 10, que cria o Código de Ética das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

A Resolução COFFITO 08, publicada no Diário Oficial da União, torna privativos dos fisioterapeutas a direção e responsabilidade técnica dos serviços e locais destinados a atividades fisioterápicas, assim como a supervisão, avaliação, reavaliação, prescrição, indução de tratamento e alta do cliente submetido à fisioterapia. Amplia a área de atuação profissional para escolas, creches, asilos, consultórios, serviços de higiene e segurança do trabalho, clubes, indústrias etc, tornando também privativos dos fisioterapeutas a elaboração de testes específicos para avaliar níveis de capacidade funcional, prescrição e programação das chamadas atividades de vida diária, prescrição e adaptação de órteses e próteses funcionais, orientação familiar referente aos padrões funcionais etc.

Foi então que, no início da década de 80, iniciou-se como representação no Ministério do Trabalho e evoluiu para uma ação judicial que culminou no Supremo Tribunal Federal, a mais alta esfera de decisão da justiça brasileira, a Representação STF 1056-2, cujo objetivo era contestar a constitucionalidade dos artigos 3º e 4º do Decreto-Lei 938/69 e do Parágrafo Único do artigo 12 da Lei 6.316/75.

Em verdade, estavam sendo questionadas, a partir desta ação, a autonomia, competência e a exclusividade de mercado do fisioterapeuta. Os artigos da legislação em que os médicos da Sociedade de Medicina Física e do CFM questionavam a constitucionalidade, e que, portanto, mais lhe incomodavam, eram, justamente, os que tornavam os métodos e técnicas fisioterápicas privativas do fisioterapeuta e o que obrigava

às empresas (inclusive as que pertencessem aos médicos) que prestassem serviços de fisioterapia à inscrição no respectivo Conselho de Fisioterapia, ficando estas empresas, sob o poder normativo e fiscalizador do Conselho de Fisioterapia.

Cabe ressaltar a importância e significado destes questionamentos para o entendimento do percurso histórico da fisioterapia brasileira. “Pela primeira vez na história jurídica da nação, uma profissão confrontava outra neste nível de discussão” (Galvão, 1999).

De um lado existia o “acusado”, o Conselho de Fisioterapia, recém organizado há apenas dois anos, com pouca infra-estrutura e também poucos recursos financeiros e políticos, e, do outro lado, como “acusador”, estavam a Sociedade de Medicina Física, constituída desde 1954, e o Conselho Federal de Medicina, entidades tradicionais, com recursos e com forte influência política.

No decorrer da ação, que foi concluída somente no dia 04 de maio de 1983, os Ministros do Supremo Tribunal Federal julgaram, em última instância, os pedidos de inconstitucionalidade que, segundo os requerentes, estariam baseados no artigo 153, parágrafo 23, da Constituição Brasileira, que declara “livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, observadas as condições de capacidade que a lei estabelecer”.

O Relator do referido processo foi o Ministro do Supremo Tribunal Federal Décio Miranda que, discutindo o mérito da representação assinala:

“Cuidou a Lei, aqui, de conferir a necessária privatividade ao exercício de profissões que têm, como pressuposto inarredável, um curso de graduação universitária, completo e específico.”

E assim continua o Ministro, discutindo a “capacidade” a que se refere o artigo 153 da Carta Magna:

“Se o bom êxito num programa completo de graduação universitária é o pressuposto da capacidade para a adequada execução dos ‘métodos e técnicas’ a que se referem os textos em causa, será possível afirmar, sem nenhum desdouro para os profissionais da medicina, que a eles lhes falece tal capacidade, porque de outra se fizeram titulares no curso médico”.

“Não haveria como cogitar da competência concorrente, a menos que a graduação em medicina comportasse o inteiro currículo do curso de fisioterapia, ou de terapia ocupacional, alcançando, dessarte, duração próxima dos dez anos”.

E acrescenta ainda, sobre a competência médica:

“Só um descabido preconceito elitista, por outro lado, levaria a supor que a cena universitária abriga mentes ‘subalternas’, precisadas de quatro ou cinco anos para captar aquilo que outros espíritos dominariam mediante trato sumário, ao longo de curso diverso”.

E ainda, referindo-se a autonomia acrescenta exemplo de outros cursos e, ao final, emite seu parecer conclusivo:

“É certo que os programas de graduação diferem uns dos outros, ora em extensão média – quatro, cinco, seis anos -, ora mesmo em grau de abstração ou de complexidade – tenha-se em mira, nesse particular, o paralelo entre a graduação em física nuclear e a graduação em biblioteconomia. Mas não diferem, nem diferirão jamais – enquanto o Conselho Federal de Educação se desincumbir, com a costumeira seriedade, de sua importante tarefa – a ponto de que qualquer deles represente mera parcela incidente de qualquer outro, caso no qual a outorga de autonomia, ao primeiro, teria sido clamoroso absurdo”.

“[...] Ante o exposto, o parecer é por que essa alta Corte declare improcedente, **por inteiro** [grifo nosso], a representação”.

Em sua manifestação de voto, no dia 09 de junho de 1982, o Senhor Ministro Néri da Silveira, ao longo de 20 páginas datilografadas, proferiu, dentre várias, algumas declarações relevantes:

“Ultrapassada se faz, assim, a quadra do tempo em que o médico, como único cientista da saúde, mantinha, sob seu controle científico, técnico e administrativo, toda uma equipe de auxiliares, sem habilitação científica e

técnica, mas apenas com conhecimentos empíricos, hauridos na experiência da vida e na repetição, assistemática e desordenada, de atos, que as necessidades de sua execução, sob orientação do médico, deles exigiam. Hoje, em decorrência disso, não só no Brasil, [...] as definições dos campos de atuação profissional, com indiscutível marca de autonomia, vêm sendo objeto de legislação específica, não só quanto à delimitação das áreas de desempenho, mas ainda no que concerne à lógica consequência de reserva de atividades a serem privativamente executadas”.

O Ministro Néri da Silveira acrescentou ainda o exemplo do reconhecimento da profissão de Psicologia, através da Lei nº 4.119/62, que, em seu artigo 13, descreve como atividade privativa do Psicólogo “a utilização de **métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos: a) diagnóstico psicológico** [grifo nosso] b) orientação e seleção de pessoal[...]”.

Em verdade, segundo a comparação feita pelo Sr. Ministro estaria também o Decreto-Lei 938/69, que regulamentou a fisioterapia, ao referir-se à “métodos e técnicas fisioterápicas” incluindo nestes, o diagnóstico fisioterapêutico, método de relevância na prática do profissional fisioterapeuta. Ainda segundo o dicionário Aurélio, a palavra método, provém do grego *methodos*, que significa “caminho para chegar a um fim”, ou, neste caso, a um objetivo fisioterápico, que incluiria, naturalmente em seu caminho, a execução ou realização do diagnóstico fisioterapêutico, da prescrição, planejamento, indução do tratamento e alta fisioterápica.

Continuando, o Ministro afirma que “com efeito, profissionais de nível universitário, não procede afirmar-se que os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais são meros auxiliares dos médicos”, e, ainda sobre a questão do diagnóstico fisioterapêutico relata haver percebido, no memorial encaminhado pela Sociedade de Fisiatria, a preocupação com o fato de que fisioterapeutas estariam extrapolando suas atividades “para desempenhar funções que se compreenderiam nos limites das atividades reservadas aos médicos, inclusive com a prática de diagnósticos médicos.”, o que, referindo-se a tal “queixa” da SBMFR, não seria examinado nos autos por tratar-se este, de um pedido de

inconstitucionalidade. Desta forma, conclui seu voto acompanhando o voto do Relator Ministro Décio Miranda, “julgando improcedente a Representação”.

Também em 1980 foi reconhecido pelo Ministério do Trabalho o Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo – SINFITO/SP, e logo após outros Sindicatos da categoria conquistaram também a Carta Sindical, como foi o caso do SINFITO/RJ. No mesmo ano foi criado o Projeto de Lei n. 2726/80, de autoria do deputado federal Salvador Julianelli que “pretendia mudar todas as regras de convivência entre os profissionais de saúde, submetendo-os todos à tutela do médico” (Galvão,1999). Segundo o texto do projeto, a fisioterapia seria fracionada em várias outras novas ocupações que seriam criadas, “numa expressa intenção de impedir no futuro qualquer alteração daquele *status quo*” (Galvão, 1999).

O Projeto foi descoberto pelo COFFITO e levado ao conhecimento dos demais Conselhos Profissionais da área de saúde. A partir daí, houve várias reuniões, segundo relatos da Dra. Sônia Gusman, inclusive uma na própria casa do Deputado Julianelli com a participação dos presidentes dos Conselhos, à exceção, é claro, do Conselho Federal de Medicina. Após intensa pressão e atos públicos, o próprio deputado recuou e solicitou o arquivamento do projeto.

A década de 90 se caracterizou principalmente por uma série de resoluções importantes emanadas do COFFITO, legislações oriundas dos governos federal e estaduais, em especial do Ministério da Saúde com relação à fisioterapia. Esta quantidade de resoluções, portarias e decretos vinham consolidando o campo assistencial da fisioterapia cada vez mais, e em verdade, reconhecendo legalmente, o que o fisioterapeuta já fazia, na prática, há anos atrás.

Ideologicamente, a fisioterapia buscava cada vez mais seu afastamento do chamado processo de reabilitação, caminhando em direção ao campo da saúde em toda sua plenitude. Estar limitado à reabilitação representava uma volta à década de 50, quando o profissional era formado para auxiliar o médico neste mesmo processo de reabilitação.

Com menos problemas na esfera legal, com sua autonomia e atuação legitimada pelo poderes judiciário, executivo e legislativo o fisioterapeuta se permite ocupar-se dos problemas da população, dedicando-se inclusive a questões no campo da educação e



promoção de saúde, atuando em postos de saúde em diversos municípios, atendendo grupos de pessoas na prevenção de doenças etc.

Esta nova perspectiva era conflitante com a caracterização de “profissional da reabilitação”. Embora ainda a maioria dos profissionais atuasse no nível terciário de atenção em saúde, tratando, recuperando e prevenindo seqüelas, a fisioterapia almejava consolidar sua atuação em todos os níveis de atenção à saúde.

Segundo Carneiro (2000), quando se refere aos fisioterapeutas que atuam nos chamados “Centros de Reabilitação”, esclarece:

“Alguns ainda persistem em denominar de Centro ou Serviço de Medicina Física e Reabilitação desconhecendo que tal terminologia foi, em muito boa hora, extinta quando a Portaria SAS/MS nº 42, de 17 de março de 1994, publicada no D.O .U. nº 54 de 21/03/94, foi retificada pela Portaria nº 81, de 02/05/94, item B - NORMAS ESPECÍFICAS nº 10; quando a expressão Medicina Física e Reabilitação, letra f, que nos aponta ‘**onde se lê: f) Medicina Física e Reabilitação leia-se f) Fisioterapia**’ [grifo nosso]”.

“Desta maneira concitamos aos senhores Fisioterapeutas [...] que caso estejam exercendo suas profissões nos chamados Centros de Medicina e Reabilitação passe a ter conhecimento de que estão participando de uma **distorção perniciosa e deletéria** [grifo nosso] às próprias profissões”.

## Conclusão

O Fisioterapeuta de hoje já não guarda semelhanças com seu nascedouro de “técnico de reabilitação” da década de 50. Esta evolução foi conquistada pela profissão, no campo legal e científico, através da competência e amadurecimento da categoria profissional. O Fisioterapeuta deixou de ser um “profissional da reabilitação” para tornar-se um profissional de saúde, atuante na promoção, desenvolvimento, prevenção, tratamento e recuperação da saúde.

No aspecto referente à autonomia técnica profissional, o fisioterapeuta vem buscando há anos seu aprimoramento científico através de uma nova concepção que inclui a consulta diagnóstica própria, com a competência para solicitar exames complementares e executar exames e testes específicos (ergometria, exame funcional respiratório, biofeedback, dinamometria, eletroneuromiografia etc), realizar encaminhamentos criteriosos a outros profissionais de saúde, quando necessários, e prescrever, ministrar, reavaliar e dar alta nos serviços de fisioterapia. Ainda para fins diagnósticos, de acompanhamento evolutivo e de pesquisa, o fisioterapeuta conta com a recém publicada Classificação Internacional de Funcionalidade, Discapacidade e Saúde – CIF, construída ao longo da última década pela Organização Mundial da Saúde com a participação de fisioterapeutas e diversos profissionais de saúde de diferentes países, que faz parte, junto com a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), da “WHO Family of International Classifications”.

Para além de uma visão anglo-americana do processo de desenvolvimento das profissões é preciso centrar a abordagem na realidade brasileira. A forte presença estatal na sociedade brasileira, tradicionalmente intervencionista, fez com que elementos como associações profissionais, códigos de ética, autonomia, ideal de serviço e corpo específico de conhecimentos se tornassem não mais fatores essenciais ou definidores de uma profissão, mas apenas um entorno estratégico necessário para alcançar a meta do “fechamento social” ou monopólio sobre a atividade.

De acordo com Diniz (2001), é possível entender o desenvolvimento das profissões como uma “variante histórica do processo de estratificação social através do monopólio de oportunidades”, como uma sucessão de regras de exclusão e de reações à exclusão social. Neste sentido é que as diferentes profissões, e não somente na área de saúde, experimentam atritos, divergências e disputas por mercado de trabalho e monopólio de atividades.

O Fisioterapeuta tornou-se um exemplo de êxito de profissionalização recente no campo da saúde. Decisões judiciais de que o Conselho Federal de Medicina normatiza apenas sobre a profissão médica e não sobre o campo da saúde, a decisão do Supremo Tribunal Federal que garantiu o monopólio e privatividade da atuação do fisioterapeuta, e a

aprovação das novas diretrizes curriculares para a graduação em fisioterapia, são exemplos de organização e de uma boa relação da categoria profissional com o poder do Estado.

As diferentes estratégias de consolidação das profissões trouxeram uma tendência de equilíbrio entre as profissões da saúde, mas não sem resistências, principalmente por parte da medicina. A acupuntura em tramitação no Senado, disponível para todos os profissionais de saúde de nível superior, a resolução do Conselho Federal de Enfermagem instruindo aos enfermeiros de nível superior que sejam chamados de “Doutor” – a exemplo de outros Conselhos, as novas diretrizes curriculares de graduação das profissões de saúde que institui habilidades e competências básicas idênticas a todos os profissionais de saúde e a isonomia salarial no governo federal, em Estados e municípios são sinais evidentes de que as mudanças estão em curso no campo da saúde.

Aliadas a estas questões são de relevância também neste processo de reestruturação do campo profissional da saúde, a alta complexidade e diversidade dos saberes e procedimentos, o trabalho em equipe multidisciplinar ou transdisciplinar e a presença de consumidores (clientes ou pacientes) de saúde mais exigentes, críticos, ativos, informados e buscando menores custos, mais opções e maior resolutividade.

O enfraquecimento da hegemonia e da autoridade médica tem sido preocupação do Conselho Federal de Medicina e demais organizações médicas, materializando-se em diversas ações jurídicas e intensa pressão política, na tentativa de reaver antigos privilégios e melhores condições de trabalho, pautadas na exclusão ou submissão de outras categorias profissionais, pleiteadas através de resoluções próprias do CFM sem efeito legal sobre outras profissões e através da proposição de diferentes Projetos de Lei na Câmara dos Deputados, como é o caso do atual projeto de lei do Ato Médico.

O Fisioterapeuta, como profissional pleno da área de saúde, não abre mão de seus direitos e responsabilidades profissionais, e deverá ampliar suas áreas de atuação no campo da saúde funcional através da constante capacitação ética, técnico-científica e política, contribuindo decisivamente para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira.

## Referências bibliográficas

ABBOTT, A. *The system of professions na essay on the division of expert labor*. Chicago: The Chicago Press, 1988.

ALVIM, Alvaro. *A Electricidade perante a medicina*. Rio de Janeiro, 1902

BARROS, Alencar. *Physiotherapia, suas bases scientificas e suas aplicações*. 1923

BATALHA, F.M.B (Org.). *O Fisioterapeuta na Saúde da População – Atuação Transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002

BATALHA, F.M.B. *A formação do Fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da Fisioterapia*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. *Decreto-Lei n. 938, de 13 de outubro de 1969*. Diário Oficial da União, out. 1969.

BRASIL. *Representação n. 1.056-2*. Supremo Tribunal Federal. [www.stf.gov.br](http://www.stf.gov.br)

BULCÃO, Lúcia Grando. *Profissão e formação médicas: sobre professores e seus valores*. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.

COE, R. *Sociologia de la medicina*. Madrid: Alianza , 1979.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. *Editorial*. Revista O COFFITO, Brasília, n. 9, p. 3, out. 2000.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 5ª REGIÃO. *Leis e atos normativos das profissões do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional*. Rio Grande do Sul: CREFITO5, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 2ª REGIÃO. *Improcedente a Representação*. Jornal do CREFITO2, ano I, n. 1, 1984

DINIZ, Marli. *Os donos do Saber – Profissões e monopólios profissionais*. Rio de Janeiro: Revan, 2001

DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DURAND, J.C.G. *A serviço da coletividade: crítica à sociologia das profissões*. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 1975.

FACULDADE DE MEDICINA. *Catálogo do Curso Médico – Graduação 1997*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.

FIGUEIRÔA, R.M. *Aspectos da Evolução Histórica do Fisioterapeuta no Brasil em especial no Rio de Janeiro*. Monografia de Pós Graduação Lato sensu em Docência Superior, Rio de Janeiro, 1996.

FOX, Renée C. *The sociology of medicine – a participant observer's view*. New Jersey: Prentice-Hall, 1989.

FREIDSON, Eliot. *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política*. São Paulo: Edusp, 1998.

FREIDSON, Eliot. *Profession of Medicine. A study of the sociology of applied Knowledge*. London: The University of Chicago Press, 1978.

GALVÃO, A.M.F. *Brasil, A Fisioterapia e o Tempo*. Fisiobrasil, n.38, outubro de 2000.

ILLSLEY, Raymond. *Professional or public health ?*. New York: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1980.

LARSON, M.S. *The rise of professionalism: A sociological Analysis*. Los Angeles: University of California Press, 1977.

LATOUR, B. *La science en action*. Paris: La Decouvert, 1989

LEITÃO, A. *Clínica de Reabilitação*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1995

MACHADO, Maria Helena (org.). *Profissões de Saúde: Uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

MACHADO, Maria Helena, REGO, S. *et al. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

McKINLAY, J. B. et STOECKLE, J.D. *Corporatization and the social transformation of doctoring*. International Journal of Health Services, n.18, p. 191-205, 1988

MOORE, W. *The professions: roles and rules*. New York: Russel Sage Foundation, 1970.

NOVAES, R.R.J. *Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil e de suas entidades representativas*. Revista Estudos, Santos, 2000

PEREIRA, A.G. *Physiotherapia*. Tese apresentada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1904

REBELATTO, José Rubens, BOTOMÉ, Silvio Paulo. *Fisioterapia no Brasil*. São Paulo: Manole, 1999.

SAMPAIO, E.M. *Dos agentes Físicos: Fisioterapia*. Recife, 1934

SANCHEZ, E.L. *Histórico da Fisioterapia no Brasil e no Mundo*. Atualização Brasileira de Fisioterapia, ano II, vol.I n. 03, 1984

SANTOS, F.L. *História geral da Medicina Brasileira*. Vol. 1/2. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1991.

STARR, P. *The social transformation of American Medicine*. USA: Basic Books, 1982.

XAVIER, Edmundo. *Progressos recentes da Physiotherapia*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909

WILENSKY, H. L. *The professionalization of everyone?* In: *The Sociology of Organizations: Basic Studies* (O. Grusky & G. Miller, eds.) New York: The Free Press, 1970. p. 483-501.