



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social

Maria Cristina Tommaso de Carvalho

**Escopo de prática da fisioterapia: similaridades, divergências e particularidades da profissão entre os países selecionados**

Rio de Janeiro

2018

Maria Cristina Tommaso de Carvalho

**Escopo de prática da fisioterapia: similaridades, divergências e particularidades da profissão entre os países selecionados**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Prof.<sup>a</sup> Dra. Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

C313 Carvalho, Maria Cristina Tommaso de  
Escopo de prática da fisioterapia : similaridades, divergências e particularidades da profissão entre os países selecionados / Maria Cristina Tommaso de Carvalho. – 2018.  
252 f.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Fisioterapia - Teses. 2. Fisioterapia – Estudo e ensino - Teses. 3. Formação profissional – Teses. I. Pierantoni, Célia Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 615.8:37

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Maria Cristina Tommaso de Carvalho

**Escopo de pratica da fisioterapia: similaridades, divergências e particularidades da profissão entre os países selecionados**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 30 de novembro de 2017.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Celia Regina Pierantoni

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Silveira Ney

Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira

Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Marcos Guimarães de Souza Cunha

Centro Universitário de Volta Redonda

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Lígia de Oliveira Barbosa

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

## DEDICATÓRIA

O exercício profissional me fez assistir a episódios de profundo sofrimento físico e moral, mas também me permitiu assistir a manifestações revolucionárias de superação e de amor incondicional. Dedico este trabalho àqueles que desejem pensar sobre a fisioterapia e seu sentido como profissão transformadora.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Tommaso e Cidinha, que me deram o chão firme onde pude pisar e seguir na direção dos meus sonhos. Agradeço aos meus filhos, Paula e Gustavo, que dão sentido ao meu caminhar. Agradeço aos meus irmãos, Denise, Alexandre e Renato, que me dão a tranquilidade de saber que não estou só. Agradeço aos meus amigos, Hilda Falcão, que torce por mim e está sempre lá e à minha grande e verdadeira amiga, Cida Arbex Francis, que conjuga o verbo amar diariamente em seus gestos acolhedores.

Agradeço ao destino porque me permitiu encontrar as pessoas que me apontaram para onde e como eu deveria fazer para alcançar meus objetivos: Prof.<sup>a</sup> Heloísa Leite do COPPEAD – UFRJ que me orientou a escrever meu primeiro texto sobre a fisioterapia e me apresentou à Prof.<sup>a</sup> Maria Lígia de Oliveira Barbosa do IFCS-UFRJ, minha orientadora de mestrado em sociologia e que me ensinou a olhar através da lente sociológica e compreender melhor as coisas do mundo e das profissões. Agradeço ao Prof. Marcos Guimarães de Souza Cunha, colega de profissão, de trabalho e de expectativas, pela presteza em atender ao convite de apreciar este estudo. Ao Prof. Luis Antonio de Castro Santos e à Prof.<sup>a</sup> Tânia França que me acolheram, me ensinaram e me conduziram à minha querida orientadora deste estudo Prof.<sup>a</sup> Célia Regina Pierantoni, do IMS/UERJ que me ensinou, entre tantas coisas, a pensar criticamente sobre minha profissão. Ao Prof. Cid Manso de Mello Vianna e à Prof.<sup>a</sup> Márcia Ney pela leitura atenciosa de todo o texto, à Valéria Mattos pelo carinho com que me atendeu ao longo dos últimos anos. Agradeço à Prof.<sup>a</sup> Lucia Barbosa de Oliveira e à Prof.<sup>a</sup> Elaine Teixeira Rabello pela presteza em atender ao convite de serem suplentes.

Agradeço, especialmente, ao presidente da Fundação Oswaldo Aranha, Sr. Dauro Peixoto Aragão pela imensa bondade em me licenciar para realizar as atividades do programa de doutorado do IMS, ao Pró-Reitor Acadêmico do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, Professor Carlos José Pacheco e à Reitora do UniFOA, Professora Claudia Yamada Utagawa pelo apoio ao longo deste percurso.

Agradeço ao destino por me permitir concluir este estudo e continuar por aqui ainda um pouco mais.

Escolhe um trabalho de que gostes, e não terás que trabalhar  
nem um dia em tua vida.

*Confúcio*

## RESUMO

CARVALHO, Maria Cristina Tommaso de. *Escopo de prática de fisioterapia: similaridades, divergências e particularidades da profissão entre países selecionados*. 2017. 252f. Tese. Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Este estudo teve como principal objetivo identificar as similaridades, as divergências e as particularidades da profissão de fisioterapia nos países selecionados. Foram selecionados os países Reino Unido, o Canadá e a Austrália por apresentarem projetos profissionais da fisioterapia mais avançados. Uma profissão apresenta fatores constituintes que são teorizados pela sociologia como o processo de profissionalização, as formas de ingresso e de permanência no grupo profissional e o controle do exercício profissional, todos caracterizam o grau de autonomia da profissão. O avanço tecnológico, as transições demográficas e epidemiológicas reconfiguram o cenário da saúde exigindo resposta dos sistemas de saúde e dos profissionais da assistência em saúde. Neste contexto, as diferentes respostas dos países estudados foram tratadas e comparadas neste estudo. Foi possível observar que os diferentes contextos histórico sociais, geográficos e culturais não foram determinantes para uma configuração divergente da fisioterapia. Ao contrário, as similaridades são bastante significativas, com pequenas dissonâncias no ritmo da implantação das mudanças ocorridas ora em um país, ora em outro. Conclui-se que deverá haver determinantes globais de transformação que se refletem no desenho social de uma profissão, neste caso, da fisioterapia, assim como deverá haver uma transformação profissional no sentido de desenvolver o pensamento crítico sobre seu futuro e seu papel na sociedade.

Palavras-chave: Profissão. Fisioterapia. Escopo de Prática.



## ABSTRACT

CARVALHO, Maria Cristina Tommaso de. *Scope of Practice of Physiotherapy: similarities, divergencies and particularities of profession in selected countries*. 2017. 252 f. Tese. Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The aim objective of study is to identify similarities, differences and particularities of physiotherapy profession among selected countries: United Kingdom, Canada, Australia and Brazil. Countries were selected for presenting more advanced professional projects. Profession constitution is theorized by Sociology as a professionalization process product, the means of entrance and permanency inside the professional group and professional control and regulation are features of profession autonomy. Technological advances as demographical and epidemiological transitions reconfigure global health scenario and require answer from health system e health professionals. In this context different answers in different countries were analyzed and compared. It was verified that different historical and social as much as cultural and geographic contexts were not very determinant for diverse physiotherapy configuration in selected countries. Conversely, similarities were very significant and little rhythm dissonance in the changes implementation. Conclusion is, that there must be a global determinants of transformation that reflect on social profession design as well as there must be a kind of profession transformation in the way to develop critical thinking about its future and its role in society.

Keyword: Profession. Physiotherapy. Scope of Practice.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Principais características e consequências das mudanças sec. 21....	40
Quadro 2 - Série histórica do sistema de saúde britânico.....	59
Quadro 3 - Série histórica do sistema de saúde canadense.....	62
Figura 1 - Distribuição do financiamento em saúde por setor e por natureza.....	65
Quadro 4 - Série histórica do sistema de saúde australiano.....	69
Quadro 5 - Série histórica do sistema de saúde brasileiro.....	76
Quadro 6 - Sistemas de Saúde dos países selecionados.....	83
Figura 2 - Uniforme da Corporação de Massagem Militar de Almeric Paget.....	88
Quadro 7 - Série histórica da profissionalização da fisioterapia britânica.....	91
Quadro 8 - Série histórica da profissionalização da fisioterapia canadense.....	94
Figura 3 - Crianças realizando exercícios terapêuticos posturais.....	96
Quadro 9 - Série histórica da profissionalização da fisioterapia australiana.....	99
Quadro10 - Série histórica da profissionalização da fisioterapia brasileira.....	110
Quadro 11 - Formação e controle profissional da fisioterapia nos países.....	131
Quadro 12 - Especializações na formação em fisioterapia nos países.....	142
Quadro 13 - Escopo de prática dos fisioterapeutas nos países.....	166
Quadro 14 - Etapas processo de profissionalização da fisioterapia nos países...	173
Figura 4 - Educação em fisioterapia em 1980.....	174
Quadro 15 - Termos categorizados .....	184
Figura 5 - Bandeira do Reino Unido.....	217
Figura 6 - Mapa geográfico do Reino Unido.....	218
Quadro 16 - Série histórica da formação do Reino Unido.....	222
Figura 7 - Mapa geográfico do Canadá.....	223
Figura 8 - Mapa geográfico do Canadá.....	224
Quadro 17 - Série histórica da formação da nação canadense.....	229
Figura 9 - Bandeira australiana.....	230
Figura 10 - Mapa da Austrália.....	231
Quadro 18 - Série histórica da formação da nação australiana.....	234
Figura 11 - Bandeira brasileira.....	236
Figura 12 - Mapa do Brasil.....	236
Quadro 19 - Série histórica da formação da nação brasileira.....	246

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	<i>Australian Bureau of Statistics</i>
ACCPAP	<i>Alliance &amp; Accreditation Council of Canadian Physiotherapy Academic Programs</i>
AHPRA	<i>Australian Health Practitioner Regulating Agency</i>
AIHW	<i>Australian Institute of Health and Welfare</i>
AIS	<i>Ações Integradas de Saúde</i>
AMA	<i>Australian Massage Association</i>
APMMC	<i>Military Massage Service by Army Council Instruction</i>
APP	<i>Advanced Practice Physiotherapists</i>
APTA	<i>American Physical Therapy Association</i>
AQF	<i>Australian Qualifications Framework</i>
AUCC	<i>Association of Universities and Colleges of Canada</i>
BNF	<i>British National Formulary</i>
CAEs	<i>Colleges Advanced Education</i>
CAP	<i>Caixas de Aposentadorias e Pensões</i>
CAPR	<i>Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators</i>
CCPUP	<i>Canadian Council of Physiotherapy University Programs</i>
CES	<i>Conselho Estadual de Saúde</i>
CIB	<i>Comissão Intergestores Bipartite</i>
CIT	<i>Comissão Intergestores Tripartite</i>
CMS	<i>Conselho Municipal de Saúde</i>
Conasp	<i>Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária</i>
CPA	<i>Canadian Physiotherapy Association</i>
CPD	<i>Continuing Professional Development</i>
CPSM	<i>Council for the Professions Supplementary to Medicine</i>
CSP	<i>Chartered Society of Physiotherapy</i>
CST	<i>Chartered Society of Physiotherapy</i>
CUPAC	<i>Canadian University Physiotherapy Academic Council</i>
Deneru	<i>Departamento Nacional de Endemias Rurais</i>

DET	<i>Department of Education and Training</i>
DHM	<i>Department of Health and Medicines</i>
DHM	<i>Department of Health and the Medicines</i>
DPT	<i>Doctor of Physical Therapy</i>
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GCSE	<i>General Certificate of Secondary Education</i>
HCPC	<i>Health and Care Professions Council</i>
HCSIC	<i>Health and Care Social Information Centre</i>
HPC	<i>Health Professionals Council</i>
HPRA	<i>Healthcare Products Regulatory Agency</i>
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSA	<i>Infectious Diseases Supervision Act</i>
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA	Imposto sobre Veículos Automotores
MHRA	<i>Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency</i>
NACEP	<i>National Association for Clinical Education in Physiotherapy</i>
NMP	<i>Non-Medical Prescription</i>
NPAA	<i>National Physiotherapist Assistant Assembly</i>
NRAS	<i>National Registration and Accreditation Scheme</i>
NSW	<i>New South Wales</i>
OPPQ	<i>Ordre Professionel de La Physiothérapie du Québec</i>
PBA	<i>Physiotherapy Board of Australia</i>
PCE	<i>Physiotherapy Competency Examination</i>
PEAC	<i>Physiotherapy Education Accreditation Canada</i>
PHA	<i>Public Health Act</i>
PNUD	Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento
POMs	<i>Prescription only medicines</i>

PRB	<i>Physiotherapists Registration Board</i>
PRT	<i>Physical Readaptation Therapist</i>
PT	<i>Physiotherapist</i>
PTA	<i>Physical Therapist Assistant</i>
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIMPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
STM	<i>Society of Trained Masseusses</i>
Sucam	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TUC	<i>Trades Union Congress</i>

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
1.1	<b>Agrupamentos profissionais: contenção, controle e proteção .</b>	<b>19</b>
1.2	<b>As profissões: uma concepção sociológica.....</b>	<b>23</b>
1.3	<b>O processo de profissionalização.....</b>	<b>27</b>
1.4	<b>Centralidade do trabalho e tempos de incertezas.....</b>	<b>29</b>
1.5	<b>Os desafios do mundo do trabalho no século 21 .....</b>	<b>32</b>
1.6	<b>As profissões e o perfil profissional no século 21.....</b>	<b>37</b>
1.7	<b>Escopos de prática das profissões de saúde.....</b>	<b>41</b>
1.8	<b>O caso da Fisioterapia.....</b>	<b>45</b>
1.8.1	<b>As mudanças de escopo de prática: o caso da fisioterapia .....</b>	<b>50</b>
<b>2</b>	<b>OS SISTEMAS DE SAÚDE DOS PAÍSES SELECIONADOS.....</b>	<b>54</b>
2.1	<b>Reino Unido.....</b>	<b>54</b>
2.1.1	<u>Histórico do sistema de saúde britânico.....</u>	<b>56</b>
2.2	<b>Canadá.....</b>	<b>59</b>
2.2.1	<u>Histórico do sistema de saúde canadense.....</u>	<b>61</b>
2.3	<b>Austrália.....</b>	<b>63</b>
2.3.1	<u>Histórico do sistema de saúde australiano.....</u>	<b>67</b>
2.4	<b>Brasil.....</b>	<b>69</b>
2.4.1	<u>Histórico do sistema de saúde brasileiro.....</u>	<b>72</b>
<b>3</b>	<b>A FISIOTERAPIA.....</b>	<b>84</b>
3.1	<b>Processos de Profissionalização da Fisioterapia.....</b>	<b>85</b>
3.1.1	<u>Reino Unido.....</u>	<b>88</b>
3.1.2	<u>Canadá.....</u>	<b>92</b>
3.1.3	<u>Austrália.....</u>	<b>95</b>
3.1.4	<u>Brasil.....</u>	<b>99</b>
3.2	<b>Formação e controle profissional.....</b>	<b>111</b>
3.2.1	<u>Reino Unido.....</u>	<b>113</b>
3.2.2	<u>Canadá.....</u>	<b>117</b>
3.2.3	<u>Austrália.....</u>	<b>121</b>
3.2.4	<u>Brasil.....</u>	<b>125</b>

3.3	<b>Especialidades, ocupações supervisionadas e profissões relacionadas.....</b>	131
3.3.1	<u>Reino Unido</u> .....	132
3.3.2	<u>Canadá</u> .....	133
3.3.3	<u>Austrália</u> .....	136
3.3.4	<u>Brasil</u> .....	138
3.4	<b>Escopo de Prática da Fisioterapia.....</b>	144
3.4.1	<u>Reino Unido</u> .....	149
3.4.2	<u>Canadá</u> .....	152
3.4.3	<u>Austrália</u> .....	158
3.4.4	<u>Brasil</u> .....	160
4	<b>SIMILARIDADES, DIVERGÊNCIAS E PARTICULARIDADES ENTRE REINO UNIDO, CANADÁ, AUSTRÁLIA E BRASIL.....</b>	168
4.1	<b>Quanto aos aspectos históricos e socioeconômicos.....</b>	168
4.2	<b>Quanto aos sistemas de saúde.....</b>	170
4.3	<b>Quanto ao processo de profissionalização.....</b>	172
4.4	<b>Quanto à formação e ao controle profissional.....</b>	175
4.5	<b>Quanto às especializações.....</b>	177
4.6	<b>Quanto ao escopo de prática e às práticas avançadas.....</b>	178
4.7	<b>Algumas percepções acerca do escopo de prática da fisioterapia nos países estudados.....</b>	181
	<b>CONCLUSÃO.....</b>	187
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	195
	<b>APÊNDICE A - Aspectos históricos e socioeconômicos dos países selecionados.....</b>	217
	<b>APÊNDICE B - Quadro 1 Indicadores socioeconômicos dos países selecionados.....</b>	247
	<b>ANEXO A - Quadro 1- Matriz curricular de curso de graduação em Fisioterapia no Reino Unido 2016.....</b>	248
	<b>ANEXO B - Quadro 1 Matriz curricular da graduação em Fisioterapia no Canadá – 2009.....</b>	249

<b>ANEXO C - Quadro 1 Matriz Curricular do Curso de Graduação em Fisioterapia na Universidade de São Paulo – 2017.....</b>	<b>251</b>
--	------------



## INTRODUÇÃO

Quase quarenta anos de envolvimento com a profissão de fisioterapeuta e com a formação em fisioterapia levaram-me a perceber que uma profissão é também a identidade e a distinção individual e coletiva. A solidariedade aproxima os profissionais porque aflora seus sentimentos de pertencimento e promove ações de interesse mútuo e compreender a fisioterapia tornou-se uma necessidade e um desafio que culminaram neste estudo.

A experiência e as observações permitiram perceber semelhanças, divergências e particularidades no escopo de prática da fisioterapia no Brasil e em outros países. As semelhanças na origem e na profissionalização, as divergências no controle profissional e as particularidades na expansão do escopo de prática instigaram esta pesquisa.

Países como o Reino Unido, o Canadá e a Austrália desenvolvem projetos profissionais bastante avançados quanto ao escopo de prática, mas nem tanto quanto à autonomia profissional, enquanto no Brasil, embora amparados legalmente, o escopo de prática e a autonomia do fisioterapeuta nem sempre se evidenciam efetivamente ou estão socialmente legitimados.

A expansão do ensino superior superproduziu profissionais com consequências para o mercado de trabalho. Paradoxalmente, fenômenos como a precarização e o subemprego tornaram a profissão, por um lado menos interessante para jovens em fase de escolha de carreira profissional, mas por outro, fomentou as especializações e a pressão da categoria no sentido de conquistar novos escopos de prática.

Ainda que, no Brasil, a absorção pelo mercado de trabalho dos fisioterapeutas egressos das instituições de ensino tenha sido insuficiente, assim como na Austrália, por exemplo, onde a produção de fisioterapeutas por meio de cursos semipresenciais (on-line e presencial) com duração de dois anos tem gerado um contingente de fisioterapeutas que não conseguem emprego, as demandas epidemiológicas apontam para um futuro promissor. O envelhecimento populacional, as doenças crônico-degenerativas, as doenças relacionadas ao trabalho, assim como a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, aumentam a perspectiva de inserção deste profissional.

Estas e outras condições profissionais levaram ao interesse de aprofundar o conhecimento acerca da origem e da profissionalização da fisioterapia, ou seja, como se formam os fisioterapeutas e como é regulada nos países nos quais a fisioterapia se destaca, como no caso do Reino Unido, do Canadá e da Austrália em comparação com o Brasil. Pretendeu-se analisar comparativamente os países Reino Unido, Canadá, Austrália e Brasil quanto aos seus sistemas de saúde e aos processos da formação e do controle profissional da fisioterapia, mas principalmente, analisar os escopos de prática da fisioterapia nos países selecionados.

Tal análise dividiu-se em etapas, sendo a primeira a de conhecer a origem e os aspectos históricos, econômicos e sociais da formação das nações selecionadas a fim de se identificar algumas possíveis razões que expliquem a dinâmica e o desenho social da fisioterapia em cada um deles (ANEXO 1) e resumo (ANEXO 2).

Na Parte I descreveu-se a mediação teórica que fundamentou este estudo e que percorre o caminho da construção do conhecimento acerca dos grupos profissionais, da sociologia das profissões, dos aspectos e dos desafios do mundo contemporâneo para os profissionais de saúde e, em particular, para a fisioterapia.

À etapa seguinte deste estudo, a Parte II, foi dedicada a análise dos sistemas de saúde dos países selecionados, sua formação e sua estrutura cujas condições espelham a percepção social de saúde e doença de cada país, bem como sua relação com os profissionais de saúde. Conhecer o processo de desenvolvimento dos sistemas de saúde é fator fundamental para a inserção dos fisioterapeutas na equipe de profissionais de saúde e no mercado de trabalho.

Na Parte III buscou-se identificar os processos de profissionalização da fisioterapia à luz da sociologia das profissões, analisar as relações entre as informações quantitativas acerca da profissão quanto ao contingente de profissionais no país, ao número de escolas formadoras, bem como as formas de controle sobre a produção dos profissionais, sobre o exercício da profissão e os limites do campo de atuação e das profissões relacionadas, por fim, identificar as práticas avançadas conquistadas ou em andamento. Assim, sob a luz de tais conhecimentos foi realizado estudo e análise da profissão quanto ao processo de profissionalização, à formação dos profissionais, ao controle profissional e ao escopo de prática dos fisioterapeutas nos países estudados

Assim foram objetivos deste estudo quanto aos países estudados: identificar suas características históricas e socioeconômicas; compreender seus sistemas de saúde; Identificar o processo de profissionalização da fisioterapia, o que fazem e qual o escopo de prática, como se formam e como se regula a formação, como se regula o exercício da profissão, qual o contingente de profissionais e suas especialidades e as profissões afins (técnicos, assistentes e outros). Após a análise dos dados, descreveram-se as principais similaridades, divergências e particularidades entre os países estudados.

Este estudo se deu por meio de busca eletrônica e análise da literatura nacional e internacional acerca da profissão de fisioterapia no Reino Unido, no Canadá, na Austrália e Brasil. Os três primeiros países foram os selecionados para a pesquisa por vários fatores filtrados na seguinte ordem (critérios de inclusão): por apresentarem as propostas mais inovadoras de expansão do exercício da profissão; por serem os países que mais se destacaram nos últimos Congressos da Confederação Mundial de Fisioterapia e por estarem entre os trinta colocados no ranking das melhores instituições de ensino superior do mundo.

Metodologicamente o estudo classifica-se como natureza descritiva e objetivo exploratório de corte transversal e de finalidade básica cuja forma de abordagem será quali quantitativo realizado por meio de revisão de literatura nacional e internacional e de análise documental. O acesso digital aos dados de pesquisa permitiu uma revisão sistemática dos assuntos estudados.

Foram pesquisados artigos indexados e livros sob busca dos descritores: fisioterapia; profissionalização; história; formação; educação superior; especialização; controle; escopo de prática. Não houve exclusão por período de publicação quanto aos descritores profissionalização e história. Quanto aos demais descritores foram incluídos artigos dos últimos sete anos. Os livros foram selecionados a partir dos temas e do reconhecimento da autoridade intelectual e da contribuição científica dos autores. Grande parte da pesquisa se deu por meio de busca eletrônica aos sites de organizações governamentais, institutos oficiais e de associações registradas. Foram selecionados dados e indicadores nos documentos pesquisados de todos os países estudados e compilados em quadros de elaboração própria.

Dentre as limitações encontradas estiveram: as divergências de dados referentes ao mesmo período oriundos de diferentes fontes; os dados ou

informações oriundas de texto de publicidade não apresentaram a precisão desejada para coleta de informações acerca do processo histórico da profissionalização da fisioterapia; em alguns casos os períodos das informações disponíveis não foram os mesmos para todos os dados. Em outros casos optou-se pelos dados mais recentes de cada país, em outros ainda, pelos dados do mesmo período. No primeiro caso, quando o objetivo era o de analisar as mudanças mais recentes e no segundo quando o objetivo era o de comparar um fenômeno entre os países estudados.

O estudo foi organizado por ordem decrescente de abrangência dos fenômenos analisados acerca da profissão de fisioterapia: história geral da formação da nação, história do sistema de saúde, história da profissionalização da profissão de fisioterapia, a formação profissional, o controle do exercício profissional e o escopo de prática da profissão. A cada fenômeno estudado criou-se um quadro comparativo entre os países que facilitasse a visualização das semelhanças, das diferenças e das particularidades entre eles.

O trabalho extenso e sistemático de pesquisa por mais de três anos está exposto no texto a seguir, cuja satisfação está na conclusão de que, embora profissão jovem, com média de 50 anos, se comparada às profissões imperiais nos países-colônia, a fisioterapia não só conquistou legitimidade e reconhecimento no campo da saúde e nas sociedades, mas principalmente abarca atualmente um escopo de prática ao mesmo tempo aparentemente restrito porque trata do corpo e de seus movimentos, mas ilimitado porque utiliza todo e qualquer recurso terapêutico desde os agentes físicos, como eletricidade, frio ou calor, pressão ou tração, ao uso das mãos e do toque, que, sendo acolhedor e reconfortante, terá alcançado este que é o maior e o mais sublime objetivo da profissão em qualquer lugar do mundo.

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 Agrupamentos profissionais: contenção, controle e proteção

As paixões humanas só se detêm diante de uma força moral que elas respeitam. (...) A única personalidade moral que está acima das personalidades individuais é a formada pela coletividade. Árbitro naturalmente designado para resolver os interesses em conflito e atribuir a cada um os limites que convêm.

(DURKHEIM, 2004, VII)

A condição humana de socialização já fora descrita por filósofos, biólogos e sociólogos e demais pensadores desde a Antiguidade. Aristóteles escreveu que o homem é por natureza um animal social assim como a cidade é uma criação natural e, portanto a política é a função humana na sua potência mais elevada.

Vemos que toda cidade é uma espécie de comunidade, e toda ela se forma com vistas a algum bem, pois todas as ações de todos os homens são praticadas com vistas ao que lhes parece um bem; se todas as comunidades visam a isso, é evidente que a mais importante de todas elas e que inclui todas as outras tem, mais que todas, este objetivo, e visa ao mais importante de todos os bens; ela se chama cidade e é a comunidade política. (Aristóteles, Política, 1252a).

A biologia mostra como os homens são interdependentes desde o nascimento sendo a associação uma estratégia natural de sobrevivência (MAYR, 1998, p. 72). As formas de associação e os modelos de sociedade foram analisados por muitos estudiosos. Pëtr Kropotkin (1902, p.6), geógrafo russo, identificou em suas observações que, no mundo animal, havia uma vasta maioria de espécies vivendo em sociedade, e que pareciam ter encontrado na associação as melhores armas para a luta pela sobrevivência contra todas as condições desfavoráveis à espécie.

Para Tocqueville (2002, p.84) na América, não existem apenas conselhos municipais, mas eles são mantidos e apoiados pelo espírito público. Entre 1860 e 1870 o autor examinou a história americana e descreveu a necessidade de equilibrar os interesses individuais e os coletivos seria a base da democracia na qual a igualdade e a liberdade são princípios fundamentais. Segundo o autor, o Estado democrático, é o único modo possível de desenvolver a associação do interesse privado ao interesse público, por meio da criação das várias associações, da

circulação de ideias e do debate, da participação nos órgãos administrativos e de ações cooperativas.

OLSON (1999, p. 13), ao discutir a lógica das ações coletivas, argumenta que deva haver uma escolha racional dos indivíduos ao se associarem com objetivo de maximizar ganhos e/ou reduzir perdas e que são as motivações, os contextos sociais, históricos e culturais que os levam a participar ou não de um algum tipo de associativismo civil.

O sociólogo francês Emile Durkheim (1858-1917) no prefácio à segunda edição de *Da Divisão do Trabalho Social* (2004) faz algumas observações sobre os agrupamentos profissionais. Ele afirma que a vida humana está imersa no meio produtivo ou do trabalho menos marcado pela moralidade do que o meio das famílias, e que faz com que os indivíduos tenham parte de sua existência fora de qualquer ação moral. Para o sociólogo a coesão e a regularidade são necessárias para garantir a ordem e a paz, e uma regulamentação moral ou jurídica exprime as necessidades sociais que só a sociedade pode conhecer e que repousa num estado de opinião, sendo toda opinião o produto de uma elaboração coletiva.

O autor percebe os grupos profissionais como únicos verdadeiramente geradores da coesão social. Ele afirma que para que haja um sistema de regras capaz de combater a anomia da vida econômica, nem a sociedade nem o Estado podem incumbir-se dessa função. Sendo a vida econômica muito especial e muito especializada, só as atividades profissionais podem ser regulamentadas eficazmente por um grupo próximo o bastante para conhecer seus fundamentos, seu funcionamento e suas necessidades.

A vida social, portanto, deve ser reconhecida como meio de crescimento e de perpetuação dos grupos sociais, neste sentido, os agrupamentos profissionais buscam, por meio da associação nas suas várias formas e características, reunir interesses, somar forças e influências, gerar mecanismos de proteção e de controle. Entretanto, ainda que historicamente os agrupamentos profissionais, desde suas origens conhecidas, se expandam e se retraiam de acordo com as conjunturas socioeconômicas, permanecem avançando na conquista de força o suficiente para definir políticas públicas, determinar comportamentos e estabelecer direitos e deveres.

O papel a que os agrupamentos profissionais estão destinados merecem um estudo especial pela sua urgência e pelo seu alcance, escreveu Durkheim (2008) no

prefácio à segunda edição. Uma organização corporativa parece ter sua importância não apenas em seus serviços econômicos, mas na sua influência moral, e o que se vê nos grupos profissionais é um poder moral capaz de conter os interesses pessoais em prol dos coletivos. Não se trata de negar que a conquista e a manutenção de privilégios e seus monopólios sejam motivações iniciais, temporárias ou simultâneas às corporações profissionais, mas seguramente, não se trata também das razões que as fazem perpetuar. A corporação une por vínculos estreitos as pessoas do mesmo ofício, mas as pessoas se associam pelo prazer de viver juntas. Uma corporação é, então, formada pela força de atração existente entre pessoas que tem ideias, interesses, sentimentos e ocupações em comum.

Ainda segundo Durkheim (2004) as corporações existem desde que as profissões existem, e se após desaparecerem e ressurgirem por séculos “desde as origens das cidades até o apogeu do Império, desde o alvorecer das sociedades cristãs até os tempos modernos, é porque correspondem às necessidades duradouras e profundas e se não foram conhecidas na Grécia até a conquista romana é porque “os ofícios, sendo desprezados, eram exercidos exclusivamente pelos estrangeiros e por isso mesmo, achavam-se excluídos da organização legal das cidades”.

Em Roma as corporações existiam desde os tempos da república e sua criação está atribuída ao rei Numa Pompílio (753-673 a.C.) que se dedicou à elaboração das primeiras leis de Roma e aos primeiros ofícios religiosos da cidade. Negligenciadas pelos historiadores, as corporações de ofício desempenharam algum papel considerável na época de Cícero, quando “todas as classes de trabalhadores pareceram possuídas pelo desejo de multiplicar as associações profissionais”. (DURKHEIM, 2004, XXVII)

As primeiras corporações profissionais surgiram na Idade Média para regulamentar as diversas atividades. A partir do século XII, os artífices reuniam-se em organizações que pretendiam tratar do conhecimento de determinadas atividades – as corporações de ofício. Tais associações agrupavam indivíduos com objetivos religiosos, econômicos ou político-sociais respectivamente quando ocorria o culto ao santo considerado patrono e os profissionais envolvidos eram encorajados à prática da caridade entre seus membros quando procuravam garantir o monopólio de determinadas atividades ou quando a plebe artesã se defendia dos mercadores mais poderosos.

Estas associações se deslocavam entre as cidades e reuniam indivíduos que desempenhavam as mesmas atividades na sociedade. Estabeleciam os preços, a qualidade e a quantidade dos produtos gerados pelas pessoas que exerciam um mesmo ofício, principalmente para produtos de primeira necessidade como o pão, o vinho, a cerveja ou os cereais.

As corporações de ofício eram ainda ambientes de aprendizado do ofício e de estabelecimento de uma hierarquia do trabalho. A própria organização interna das corporações de ofício era baseada em uma rígida hierarquia, composta por mestres, oficiais e aprendizes. Ao pleitear a inclusão em uma corporação de ofício a entrada se dava na categoria de aprendiz sem salário por suas atividades em troca de moradia e alimentação e só após doze meses poderia ocorrer a promoção para a condição de oficial. Após determinado período exercendo o ofício seria possível chegar à condição de mestre se aprovado e mediante pagamento de uma taxa. No final da Idade Média, alcançar o posto de mestre tornou-se mais difícil na medida em que havia mais interessados de forma que os membros mais ricos passaram a ter o domínio sobre as corporações e a ascensão ao posto ficou praticamente restrito aos seus familiares, proprietários das oficinas, das ferramentas, das matérias-primas e do conhecimento. Embora houvesse concorrência, nas atividades das corporações de ofício não ocorria sobreposição de ofícios e cada organização cuidava e desenvolvia apenas suas atividades típicas.

Para Durkheim (2002) as corporações profissionais atuavam como principal fonte da coesão social, como as instituições que dariam origem a uma nova ordem moral da sociedade e que constituiriam um sistema de regras com autoridade consagrada que “daria conta da vida econômica por ser muito especial e por se especializar cada dia mais”. Para o sociólogo os participantes de uma mesma atividade buscariam se organizar segundo regulamentos profissionais, onde direitos e deveres estariam delimitados e impediriam os egoísmos individuais, os abusos de poder dos mais fortes e resguardariam o sentimento de solidariedade social.

A industrialização e os avanços tecnológicos produziram novas profissões que se tornaram objeto de estudo a partir da década de 70, inicialmente por Wilbert Moore e Wilensky (1970) seguidos por Elliott Freidson (1978) e Magali Larson (1977). MOORE (1970) tentou definir o campo da sociologia das profissões a partir de um modelo paradigmático elegendo uma escala de atributos tais como atividade de tempo integral e exclusivo, noção de coletividade e de vocação e algum tipo de



organização de interesses mútuos e distintos de outras categorias. O aprofundamento da observação e da teorização acerca das profissões gerou um novo campo sociológico que atualmente renova-se na discussão dos avanços dos escopos de prática.

## 1.2 As profissões: uma concepção sociológica

As profissões dominam nosso mundo, tratam nossos corpos, medem nosso desempenho, salvam nossas almas. (ABBOTT, 1987)

O período pós-industrial caracteriza-se pela redução do trabalho industrial e pelo aumento do trabalho tecnocrático, com o aumento do trabalho de escritório, vendas e serviços, além da expansão do trabalho altamente especializado e dos ofícios complexos que requerem educação superior, chamado de tecnocracia. Desta forma o conhecimento se institucionaliza como *expertise*.

Abbott (1987) refere-se aos profissionais como um crescente segmento da força de trabalho que caracteriza a sociedade futura. Para o autor os trabalhadores da sociedade pós-industrial são tão produtivos quanto os operários fabris, entretanto são educados por longos períodos de treinamento e cercados por uma mística chamada de esoterismo em torno da complexidade das tarefas que executam. Estes trabalhadores diferenciam-se dos trabalhadores das indústrias em virtude da organização ocupacional fundada na socialização profissional e não apenas na socialização do emprego que ocupam como no caso do sindicalismo.

O autor discute o lugar e a posição do profissional na sociedade e define suas características e seus atributos básicos. Para ele a profissionalização caracteriza-se pelo longo período de educação formal ou institucional, pelo conhecimento especial, abstrato e teórico e pela competência especial através do exercício de tarefas com discernimento complexo. Estas características dariam aos profissionais a capacidade de controlar os termos, as condições e o conteúdo de seu trabalho nos locais onde o realizam.

Entretanto foi Moore (1970) o primeiro a sistematizar um estudo acerca das ocupações profissionais afirmando que a educação formal serve de base para a maioria das ocupações nas sociedades modernas exigindo um currículo mínimo cujo

conteúdo deve ser homogeneizado e que definiu mais tarde o conhecimento esotérico como crucial para definição de uma profissão. Para Moore uma profissão deve ter forte orientação para o serviço e servir aos interesses da coletividade, ou seja, ter uma praticidade social, além da especialização técnica que garanta sua autonomia.

Wilensky (1970) considerou a autonomia profissional relativa em virtude do fato de que profissionais assalariados estão vulneráveis à perda da autonomia quando a demanda depende dos interesses de clientes e patrões. O autor defende a idéia de que o conhecimento profissional assim como todo conhecimento é até certo ponto tácito, e é isto que confere às profissões estabelecidas sua aura de mistério.

Para FREIDSON (1994) a partir dos anos 80 criou-se um forte interesse pelas profissões, pois não havia a consciência do papel cada vez mais conspícuo de especialistas na sociedade. A mão de obra com competência é mais resistente à simplificação, à fragmentação, à mecanização ou outro modelo de racionalização proposto pela administração do trabalho. Neste caso a estrutura de significados e compromissos adquiridos pelos trabalhadores profissionais transcende as metas e os compromissos da empresa reduzindo o controle administrativo sobre o trabalho de profissionais.

O controle sobre o trabalho não pode ser explicado apenas pela extensão ou pelo conteúdo da educação formal ou por algum outro caráter intrínseco de competência. Para Freidson (1994) “o controle pressupõe antes uma organização política capaz de obter poder de negociar e estabelecer jurisdições favoráveis numa divisão organizada do trabalho e controlar o mercado de trabalho”. Assim o autor explica como as associações profissionais, por meio das sanções legais, puderam garantir seus próprios fins como a garantia e a direção da atividade profissional, principalmente e mais para o trabalhador autônomo do que a negociação coletiva.

As profissões representam para Freidson (1994) o renascimento de um princípio ocupacional, ou seja, um princípio de organização do trabalho que não era visto desde a revolução industrial. Para o autor, desenvolveu-se, no século XX, outra fonte de controle sobre o trabalho que, ao contrário da sindicalização, retira da administração a autoridade de criar e dirigir a substância, o desempenho e as metas do próprio trabalho. Essa fonte de organização deriva da *profissionalização* das ocupações.

As profissões estabelecidas atingiram no século XX uma posição de riqueza, prestígio e influência maior do que jamais haviam alcançado em toda história e muitas ocupações começaram a lutar pela mesma posição em tal grau e com tal energia que não seria indevido considerar a profissionalização como um importante movimento social do século XXI.

A nova sociedade está baseada no conhecimento e a modernidade em seqüência à industrialização tornou a sociedade altamente profissionalizada. As profissões têm hoje uma autoridade cultural reconhecida que permite a elas estabelecer uma jurisdição exclusiva sobre segmentos da sociedade como, por exemplo, definir o que é doença, o que é normal ou anormal. Nos séculos XIX e XX as sociedades pós-revolucionárias, onde se aboliram algumas das instituições protetoras do profissionalismo, como a autoridade da propriedade e da administração, ressurgiu a força profissional, não de movimento contrarrevolucionário ou de política de classe, mas daquilo que é base do profissionalismo, isto é, a autoridade do *conhecimento* e da *competência*. A especialização não representa uma *desigualdade*, mas uma diferença funcional de acordo com Freidson (1994), um problema da divisão do trabalho, assim como conhecimento e competência enriquecem e promovem a vida sem serem necessariamente institucionalizados de alguma maneira.

O longo período de educação formal requer um investimento social, econômico e psicológico que pressupõe uma expectativa de carreira vitalícia com vínculos e interesses comuns. A introdução de conhecimentos e competências específicos constrói expectativas e principalmente compromissos de difícil dominação pela racionalização política e administrativa posto que construa identidades ocupacionais especializadas e organizadas. Portanto, a *solidariedade de especialidade* sugere que a profissionalização seja elemento decisivo na organização da produção na sociedade pós-industrial.

Somente após a Segunda Grande Guerra as profissões tornam foco de estudo nas sociedades industriais avançadas e desde os anos 80 que o papel dos especialistas gerou forte interesse pelas profissões. No início dos anos 70, Elliott Freidson em *Professional Dominance: the Social Structure of Medical Care* enfatiza o caráter ideológico das alegações profissionais, os aspectos do privilégio monopolista e a maneira pela qual as instituições profissionais organizam e mantêm a autoridade sobre os clientes. Em 1977, Magali Larson em *The Rise of*

*Professionalism* estudou as profissões como grupos de interesses vinculados ao sistema de classes das sociedades capitalistas e analisou a profissionalização como um projeto de mobilidade coletiva, onde as ocupações buscam melhorar sua posição econômica e sua condição social ou prestígio.

Denominam-se profissionais aqueles para cujo trabalho é requerido algum tipo de *educação superior* que enfatiza a teoria e as abstrações verbais e têm *autonomia e arbítrio* consideráveis na realização de seu trabalho. É verdade que há profundas diferenças entre as profissões e sua capacidade de *autocontrolar-se e se autorregulamentar*. Toma-se então como referência para compreensão das profissões as suas três dimensões mais fundamentais, de acordo com Freidson (1994): a *expertise*, o *credencialismo* e a *autonomia*. A primeira refere-se ao reconhecimento formalmente concedido ao conhecimento específico ou perito da profissão, a segunda refere-se à condição de as profissões determinarem quem pode exercê-la e a terceira refere-se à faculdade de se autogovernar, à liberdade ou à independência moral ou intelectual das profissões. Uma profissão é, portanto, uma atividade produtiva que desempenha um papel decisivo na identificação das posições das pessoas na estrutura social, em outras palavras, uma forma de organização ocupacional que conquistou, simultaneamente, para seus membros, um monopólio de trabalho e um lugar na divisão do trabalho que é livre da autoridade alheia sobre o trabalho.

Para Larson (1977) as profissões apresentam quatro características fundamentais: o *controle profissional sobre o conhecimento* - uma conexão com a racionalidade cognitiva superior que parece estabelecer a superioridade de um gênero profissional; o *controle profissional sobre o exercício profissional* - um método de organização do desempenho no trabalho, que diferentemente do mercado livre e da burocracia, gira em torno do princípio central de que os membros de uma ocupação especializada controlam seu próprio trabalho; o *controle profissional sobre o número de profissionais* - o controle sobre a determinação do número e das características daqueles que podem executar o trabalho e o *controle sobre o mercado de trabalho* - controle sobre a superprodução de profissionais que pode causar a queda do preço dos serviços e do trabalho, e resultar em desemprego ou subemprego de especialistas e de trabalhos altamente treinados.

### 1.3 O processo de profissionalização

Para perguntar quais estratégias foram possíveis a cada momento, o quão efetivas foram e quem poderia melhor discernir e mobilizar os recursos organizacionais necessários, conhecer a história é a única forma de acessar a continuidade e a descontinuidade de um processo. (LARSON, 1977)

Analisar as circunstâncias em que as ocupações se organizaram como grupo social, classificá-las como origem, tipo e grau de organização, como e porque vieram a existir e sua organização pode ser mantida, quais as consequências dessa organização para a divisão do trabalho produtivo da qual fazem parte, são questões para as quais o processo histórico pode apontar respostas.

As profissões desenvolvem-se através de uma série de etapas chamadas profissionalização e que, ao serem identificadas, podem mostrar como pode haver grupos ocupacionais controlando a aquisição e a aplicação de vários tipos de conhecimento.

O fenômeno central da vida profissional é a ligação entre a profissão e seu trabalho chamado por Abbott (1987) de jurisdição. As profissões desenvolveram um sistema interdependente. Neste sistema, cada profissão tem sua atividade sob vários tipos de jurisdição. Algumas vezes têm total controle, noutras o controle está subordinado a outras profissões. As fronteiras jurisdicionais estão perpetuamente em disputa, tanto na prática local quanto nas reivindicações nacionais. É a história das disputas jurisdicionais que é real, a história determinante das profissões. As reivindicações jurisdicionais modelam o ímpeto e o padrão do desenvolvimento organizacional. Desta forma uma sociologia histórica das profissões deve começar pelo estudo de casos da jurisdição e suas disputas. Deve depois localizar estas disputas num contexto mais amplo, considerando o sistema da profissão como um todo. Tais sistemas devem ser estudados em outros países para que se acesse fatores exógenos afinando o sistema da profissão.

Wilensky (1970) descreveu os cinco passos do processo de profissionalização: o trabalho de tempo integral; as escolas de treinamento e transmissão do corpo esotérico do conhecimento; a formação de associações profissionais; a regulamentação da profissão e a criação do código de ética.

Para Freidson (1994) é possível identificar regularidade no processo histórico pelo qual uma ocupação atinge o status de profissão, ou seja, o projeto de

profissionalização, sendo esta uma forma de analisar os rumos que uma profissão poderá seguir. O autor diz que é preciso estudar a construção de uma profissão e o modo como os órgãos oficiais constroem uma categoria administrativa através das diversas perspectivas considerando o tempo e o espaço.

São consideradas características do processo de profissionalização o longo período de educação formal ou institucional; o conhecimento especial, abstrato e teórico chamado de *expertise* a aplicação de conhecimento esotérico a casos particulares; a competência especial através do exercício de tarefas com discernimento complexo ou especialistas e a capacidade dos profissionais de controlar os termos, as condições e o conteúdo de seu trabalho nos locais onde o realizam por meio de sistemas elaborados de instrução e treinamento e pré-requisitos formais e exames para entrada no grupo.

A solidariedade profissional idealizada por Durkheim conferiria às corporações profissionais uma capacidade de organizar os segmentos profissionais existentes até hoje, e que desempenham um papel de construtoras da moral profissional. O problema, que também fora previsto pelo autor, foi o surgimento de tantas morais quanto de profissões e *encontramos, pois, no seio de cada sociedade, uma pluralidade de morais a funcionar paralelamente.*

É no cotidiano que se constroem as regras profissionais. Os indivíduos que se consagram no mesmo ofício estão em relação mútua pela similaridade das atividades que executam ou mesmo pela concorrência entre eles. Tais relações nada têm de regular. Dependem das circunstâncias dos encontros e mantêm um caráter totalmente individual (Durkheim, 2004).

Considerado criador da sociologia da educação, Durkheim afirmava que do mesmo modo que a família foi o ambiente no seio do qual se elaboraram a moral e o direito domésticos, a corporação é o meio natural no seio do qual se deve elaborar a moral e o direito profissionais e acreditava na função da formação profissional de contribuir para o processo democrático e para a harmonia social. A nova ordem moral da sociedade industrializada descrita por Durkheim (2002) concebia que todos os participantes de uma mesma atividade buscariam se organizar segundo regulamentos profissionais, onde direitos e deveres estariam delimitados. O poder moral impediria os egoísmos individuais e o abuso de poder dos fortes sobre os fracos resguardando e restabelecendo o sentimento de solidariedade social. Entretanto, não é o que parece ocorrer. As corporações profissionais estão muito

mais voltadas para os interesses exclusivos da coletividade de seus pares. *Elas são muito mais arenas políticas conflitivas, competitivas, do que consensuais e harmoniosas*, conforme Machado (1995). A autora afirma que o corporativismo é um dos elementos constitutivos de uma profissão e trata da capacidade extraordinária de cooperação entre colegas, uma forma de se relacionar e manter o espírito da organização e a união entre os profissionais com a finalidade de proteger o grupo das interferências externas.

A competição e a concorrência por clientes podem gerar adversidades entre profissões e o compartilhamento de determinadas tarefas pode ser a causa de ambas. O escopo de prática de uma profissão, em geral, é estabelecido pelo tipo de treinamento a que se submetem seus aspirantes, e regulamentado por seus representantes legais, mas sua definição nem sempre está completamente delimitada ou explícita.

#### **1.4 Centralidade do trabalho e tempos de incertezas**

Atualmente a organização do trabalho se dá sob certas condições sociais, econômicas e culturais fortemente influenciadas pelo excesso de informações e tecnologias próprias desta era digital. O modo de produção capitalista e a expansão do trabalho imaterial, aquele que produz bem imaterial como a cultura, o conhecimento ou a comunicação como fonte de riqueza, predominam, principalmente, nos países centrais e pós-industriais, gerando um fetiche de mercadoria da força de trabalho que produzem serviços e que concorrem, por meio de constantes inovações tecnológicas e mercadológicas, reais ou simplesmente aparentes. Nesse novo modo de produção, a coerção predominantemente externa sobre o trabalhador, característica de todo o período da grande indústria, é substituída por uma coerção enfaticamente interna. Essa coerção, ao invés de ser imposta mediante uma ordenação burocrática rígida, que diz ao trabalhador não apenas o que ele deve fazer, mas como ele deve obrigatoriamente fazer, procura garantir que ele atue como um colaborador aparentemente voluntário, como alguém que “veste a camisa” da empresa. Há uma expectativa quanto ao trabalhador e seu trabalho, não nas condições que foram rígida e externamente prescritas, mas que a sua inteligência, vontade e disposição sejam objetos de interesse do próprio

trabalhador, agora, empresário de si mesmo. Há uma chamada gerência científica cuja principal orientação é ser capaz de administrar a liberdade aparente do trabalhador, que não é mais um empregado, mas um colaborador. A pós-grande indústria que agora emerge está organizada pelo princípio da concorrência, o qual se torna efetivo apenas por meio de uma coerção interna, ou seja, por meio da adesão voluntária ou aparentemente voluntária dos trabalhadores. (CAMARGO, 2012, PRADO, 2014)

Embora o trabalho ainda seja o principal fundamento da cidadania na medida em que comporta uma dimensão econômica e social, sua continuidade e sua centralidade não estão mais garantidas. Desde o final do século XX que as questões do trabalho, suas garantias e seus direitos assolam as sociedades de todo o mundo. Estudos das condições de trabalho têm como temas correntes os desempregados, o deslocamento dos trabalhadores para a periferia urbana, o aumento do número de beneficiários de renda mínima, as consequências das readaptações industriais, os jovens à procura de emprego, problemas do novo modelo do assalariamento e que reflete o tipo de inserção individual na estrutura social que adquire aspectos de desfiliação, precariedade e exclusão que, por sua vez, geram um estado de vulnerabilidade social configurando uma relação entre precariedade econômica e instabilidade social. (CASTELL, 1998; RAPOSO, 2015)

Um novo vocabulário faz parte do mundo do trabalho: informalidade, flexibilidade, proatividade, subemprego e precarização, proteção social, novo capitalismo, com seus significados ainda em construção assim como seus usos e suas consequências. Este novo vocabulário, que se desenvolve a partir das novas exigências do mercado de trabalho, pretende dar conta, por meio da criação de conceitos, das novas forças que compõem este novo arranjo social formado entre governos, mercados, empregadores e empregados, profissionais e sociedade. “A nova ordem do mercado de trabalho impõe novos controles cujo sistema de poder é ilegível.” (FURTADO, 2004)

Estudos recentes apontam para condições de trabalho como a precarização, a superexploração da força de trabalho como mediação para a adequação aos novos desafios e que se expressam na informalidade, na terceirização e nas condições precárias da organização política dos trabalhadores. As crises econômicas e políticas, que atingem o mundo ocidental, no Brasil representaram o aumento de uma nova configuração do trabalho informal, no qual os ‘sem-emprego’



avançam e se generalizam, ampliando o trabalho sem contrato ou vínculo, sem estabilidade ou registro e sob ameaça do desemprego. (SENNETT, 2004)

As novas forças que compõem o mundo do trabalho parecem ser perversas igualmente às antigas ou ainda mais, por estarem escondidas atrás de falsas pretensões. A expressão “capitalismo flexível”, por exemplo, descrito por SENNETT é para ele, uma variação do velho tema no qual se enfatiza a flexibilidade atacando-se a rigidez da burocracia, mas que, na verdade, constitui-se do mesmo mal da rotina cega na qual se pede aos trabalhadores que sejam ágeis, abertos a mudanças em curto prazo, assumam riscos e dependam cada vez menos de leis e de procedimentos formais. Tais exigências podem concorrer para o descompromisso das empresas para com seus funcionários e sua conseqüente desproteção. Enquanto a flexibilidade no trabalho pretende se argumentar na oferta da liberdade e da autonomia do trabalhador, pode, ao invés disso, oprimir e gerar ansiedade pelo fato de não haver previsibilidade das conseqüências dos riscos e dos caminhos a seguir. Além disso, pelo desemprego em massa, pela instabilidade das situações de trabalho, pela inadequação dos sistemas clássicos de proteção, pela multiplicação dos chamados por Castel (2003) de supranumerários – os inempregáveis, os inempregados, ou empregados do modo precário ou intermitente, o futuro se mostra marcado pelo selo do aleatório e descobre-se que a liberdade pode levar à pior servidão: a da necessidade.

A condição salarial, que estruturou toda a formação social no mundo ocidental, parece estar enfraquecendo e perdendo sua centralidade. O trabalho, por exemplo, que por vezes substitui o pertencimento familiar e a inscrição em uma comunidade e que caracteriza o status que situa e classifica um indivíduo na sociedade, tem efeitos como o da exclusão daqueles que não se inserem no mercado de trabalho a partir de sua formação profissional. Surgem aqueles superqualificados para o trabalho, ou seja, aqueles indivíduos que se especializaram acreditando numa ascensão cultural e social por aumento do capital humano, mas não obtiveram êxito neste propósito. Este é o tema de que tratam os autores de *The Global Auction: the broken promises of education, jobs and income*, Ashton, Lawders & Brown (2011) afirmam que a educação como investimento no capital humano e promessa de sucesso não seriam problema quando as circunstâncias sociais e econômicas são favoráveis, a quebra aparece quando não há absorção do mercado de trabalho e o que se vê é subemprego, emprego precário, desemprego ou

desistência. O mundo do trabalho e seu mercado apresentam mudanças recorrentes e de certa maneira controláveis como a exigência de qualificação e o desemprego, além de outras novas como a precarização e a superqualificação do emprego, todas em processo constante de reconfiguração em função das dinâmicas econômicas, culturais e sociais da contemporaneidade.

### 1.5 Os desafios do mundo do trabalho no século 21

Nesta sociedade do conhecimento, que agrega novas capacidades à inteligência humana e muda o modo de trabalhar coletivamente, mudam também as expectativas de emprego a partir das diversas possibilidades transformando as relações com o trabalho que exigem colaboração cognitiva entre pessoas e sistemas artificiais. A formação profissional por meio de educação básica e polivalente deve valorizar a cultura geral, a postura profissional, a ética e a responsabilidade social. O mundo do trabalho e seu mercado exigem qualificação, mas o desemprego, a precarização e a superqualificação do emprego reconfiguram as habilidades e competências mais indicadas para a atuação profissional eficiente consonante com o contexto social, econômico e tecnológico. No caso dos profissionais de saúde, soma-se a complexidade dos fatores que compõem os sistemas de saúde. A prestação dos serviços de saúde deve considerar os novos indicadores como a nova estrutura familiar, a transição demográfica com envelhecimento populacional e redução da taxa de fecundidade e de natalidade. A sinergia de esforços colaborativos interna e externamente aos países com base no conhecimento da realidade local e global para atuação nos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde individual e coletiva deve transcender aos cuidados físicos e contemplar o estímulo à autonomia e o desenvolvimento da responsabilidade social e do compromisso com a cidadania. Desafios postos, o que se observa é que novos e avançados escopos de prática em saúde devem ser fortemente considerados assim como o compartilhamento das tarefas no sentido de tornar a prestação dos serviços mais adequada, eficaz e resolutiva.

Heráclito de Éfeso (540 a. C.), filósofo pré-socrático, dizia que nada é permanente, exceto a mudança e formulou o problema da unidade permanente do ser diante da pluralidade e da mutabilidade das coisas transitórias. Ainda hoje,

nenhuma idéia parece tão atual quanto a de que vivemos numa sociedade volátil, volúvel, líquida, segundo Bauman (2003) onde nada parece ser ou ser feito para durar.

Semelhante condição ocorre com o comportamento humano e suas relações. A revolução digital e a globalização estão provocando profundas mudanças na organização social e nos modos de vida e uma nova ordem na relação de trabalho atinge o coração das sociedades e reestruturando toda a formação social. No mundo do trabalho, o emprego tem sido substituído por atividades produtivas e criativas que exigem adequada preparação e formação para agir rapidamente em resposta às novas demandas. (SILVA, 2012)

Vivemos a revolução de uma sociedade do conhecimento que agrega novas capacidades à inteligência humana e muda o modo de trabalhar coletivamente. Neste contexto os indivíduos deverão alterar suas expectativas de emprego e modificar suas relações com o trabalho que exige ampla colaboração cognitiva distribuída entre as pessoas e os sistemas artificiais. Conseqüentemente, alguns aspectos devem ser considerados quando se trata da formação profissional uma vez que a educação básica e polivalente deve valorizar a cultura geral, a postura profissional, a ética e a responsabilidade social. (CHIAVENATO, 2004)

Vivemos numa sociedade cujos valores emergentes como a intelectualização, a criatividade, a ética, a estética, a subjetividade, a emotividade, a androgenia, a desestruturação do tempo e do espaço e a virtualidade, ou seja, necessidades de natureza qualitativa ligadas à introspecção, à solidariedade, ao ludismo e à sociabilidade, se contrapõem às necessidades quantitativas de poder, dinheiro e sucesso. Tais valores emergentes devem compor o currículo da educação e equipar o profissional deste século com qualidades como a iniciativa, a atitude e a adaptabilidade. O desenvolvimento da capacidade intelectual dos estudantes deve estar atrelado aos princípios éticos, de compreensão e de solidariedade, os profissionais devem ser preparados para lidar com mudanças e diversidades tecnológicas, econômicas e culturais. (DE MASI, 1999)

Neste contexto, o trabalhador do século 21 deve ter as habilidades de estabelecer relações e assumir lideranças, de alocar conhecimento para incrementar produtividade e gerar inovação, de ser criativo e estar disposto a capacitar-se permanentemente com dinamismo e empreendedorismo. Entretanto, paradoxalmente à solidariedade e à construção coletiva, a nova ordem do mundo do

trabalho, é considerada como uma nova versão do antigo modelo capitalista industrial de produção, no qual o trabalhador, embora sob o manto da liberdade e da promessa meritocrática, é chamado de colaborador e é responsabilizado pelo seu próprio sucesso, o que, como consequência, acirra a concorrência e a competitividade e pode tornar o ambiente de trabalho um verdadeiro campo de batalha. (ANTUNES, 2013 e 2015; SENNETT, 2004)

As transformações do mundo do trabalho como fato social são objeto de estudo desde o surgimento da nova categoria dos trabalhadores industriais que deu origem ao proletariado. Os processos de industrialização, nas suas diferentes formas e de acordo com o local e o período, também foram tratados por muitos pensadores. (CAMARGO, 2012)

O incessante desenvolvimento científico e tecnológico, como importante fator de impulso àquelas transformações, provoca hoje o interesse em compreender as mudanças no mundo do trabalho decorrentes de fenômenos como a globalização e a informatização e suas infinitas possibilidades. Vivemos em uma sociedade baseada nos valores do conhecimento, da informação e do uso de novas tecnologias que agregam novas capacidades à inteligência humana e muda o modo de trabalhar coletivamente. (DRUCKER, 1997; CASTELLS, 2016)

A globalização tem sido tratada exaustivamente por diferentes áreas de interesse e suas repercussões sofrem análises igualmente variadas. Seus efeitos são apontados como positivos ou negativos dependendo da perspectiva, mas, unanimemente, hoje, global e local são faces da mesma moeda, macro projeções e micro projeções são representações em diferentes escalas de um mesmo fenômeno. O fato é que se trata de um fenômeno irreversível e irrefreável, sobretudo por corresponder a muitas exigências dos seres humanos. (BRANDÃO, 1997; BAUMAN, 2007)

Os processos globais podem não constituir algo novo e expressar a continuidade de uma dinâmica historicamente recorrente, mas é indiscutível que o escopo e o ritmo das mudanças em curso implicam em profundas rupturas e incertezas. (ROBERTSON, 2002)

Também chamada de mundialização, a globalização, processo que interligou pessoas e instituições em todo mundo, também pode ser entendida como oportunidade e desafio por gerar equidade e sustentabilidade, mas também marginalização daqueles que não tiverem acesso às novas tecnologias. A economia

global está fundamentada nos avanços tecnológicos que geram uma forma inédita de comunicação e de possibilidade de acesso à informação que tornaram o mundo plano e interdependente. Esta interdependência está inevitavelmente ligada à globalização, que conecta e influencia o comportamento, a economia e a cultura em todo mundo. (DUARTE, 1998; FREIDSON, 2005)

Observada sob diversas perspectivas, a globalização tem efeitos positivos e negativos. No primeiro caso, é vista como oportunidade de crescimento econômico e cultural dos povos, no segundo, como acumulação de capital e de poder em poucas mãos acentuando as desigualdades. Para uns, é entendida como um processo irreversível que se intensifica e avança com lógica própria para outros, transcende a lógica do determinismo na medida em que se transforma em campo de contestação social e política. (ALBROW, 1977)

Somadas às características atuais do mundo do trabalho estão as mudanças decorrentes de fenômenos que, embora recorrentes ao longo da história, tomam novas proporções decorrentes da interdependência global, como a densidade e as transições demográficas: o envelhecimento populacional, as migrações e a mobilidade social – a exemplo do Brasil -, as relações salariais e as intervenções do Estado. (THOMAS, 2005)

Dentre os desafios do século 21 há questões que se tornariam centrais nas políticas como as ambientais, as inovações tecnológicas, a expansão urbana e suas consequências como a devastação ambiental, a crise energética, de transporte e mobilidade, mas ainda mais preocupante, a baixa governabilidade decorrente dos conflitos globais como as migrações, por exemplo, e a volatilidade dos mercados financeiros frente à redução do tempo de negociação, da política, da democracia e dos direitos humanos e da justiça social. (NOVAES, 2000)

Fato é que a globalização tem influências em muitas dimensões da vida humana: nas finanças, nas migrações, na difusão do conhecimento e das tecnologias, na produção e conseqüentemente, na dimensão fundamental do trabalho humano. A substituição, muitas vezes, do emprego por atividades produtivas e criativas que exigem adequada preparação e formação para agir rapidamente em resposta às novas demandas é um dos efeitos da globalização sobre o tipo de trabalho. (ROSALEM, 2012)

Tal efeito exige mudança na formação profissional com vistas à empregabilidade, pois a qualificação pessoal e as competências técnicas devem

estar associadas à capacidade de decisão e de adaptação às novas tecnologias e ao trabalho em equipe. O profissional passa a ser valorizado pela habilidade de estabelecer relações e assumir liderança. Os principais grupos sociais da sociedade do conhecimento seriam os trabalhadores do conhecimento, pessoas capazes de alocar conhecimento para incrementar a produtividade e gerar inovação. Realmente são novas exigências, na perspectiva deste novo século, a criatividade, a disposição para mudanças, o domínio das novas tecnologias de comunicação e informação e a capacidade de trabalhar coletivamente. (DRUCKER, 1995)

Os meios de comunicação contemporânea fazem com que o acesso ilimitado das informações influencie a dinâmica na qual haja o compartilhamento dos mesmos valores culturais e sociais. As relações de poder no século 21 estão reconfiguradas no contexto do surgimento das redes digitais e mostra como a comunicação de massa cedeu espaço para as práticas da intercomunicação individual. O autor propõe que se façam conexões entre a dinâmica estrutural da sociedade em rede e a transformação do comportamento e dos movimentos sociais. (CASTELLS, 2009)

A internet encurtou distâncias, interconectou o mundo e exteriorizou as operações cognitivas dos indivíduos criando uma inteligência coletiva de dimensões historicamente inédita. As novas tecnologias da informação ressignificaram os conceitos de espaço, de tempo e de território por meio de novas formas de contato e cooperação, nos quais a intermediação toma novos aspectos e gera novas funções dos indivíduos, inclusive desmantelando algumas profissões e gerando outras. (LÉVY, 2000, 2003, 2016)

Como reflexo, a nova revolução industrial em curso gerada pela tecnologia que conecta todos a tudo, em todo lugar e por todo o tempo, numa vasta rede inteligente de interação, está criando uma dinâmica crescentemente caracterizada por baixo custo com retorno massivo de escala e plataforma econômica. Essa revolução exige menor capital físico e maior capital humano, altera a natureza do trabalho e do emprego valorizando os mais criativos cujo trabalho intelectual torna-se sem fronteiras e reduz o tempo de vida das empresas. (KANAN, 2013)

Na dimensão da saúde global, Berlinguer (1999) relaciona quatro características que, segundo o autor, levam a por em primeiro plano a saúde global. A primeira é que o dano ou a carga de doença atinge de modo seletivo, embora não-exclusivo, pessoas, classes e povos, em proporção inversa à riqueza, à instrução e ao poder, introduzindo ou reforçando as condições de desigualdade. A segunda é

que as ameaças se tornam sempre mais globais e, por isso, há novas e maiores motivações empíricas para associar o interesse imediato dos indivíduos e dos povos a um direito moral universal. A terceira é que nesses fenômenos, quase sempre, há interesses. A quarta, é que tanto as infecções quanto a poluição, os tóxicos e as formas de violência são hoje em grande parte antropogênicos, isto é, não se devem à natureza ou ao acaso, mas a opções humanas. Assim, são modificáveis com base em atos de vontade, hoje impostos pela consciência e pela necessidade.

Por todos os motivos expostos, percebe-se que as redes digitais e a consequente globalização exercem um grande impacto sobre a organização do trabalho e da atividade profissional exigindo atualização e qualificação constantes com base na flexibilização e na capacidade criativa. Entretanto, o dinamismo das mudanças, as volatilidades das relações e dos conceitos podem gerar imprevisibilidade e insegurança, fenômenos crescentes neste novo século. (NESE, 2014; PADILHA, 2009)

## **1.6 As profissões e o perfil profissional no século 21**

As características do profissional deste novo século são idealizadas por muitos autores. Chiavenato (2004) descreve algumas delas como a de ser capaz de desenvolver habilidades, conhecimento e atitudes assertivas, a capacidade de atender às expectativas da função e de apresentar outras habilidades como a liderança, a flexibilidade e a comunicação, além de ser pró-ativo e ágil para trabalhar em grupo e individualmente, ser ético, multifuncional, criativo, dinâmico com capacidade para planejamento, ter bom humor e buscar harmonia no ambiente.

Outras competências são consideradas essenciais para os profissionais deste século como o conhecimento tecnológico e das novas tendências, a disposição para o aprendizado contínuo e a capacidade de se relacionar com as pessoas. (BRASIL, 2012)

As habilidades e competências apontadas como as mais indicadas para uma atuação profissional eficiente deverão estar em consonância com o contexto social, econômico e tecnológico. Além disso, quando se analisa o caso dos profissionais de saúde, outros aspectos devem ser considerados como a complexidade dos fatores que compõem os sistemas de saúde. O cenário da prestação dos serviços de saúde

é desenhado por novos modelos na prestação de cuidados e devem atender, por exemplo, à nova estrutura familiar – como os novos papéis da mulher, à transição demográfica com envelhecimento populacional e redução da taxa de fecundidade e de natalidade, como ocorre no Brasil. (IBGE, 2014)

Dentre os desafios na prestação dos serviços em saúde estão os obstáculos políticos e institucionais, a carência de recursos financeiros e a disputa por eles, o elevado custo dos serviços de saúde, principalmente quando há incorporação desmedida de tecnologia de alto custo, a cultura da hospitalização somada a um quadro de profissionais limitado e pouco adequado. (AMARO, 2008)

No Brasil percebe-se que o esforço do estado brasileiro em adequar a formação profissional ao sistema de Saúde Único de Saúde – SUS tem provocado uma forte pressão política em favor da substituição do padrão reducionista, orientado para a doença, centrado no hospital e orientado para a especialização vigente na educação profissional, por outro modelo que seja mais humanista, orientado para a saúde, com foco nos cuidados de saúde primários e socialmente comprometido. Apesar de conservadoras e elitistas, as universidades não são a principal fonte do problema, porque o sistema de educação da saúde reflete o modelo de prestação de serviços de saúde que ainda prevalece no Brasil contemporâneo, regido por forças de mercado e baseado na tecnologia médica, em vez de fundamentado na solidariedade e em relações sociais mais humanas. (ALMEIDA FILHO, 2011; BARBOSA, 2016)

Goulart (2014) aponta como desafios aos sistemas de saúde neste século as inovações tecnológicas, a carga global de doença, os grupos de enfermidades relacionadas ao subdesenvolvimento, que engloba as doenças de natureza transmissível, ligadas à maternidade, ao período perinatal e às carências nutricionais, controláveis por medidas de proteção específicas e promoção de hábitos saudáveis, todas medidas com boas perspectivas de redução, embora com significativas diferenças entre as diferentes regiões do planeta. Por outro lado, as doenças não-transmissíveis de natureza crônico-degenerativas como as doenças cardiovasculares, diabetes e câncer, as lesões por acidente, os traumatismos e outras formas de violência individual e social, exigem a reformulação do quadro de profissionais técnico-científicos. (ANDRÉ, CIAMPONE & SANTELLE, 2013)

Tornam-se profundamente necessárias a incorporação e a ampliação dos quadros de novos profissionais no campo da saúde com formação mais complexa e



mais ampla, desde alguns já tradicionais como médicos, dentistas e enfermeiros, além dos nutricionistas, dos assistentes sociais e dos fisioterapeutas aos praticantes de outras habilidades no campo social e da saúde como os terapeutas de família, cuidadores domiciliares, terapeutas de várias especialidades e familiares treinados. (ALBUQUERQUE, 2008)

O Sistema Único de Saúde brasileiro demanda novos atores com capacidade de dar respostas diferenciadas e complementares àquelas possibilitadas pelas graduações tradicionais. Segundo Paim e Bosi (2010) a graduação em Saúde Coletiva, por exemplo, detém as condições de maturidade teórica, metodológica, tecnológica e operativa suficientes para definir competências e articular valores que permitam a configuração de novas modalidades de profissionalização em saúde.

Como perspectivas da globalização na saúde podem-se destacar alguns aspectos positivos como os avanços no campo da comunicação e da biotecnologia, entretanto, os aspectos negativos são preocupantes: a repercussão sobre a saúde da população pobre que tende a ser menos animadora. Dados do Banco Mundial (2001) da viragem do século mostram que mais da metade da população mundial vive com menos de dois dólares por dia, um quinto dela com menos de um dólar por dia e 44% destes estão no sul da África; a expansão das doenças como consequência da aceleração do comércio transnacional – vírus da hepatite, por exemplo; os danos ao meio ambiente causados pelas altas taxas de consumo dos países ricos; a crescente urbanização seguida pela desintegração social e pela violência; ineficiência das políticas de saúde e de investimentos em saúde somadas à escassez de recursos humanos devidamente qualificados e distribuídos. (BRASIL, 2012)

As mudanças no cenário dos serviços em saúde se caracterizam pela necessidade de adequação dos objetivos institucionais do sistema de saúde assim como das funções e dos papéis dos profissionais de saúde. São novas demandas pelos serviços de saúde: a *longevidade* e os pacientes idosos. Em 2020, pessoas com mais de 65 anos serão 10% da população mundial. Isso aumentará a incidência de doenças como câncer e Alzheimer, e as pesquisas para cura ou alívio tendem a se intensificar; o *turismo médico*, ou seja, a procura por tratamento de doenças em países cujo atendimento é mais acessível, dada pela facilidade de transposição das fronteiras nacionais – exemplo do México e da Tailândia e da procura por cirurgias plásticas no Brasil; o aumento do *contágio de doenças* decorrente da intensificação

do deslocamento das pessoas em todo o mundo; a *conectividade dos pacientes e dos profissionais de saúde* que conseguem realizar exames e diagnósticos em casa por meio de aplicativos e procedimentos técnicos remotamente e obter informações sobre doenças e tratamento em todo o mundo. (DATASUS, 2014)

Tornam-se desafios para os profissionais de saúde as novas demandas geradas pela necessidade de mudança e pela ampliação dos ambientes organizacionais, da adequação das jornadas de trabalho e das estratégias de atendimento dos serviços de saúde como os cuidados domiciliares, por exemplo, que são serviços solicitados pelas famílias que acolhem pacientes idosos. (UN, 2016; IPEA, 2015; DILELIO, TOMASI & THUMÉ, 2014)

A seguir, no Quadro 1 apresentam-se as principais mudanças no século vinte e um e suas consequências para as profissões, para os serviços de saúde e para os profissionais de saúde.

Quadro 1 - Características e consequências das mudanças século 21 pra as profissões, para os serviços de saúde e para os profissionais de saúde

CARACTERÍSTICAS		CONSEQUÊNCIAS PARA		
DO PERÍODO	DO PERFIL E DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	PROFISSÕES	SERVIÇOS DE SAÚDE	PROFISSIONAIS DE SAÚDE
Temporalidade/ Mudanças/ Novas estruturas sociais e novos papéis sociais	Polivalência/ Multifuncionalidade	Desmantelamento e Surgimentos de novas profissões	Novos profissionais e/ou novas atribuições profissionais	Flexibilização/ capacidade de adaptação
Pluralidade dos fenômenos	Adaptabilidade	Expansão do Escopo de Prática	Novos profissionais e/ou novas atribuições profissionais	Inovação educacional
Sociedade do conhecimento	Educação permanente	Trabalho Imaterial	Investimento em recursos humanos	Educação permanente
Inovações Tecnológicas	Conectividade/ Virtualidade	Investimento em novas tecnologias	Alto custo das novas tecnologias	Educação permanente
Interdependência global Envelhecimento populacional, Transição populacional, migrações	Contextualização/ Aplicabilidade/	Comunicabilidade/ Compartilhamento	Carga Global de Doenças: transmissíveis, crônico-degenerativas, negligenciadas, decorrentes da violência urbana	Intercâmbio/ Migrações/ Troca de informações
Inteligência coletiva/ Antropogenia dos fenômenos	Ética/ Responsabilidade social	Responsabilização individual	Mercantilização dos serviços de saúde	Desemprego, subemprego, superqualificação, desistência, precarização.
Concorrência/ Competitividade	Dinamismo/ Empreendedorismo/ Criatividade	Temporalidade das Instituições/ Flexibilização/ Precarização/	Carência e Disputa de recursos; Limitação, Reformulação e desequilíbrio da distribuição do quadro de profissionais	Coerção Interna

Fonte: A autora, 2017.

A complexidade das mudanças ocorridas na viragem do século vinte e um gera novas demandas de serviço em saúde e exige o fortalecimento das disciplinas em saúde, o que implica na construção de métodos e técnicas inovadores e consonantes com os novos cenários. Torna-se imprescindível a sinergia de esforços colaborativos no que se refere à postura proativa, à formação e à capacitação dos profissionais de saúde, bem como na produção de conhecimento inovador. Tais esforços devem se basear no conhecimento da realidade local e global para atuação nos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde individual e coletiva, cujos objetivos devem transcender aos cuidados físicos, mas também contemplar o estímulo à autonomia e o desenvolvimento da responsabilidade social e do compromisso com a cidadania nos âmbitos local e global. Desafios postos, o que se observa é que novos e avançados escopos de prática em saúde devem ser fortemente considerados assim como o compartilhamento das tarefas no sentido de tornar a prestação dos serviços mais adequada, eficaz e resolutive.

## 1.7 Escopos de prática das profissões de saúde

Leve é a tarefa quando muitos dividem o trabalho.

Homero

A palavra escopo tem origem grega *skopos* = *aquela que vigia; que protege*, e significa 'finalidade', 'alvo', 'intento, propósito' ou ainda 'desígnio' (FERREIRA, 2003), como conceito de escopo de prática considera-se *a definição de regras, de regulações, de fronteiras dentro das quais um profissional, plenamente qualificado com treinamento substancial e apropriado, conhecimento e experiência, devem praticar num campo especificamente definido. Tal prática é ainda governada por contínua educação e responsabilidade profissional.*

A divisão social do trabalho e o surgimento das diversas especialidades, tanto decorrentes do aumento das populações quanto dos avanços tecnológicos, produziram o desdobramento de novas profissões e suas repercussões como os conflitos gerados pelos fluidos campos de atuação e seus indefinidos limites.

Formação e prática tem se desenvolvido de tal maneira que a maioria das profissões compartilha habilidades e procedimentos com outras e não é mais razoável esperar que cada profissão tenha em seu escopo de prática tarefas exclusivas das demais tarefas das outras profissões. As mudanças do escopo de prática refletem a evolução das habilidades de cada disciplina, e uma maneira racional e útil de se tomar decisões. As mudanças nos escopos de prática de uma profissão, em geral, pretendem promover o melhor consumo de serviços, aumentar o acesso aos serviços e, acima de tudo, reconhecer a inevitabilidade da sobreposição de algumas tarefas antes exclusivas de algumas profissões.

Um estudo apropriado sobre tais mudanças deve ser analisado por legisladores, profissionais e seus conselhos reguladores, e uma ampla revisão das questões acerca do escopo de prática devem permitir que todos os profissionais promovam serviços a partir da extensão de seus conhecimentos, treinamentos, experiências e habilidades e competências.

Tal processo, algumas vezes, coloca profissões em oposição por ser percebida como prejudicial à área de prática. A profissão pode ser economicamente ameaçada e, portanto opor-se aos esforços de outras em mudar seus escopos de prática. Estas batalhas devem ser observadas pelos legisladores e pelo público, porque são custosas e consomem tempo dos profissionais e dos legisladores. As reivindicações de mudança dos escopos de prática devem atender às necessidades de prevenção de custos, de promoção e maior acesso aos melhores serviços.

As propostas de mudanças nos escopos de prática geralmente instigam resistência e discursos opostos de muitos grupos profissionais. Estes debates são percebidos como batalha entre duas ou mais profissões, que usam o jargão: “isto é parte da minha prática então não pode ser parte da sua”. Geralmente, as perdas são mais consideradas nos argumentos competitivos e concorrentes e as reivindicações são questões mais importantes do que a proposta de mudança e no que ela poderá contribuir e proteger o público e aumentar o acesso a serviços mais competentes.

Há mais de vinte anos que uma nova era da reforma do cuidado em saúde está arrebatando governos e categorias profissionais. A crescente percepção de que, embora bem intencionados, os objetivos regulatórios das profissões de saúde, suas estruturas e seus mecanismos estão se distanciando e dessincronizados com os processos de oferta de cuidado em saúde em virtude de uma resposta à competição, aos resultados dos serviços, à eficiência e ao sistema de cuidado com

foco no paciente. Neste sentido, a incongruência entre a moldura regulatória e as necessidades da indústria do cuidado em saúde deverá aumentar tornando esta questão urgente para legisladores e profissionais: como a regulação das profissões em saúde pode alcançar seus objetivos primários de proteção aos usuários sem restringir o avanço da oferta dos serviços de cuidado em saúde?

As dificuldades econômicas e políticas têm pressionado e desafiado os debates regulatórios e legislativos de como maximizar o uso de todos os profissionais de saúde, considerando a contínua evolução dos escopos de prática. Leis e legisladores encarregados de proteger os consumidores assim como as diversas categorias profissionais em saúde buscam caminhos que norteiem as discussões de como oferecer um cuidado/atenção eficiente e efetiva ao público numa área de contínuas mudanças.

A sistematização das discussões acerca da expansão dos escopos de prática em saúde teve início em 1996 quando a obtenção de certificação e licença dos terapeutas respiratórios nos Estados Unidos representou um avanço da regulação daquele grupo profissional e da transversalidade dos escopos de prática das profissões de saúde, não sem a objeção de instituições de serviços em saúde, a exemplo do Hospital da Virgínia e da Associação de Cuidado em Saúde (*Healthcare Association*) do estado da Virgínia onde se deu a primeira certificação dos terapeutas respiratórios no mundo, cuja alegação foi a de que, embora a premissa de “transversalidade” do treinamento e do exercício das profissões de saúde seja desejável, poderia limitar as mudanças nos locais de trabalho. Tal discussão deu origem a um profundo e profícuo estudo das regulações nacionais e internacionais das profissões de saúde e desde então o Conselho das Profissões de Saúde (*Board of Health Professions*) e Assembléia Geral (*General Assembly*) dos Estados Unidos recebem requerimentos de expansão da regulação de numerosas associações profissionais. (COMBS, 1997)

Exemplo disso está no relatório de 2006, baseado em estudos precedentes de 1995 a 1999, resultado de um esforço colaborativo de representantes de seis organizações regulatórias de cuidado em saúde e desenvolvido para dar assistência a legisladores e corpos regulatórios na decisão sobre mudanças no escopo de prática das profissões de saúde (EPPS) nos Estados Unidos. (SCHIMITT & SHIMBERG, 1996)

Em 2001 a *Pew Health Care Commission* e o *Medicine Institute*, nos Estados Unidos propuseram um processo de abordagem de escopo de prática focado na segurança do paciente e cuja questão principal esteve focada em prover serviço de saúde de maneira segura e efetiva. De acordo com estas entidades, os argumentos para as mudanças nos escopos de prática devem estar fundamentados em quatro áreas: 1. Uma história de escopo de prática dentro da profissão; 2. Educação e treinamento; 3. Ambiente regulatório apropriado, e se uma profissão pode prover suporte de evidência nestas áreas, 4. as mudanças propostas no escopo de prática provavelmente serão de interesse público.

1. Uma história de escopo de prática dentro da profissão - A história da regulamentação profissional deve ser levada em conta quando se quer compreender o sistema regulatório que governa o escopo de prática. A estrutura histórica, segundo a evolução e suas práticas, fornece as bases da essência de uma profissão, incluindo as bases teóricas, como se desenvolveram ao longo dos anos e como está definida atualmente. Mudanças no estatuto do escopo de prática devem se adequar ao contexto histórico, evolutivo e prático da profissão. Os médicos foram os primeiros profissionais de saúde a obter reconhecimento legislativo e proteção de sua autoridade prática que foi definida em termos amplos incluindo todos os aspectos do cuidado individual. Entretanto, outras categorias profissionais de saúde buscaram reconhecimento legislativo e reivindicaram a habilidade e a competência de prática de tarefas antes incluídas na autoridade universal e implicitamente exclusivas da medicina. Tal dinâmica fomentou uma visão de escopo de prática compartilhado como conceitualmente deficiente e potencialmente nociva.

2. Educação e treinamento - O escopo de prática de uma profissão é definido a partir de um processo historicamente construído. Tarefas acrescentadas ao escopo de prática são geralmente praticadas por profissionais como habilidades avançadas. Ao longo do tempo, como estas novas tarefas e técnicas são utilizadas por um número suficiente de profissionais, elas se tornam habilidades básicas e são ensinadas e incorporadas ao currículo básico. Impossível requerer que uma tarefa ou habilidade seja ensinada na formação básica da profissão antes que seja parte de seu escopo de prática. Se assim fosse, haveria pouca, caso houvesse, expansão do escopo de prática. Entretanto, o programa básico de uma formação profissional e seus padrões específicos de acreditação deveriam fornecer um quadro, incluindo o

conhecimento básico e as habilidades necessárias, para adquirir estas novas habilidades ou competências, uma vez fora no campo.

3. Regulação e controle - O escopo de prática de uma profissão de saúde regulamentada tem sua forma de ato de prática legalmente definida pelo Estado. A legislatura tem autoridade para adotar ou modificar atos de prática em particular. Algumas destas mudanças são apenas as formalizações de mudanças que já ocorrem na educação ou na prática dentro de uma profissão e ocorrem em virtude de resultados de pesquisa, de avanços tecnológicos ou de mudanças na demanda por serviços de saúde da sociedade, entre outras razões.

4. Mudanças do escopo de prática são inerentes aos sistemas de saúde e seus serviços e estão relacionadas às mudanças demográficas, aos avanços tecnológicos, ao financiamento na saúde, aos avanços dos procedimentos, das práticas e das técnicas baseadas em evidências e muitos outros fatores sociais e ambientais. Deste modo, a colaboração entre provedores de cuidados em saúde, e não apenas profissionais, deve estar baseada na referência a outros profissionais quando as questões enfrentadas estejam além daquelas para as quais o profissional foi treinado e está capacitado, ou, quando maiores competências ou especializações sejam necessárias ou úteis ao consumidor.

Defensores da revisão e da expansão dos escopos de prática das profissões de saúde argumentam ainda que deva haver evidências de que novas habilidades ou técnicas irão promover o acesso ao cuidado com qualidade. Tais evidências se firmam por meio da melhor evidência clínica, da melhor expertise e da pesquisa, assim como por meio dos conceitos de gerenciamento de doenças e de deficiência, de melhoria da qualidade e dos dados de risco.

## 1.8 O caso da Fisioterapia

Desde o período colonial que médicos e técnicos iniciaram atividades ligadas aos recursos físicos terapêuticos como a água, o calor e a eletricidade, mas foi com o aumento do número de casos de poliomielite, cujas sequelas deveriam ser objeto de intervenção enquanto processo de reabilitação assim como os casos de acidentes de trabalho decorrentes do acelerado processo de industrialização

brasileira, que houve interesse, em 1929, pela criação do primeiro curso técnico de fisioterapia na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. (BARROS, 2002)

Quarenta anos depois, a fisioterapia foi regulamentada pelo Decreto-Lei no. 938 de 13 de outubro de 1969 definindo as atividades privativas do fisioterapeuta e quando também passou a constar do Grupo da Confederação Nacional das Profissões Liberais e em 10 de dezembro de 1984 entrou para o grupo de “outras atividades de nível superior” com o código NS-900. Em 17 de dezembro de 1975, a Lei no. 6.316 criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO cujo registro e contribuição anual tornaram-se obrigatórios e constituiu condição para o exercício da profissão. Em 14 de março de 1978 o COFFITO aprovou as Normas para Habilitação ao Exercício das Profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, esta resolução consta de nove capítulos, 14 seções e 142 artigos e criou em três de julho de 1978 o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional que fora reformulado e aprovado pela Resolução no. 424 de oito de julho de 2013. (COFFITO – 2015)

A profissão de fisioterapia, cumprindo todas as etapas do processo de profissionalização descritas pela sociologia das profissões, conquistou, no prazo de aproximadamente 30 anos, a legitimidade e a legalidade de profissão da saúde. Da regulamentação da profissão em 1969, a formação em fisioterapia evoluiu lentamente mesmo nas décadas de 70 e 80 partindo de seis cursos de graduação em 1969 e vinte e dois cursos em 1980. Entretanto, a política de corrigir o déficit da escolaridade superior brasileira foi o principal fator determinante para o crescimento do número de cursos de graduação em fisioterapia a partir da segunda metade da década de 90. O advento da criação dos centros universitários, cuja liberalidade de abrir cursos de graduação, permitiu o aumento exponencial de cursos de graduação em saúde, entre eles a fisioterapia.

A redemocratização do país levou ao processo de reforma política, econômica e universitária, cujo papel do Estado fora reduzido e os princípios neoliberais abriram o mercado brasileiro ao capital internacional. A educação superior teve forte ampliação da oferta pela iniciativa privada que fora facilitada pelo Conselho Nacional de Educação - CNE ao flexibilizar as regras para a autorização, para o reconhecimento e para o credenciamento de cursos e instituições criado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei no. 9.394 de 1996).



Para Guimarães (2005) tal flexibilização teve como efeitos: a falta de planejamento, a baixa qualidade do ensino, os desequilíbrios na distribuição geográfica com concentração em áreas economicamente desenvolvidas, a desvinculação da formação com as demandas epidemiológicas regionais e entre outros. A desconexão com a realidade mostrou-se na formação em fisioterapia que nunca perdeu a principal característica de sua gênese, qual seja a função reabilitadora desvinculada do novo conceito de saúde atribuído pela Constituição de 88 de promoção da saúde e da prevenção de agravos e que fundamentam o sistema público de saúde brasileiro.

Vários fatores contribuíram para a criação deliberada de novos cursos de graduação em instituições privadas de ensino: o chamado “bônus demográfico”, período no qual a estrutura etária da população atua no sentido de facilitar o crescimento econômico, ou seja, quando há um grande contingente da população em idade produtiva e um menor número de idosos e crianças foi fator fundamental para o aumento da demanda de jovens em idade universitária; a demanda reprimida de adultos até então sem acesso à educação superior e o déficit de oferta de vagas nas instituições públicas. Neste contexto houve o aumento da procura pela formação em profissões de saúde, mas em especial, pela formação em fisioterapia cujas características conquistadas pela profissão até a década de 90 de relativa autonomia e controle do mercado e significativo reconhecimento e valorização pela sociedade. (TOMMASO, 2004)

Exercida em muitos países, na maioria deles, a fisioterapia teve sua origem no pós-guerra e sua atuação esteve, durante muito tempo, centrada na reabilitação das sequelas pós-traumáticas e das sequelas neurológicas de doenças epidêmicas.

No Brasil a fisioterapia é profissão que dispõe de relativa autonomia do exercício profissional e de suas tarefas em diversos espaços de prática. Desdobrada em diversas especialidades que ampliam suas capacidades e abrangência do seu campo, atualmente, em muitos países, em especial Reino Unido, Canadá e Austrália, a fisioterapia passa por uma revisão e por uma expansão de seu escopo de prática.

O fisioterapeuta atua em hospitais, clínicas e consultórios especializados, clubes e academias, serviços públicos e privados, tanto na gestão quanto na assistência direta. Sua formação em nível superior nos diferentes países varia entre dois a cinco anos, com carga horária de 1.500 a 5.000 horas, podendo ser assistido

por técnicos ou assistentes, com formação entre seis meses a dois anos, como no Canadá, Austrália e Estado Unidos, ter relativa autonomia como no Brasil, exceto na saúde suplementar, a parcialmente restrita e subordinada a outros profissionais, como nos Estados Unidos e Alemanha. O fisioterapeuta pode estar regulamentado, protegido e fiscalizado por entidades representativas como no Brasil, ou ser profissional de nível técnico, como na Alemanha, e depender de prescrição médica para executar suas tarefas.

No Brasil, o rápido processo de profissionalização da fisioterapia e o exponencial aumento da oferta de cursos e vagas para sua formação teve consequências polares para a profissão. As ações de valorização profissional como o aumento da produção científica e dos postos de trabalho se contrapõem ao aumento geograficamente desequilibrado do contingente de profissionais nos últimos vinte anos. As variações do contingente de ingressos e concluintes de fisioterapia e de instituições formadoras no Brasil entre 1997 e 2013 distribuídas nas cinco regiões tiveram significativas repercussões para a profissão, assim como para as percepções acerca da profissão. (TOMMASO, 2008)

Seguindo a profissão imperial de medicina (COELHO, 1999), a enfermagem, igualmente antiga, e os cirurgiões dentistas, que compõem a equipe básica de saúde, a fisioterapia, no Brasil, é a profissão da atenção direta em saúde com maior contingente de profissionais.

Em junho de 2015, havia 235 mil médicos, 216 mil enfermeiros e 138.826 cirurgiões dentistas inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, seguidos pelos 64 mil fisioterapeutas. Com base nas informações do Ministério da Educação/INEP (2014), graduaram-se nos últimos 10 anos 154.962 fisioterapeutas, ou seja, 40% deles estão formalmente ocupados de acordo com o CNES (jun 2015), o que torna possível inferir que haja um significativo contingente deles distribuídos entre ocupados informalmente, desocupados temporariamente ou que nunca se ocuparam na profissão.

De acordo com Brown e Lauder (2015) a não ocupação de pessoal qualificado reflete o grau de desenvolvimento de um país. No passado, as forças materiais eram dominantes e imprescindíveis para o crescimento, o prestígio e o poder de uma nação, agora os produtos mentais tomam precedência. As nações podem transferir a maioria de seus produtos materiais para milhas de distância, concentrando sua atenção em pesquisas, desenvolvimento e desenho de seus

produtos em casa. O resultado é uma nova e produtiva parceria entre nações “cabeça”, que desenham produtos e nações “corpo” que os manufacturam. As altas habilidades são “compradas” ou importadas para países “cabeça”, enquanto as habilidades físicas são mantidas nos países “corpo”.

Neste sentido, a absorção de mão de obra qualificada tende a se dar menos nos países em desenvolvimento, que apesar disso, mantém alta sua produção, muito provavelmente como resultado da promessa de melhor empregabilidade difundida pelo mercado educacional. (No Brasil 89% das instituições de ensino superior são privadas, assim como 82% dos cursos de graduação em saúde e 86% dos cursos de graduação em fisioterapia, TOMMASO, 2008). De acordo com *The Global Auction: the broken promises of education, Jobs and income* (ASHTON, LAWDERS & BROWN, 2011) a educação como investimento no capital humano e promessa de sucesso são seriam problema quando as circunstâncias sociais e econômicas são favoráveis, a quebra aparece quando não há absorção do mercado de trabalho e o que se vê é subemprego, emprego precário, desemprego ou desistência.

Como vantagem, a fisioterapia tem uma característica, se não exclusiva, pelo menos incomum, comparável à de um *bricoleur*. De acordo com Shaw e DeForce (2012) nos pressupostos tácitos sobre o que conta no conhecimento da fisioterapia, embora formem a base de muitas abordagens para obtenção e uso das informações na prática, há uma epistemologia da prática que perpassa a noção de bricolagem – “*bricoleur*”. O termo se refere ao artesão ou artífice que utiliza todas as ferramentas e tipos de conhecimento disponíveis para realização de suas tarefas. A noção do fisioterapeuta como um “*bricoleurs*” reconhece que todo conhecimento prático esteja situado em contextos sociais, culturais e históricos que modelam nossas crenças sobre o que conta no conhecimento da fisioterapia. Tal conhecimento leva o fisioterapeuta a agir como numa bricolagem ao abarcar múltiplas epistemologias e descobrir novos caminhos para o conhecimento e para as estratégias clínicas racionais a fim de promover uma abordagem mais holística a prática fisioterapêutica.

Para os autores a relação entre a expertise da racionalidade clínica e a epistemologia da bricolagem está contemplada na utilidade de múltiplas epistemologias para alcançar excelência no cuidado fisioterapêutico e o conhecimento da bricolagem pode, então, ser aplicado ao conceito de expertise da

fisioterapia desfazendo a noção de que a simples abordagem autoritária da prática da fisioterapia deve ser idealizada ou, simplesmente, protocolada.

Neste sentido, considerando o histórico da formação e da atuação prática, o fisioterapeuta tem a capacidade de lançar mão dos vários recursos disponíveis, físicos e do movimento corporal, para adaptar, viabilizar e gerar os meios e os mecanismos de atuação, o que faz com que esta profissão seja bastante favorável e apropriada às mudanças e expansões do seu escopo de prática.

Desde 2011 a Confederação Mundial de Fisioterapia (*World Confederation of Physical Therapy- WCPT*) vem analisando as políticas de acesso aos serviços de fisioterapia bem como o grau de autonomia, as formas de regulação e de educação/treinamento profissionais, em especial o controle sobre os ingressantes nos países membros e tem identificado significativas diferenças entre eles.

### **1.8.1 As mudanças de escopo de prática: o caso da fisioterapia**

Quando profissionais da saúde não são “usados” em sua plena capacidade em termos de educação, treinamento e competência, inevitavelmente há um desperdício do investimento na formação e uma ineficiência dos sistemas de saúde manifestados pelos altos custos, pelo menor acesso e pela qualidade e segurança questionáveis. (ASHTON, LAWDRES & BROWN, 2011)

A fisioterapia passa por significativo processo de reformulação de seu campo de prática provavelmente pelas suas características de *bricolage* e pela sua autonomia e diversidade de atuação no mercado de trabalho. Em países como Estados Unidos, mais anteriormente, e como Austrália e França, mais recentemente, há diversas propostas que se apresentam com o objetivo de expansão ou revisão dos escopos de prática em fisioterapia. No Brasil, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO ingressou com mais quarenta projetos de lei que estão em tramitação nas Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF), de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), de Trabalho, Administração e Serviço Público (CTASP), de Finanças e Tributação (CFT), no Plenário (PLEN), de Constituição e Justiça (CCJ), de Assuntos Sociais (CAS), de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), de Assuntos Econômicos (CAE) e de Educação, Cultura e Esporte (CE), todos tratando da garantia ou da

reivindicação de exercício autônomo de especialidades da área da saúde. Desde seu reconhecimento, em 1969, a profissão de fisioterapia no Brasil, reconheceu mais de trinta especialidades e expandiu seu escopo de prática em dezenas de resoluções expedidas pelo conselho representativo.

Desde 2006, há um esforço do Comitê de Padrões de Prática em Fisioterapia Australiano (*Australian Practice Standards for Physical Therapy -PT Committee*), elemento integrante do processo de acreditação de programas de educação básica em fisioterapia, para definir uma relação de padrões/protocolos que descrevam um quadro atualizado da prática no nível básico da FT. Com foco no cliente, o objetivo deste protocolo é prover à profissão um parâmetro para o conhecimento, as competências e os atributos para uma prática segura e efetiva da profissão e cuja justificativa é a de que a performance da prática de alta qualidade é uma aspiração da profissão porque assegura a efetividade da prática e promove o status da fisioterapia na comunidade.

Como definição, na Austrália, a fisioterapia tem enfoque holístico de prevenção, diagnóstico e gerenciamento da dor, das disordens do movimento ou otimização da função a fim de melhorar a saúde e o bem estar da comunidade por uma perspectiva individual ou populacional. A prática da fisioterapia na Austrália usa um processo clínico baseado em evidência e, de acordo com o Australian Physiotherapy Council (APC) os fisioterapeutas devem assumir as funções de avaliação e tratamento de qualquer lesão, doença ou outra condição de saúde, ou prevenção e reabilitação de lesão ou condição de saúde. O APC regula a formação em fisioterapia e estabelece padrões mínimos de qualidade em benefício público.

O nível básico (*entry level*) da formação em fisioterapia na Austrália se dá nas universidades que oferecem cursos de bacharelado e pós-graduação, ocorre em período integral e todos os cursos incluem componente obrigatório de prática supervisionada em ambiente clínico. Os conteúdos estão padronizados em um currículo de nível básico de programas de fisioterapia integrados ao processo de acreditação.

A formação de kinesiologista ou cinesiologista se dá por cursos oferecidos desde 1930 e atualmente podem ser realizados à distância (*on-line*), e ter, ou caráter introdutório (para uso pessoal), ou ser acreditado e certificado por diploma e permitir trabalhar em clínicas ou clubes. Cursos da ciência do exercício para profissionais e cursos da ciência do esporte, em universidades acreditadas, compartilham algumas

tarefas com os fisioterapeutas como a prescrição de exercícios terapêuticos em caso de acometimentos de menor complexidade.

Assim como na Austrália e no Canadá há, além da formação em fisioterapia muito similar à formação no Brasil, a formação de fisioterapeuta respiratório, um especialista em exercícios respiratórios e a formação de curso técnico de assistente de fisioterapeuta (*Physical Therapist Assistant*). Anteriormente criado com a nomenclatura de assistente de fisioterapia (*Physical Therapy Assistant*), o termo foi alterado para deixar mais evidente o papel de subordinação ao profissional graduado. No Canadá, o assistente de fisioterapeuta trabalha sob a direção de um fisioterapeuta “licenciado”, equivalente ao graduado no Brasil, na provisão dos serviços de fisioterapia, eles recebem educação em trinta e quatro programas em instituições de ensino superior, em cursos técnicos ou em *community colleges* (universidades que também oferecem cursos técnicos).

No Reino Unido, a fisioterapia e mais quatorze profissões da saúde, são reguladas pelo Conselho de Profissões do Cuidado em Saúde - *Health Care Professions Council* (HCPC) que estabelece o nível de qualificação para registro e entrada no mercado de trabalho por meio de exame de qualificação. Atualmente há 49.883 fisioterapeutas registrados e atuando no país com o objetivo de lidar com a função e o movimento humano e ajudar pessoas a alcançar seu completo potencial físico, utilizando abordagens físicas para promover, manter e restaurar o bem estar.

Dentre as profissões reguladas pelo HCPC estão as de *orthotists*, *prothetists*, *chiropodists*, *podiatrists*, todas sem ocupações com formação similar no Brasil, por exemplo, os “ortostistas” e os “protestistas” são profissionais que confeccionam, prescrevem e instalam órteses e próteses ortopédicas, respectivamente, tarefas exercidas no Brasil por técnicos de órteses e próteses que as confeccionam, por fisioterapeutas que as instalam e treinam o uso, e por médicos que as prescrevem. Os “quiropodistas” ou “podiatristas” são podólogos que podem diagnosticar e tratar doenças e deformidades dos pés com permissão do HCPC para prescrição independente.

Em 2014, o HCPC aprovou o programa de educação em prescrição independente de medicamentos para pacientes como ampla gama de condições como úlcera de pé diabético e artrite do pé e do tornozelo para *podólogos* em nível de bacharelado. Atualmente, “paramédicos”, quiropodistas, podiatristas, radiógrafos, além dos fisioterapeutas, poderão ser prescritores independentes (*independent*

*prescribers*) permitidos a prescrever medicamentos por iniciativa própria ou prescritores suplementares (*supplementary prescribers*) mediante treinamento e aprovação em programa de *Medicines and Prescribing* do HCPC. (Interessante observar que a palavra *prescriber* é automaticamente traduzida por *médico*, nos dicionários on-line)

No Canadá, o nível básico de formação em fisioterapia se dá por quatro anos em quatorze universidades em todo o país, todos os programas de educação são acreditados pela *Physiotherapy Education Accreditation Council* (PEAC) cujo currículo mínimo é bastante similar ao brasileiro, entretanto define a fisioterapia como uma arte e ciência inerente ao movimento e à função, pelas quais fazem avaliações clínicas e aplicam suas capacidades para desenvolver habilidades funcionais do cliente. No país, os fisioterapeutas podem desenvolver capacidade avançadas pela experiência, pela educação adicional e treinamento e pela pesquisa e desenvolvimento profissional contínuo como solicitar radiografia, hemograma ou rastreio para cirurgia ortopédica.

Em todos os países estudados a fisioterapia é uma profissão auto-regulada e reconhecida como profissão de saúde com acesso direto ao serviço pelos clientes. Sua prática tem evoluído para o alto nível de autonomia profissional com suporte legal em todas as jurisdições.

O escopo de prática de uma profissão estabelece os limites externos da atuação para todos os profissionais, mas o verdadeiro escopo de prática de um profissional é determinado, não apenas por sua educação contínua, pelos locais onde ele pratica, pelas exigências do local de trabalho e pelas necessidades do paciente/cliente, mas fundamentalmente pelos modos com os quais uma profissão reage a eles. Percebe-se que as mudanças no perfil da população e de sua saúde, assim como das demandas dos sistemas de saúde têm provocado mudanças no escopo de prática dos fisioterapeutas, cuja evolução se reflete na legislação, na qualidade e na diversidade dos serviços prestados.

## **2 OS SISTEMAS DE SAÚDE DOS PAÍSES SELECIONADOS**

Um sistema é um conjunto de partes interagentes e interdependentes que forma um todo unitário com determinado objetivo e determinada função. (BERTALANFFY, 1975) Um sistema de saúde é composto pelo conjunto de instituições prestadoras de serviços de saúde e pela relação que elas mantêm entre si. Assim como o conceito de saúde se transformou ao longo do tempo deixando de ser apenas um bem estar físico e mental para incorporar aspectos sociais, culturais e ambientais, não há modelo ideal de sistema de saúde que somente por meio de uma complexa e bem planejada articulação do conjunto de suas instituições prestadoras de serviços poderá atender aos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade da saúde coletiva.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (2000) um sistema de saúde deve se ocupar do tratamento de doenças e da preservação da saúde por meio de serviços médicos, farmacêuticos, de enfermagem e outras profissões relacionadas. Incluem-se na assistência médica todos os serviços utilizados para promover a saúde e o bem-estar dos pacientes, incluindo serviços preventivos, curativos e paliativos, seja para um indivíduo, seja para uma população. Portanto, um sistema de saúde de qualidade deve oferecer serviços a quem precisa, quando e onde precisam. (OMS, 2013)

A complexidade dos serviços de saúde torna seu financiamento oneroso e nem sempre eficaz. Fatores sociais como o envelhecimento da população e a prevalência de doenças e condições crônicas bem como os avanços tecnológicos e a mobilidade social exigem mudanças e adaptações nos sistemas de saúde dos países.

A operacionalização de um sistema de saúde é inerentemente instável porque decorre de alternativas às diferenças ideológicas entre os partidos de governo. Muitos sistemas de saúde sofreram grandes mudanças nos últimos 30 anos e provavelmente outras mudanças substanciais deverão ocorrer no futuro. Para compreender as operações dos sistemas existentes torna-se conveniente conhecer suas histórias e seus condicionantes.

### **2.1 Reino Unido**



*National Health Service* (NHS) é o nome do serviço público de saúde na Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte. O maior e mais antigo sistema de saúde do mundo está composto por quatro sistemas que foram estabelecidos juntos em 1948 como uma das maiores reformas sociais após a Segunda Guerra Mundial. Baseados em princípios da universalidade e da gratuidade a todos os residentes legais e visitantes em casos de emergência e de doenças infecciosas.

O NHS do Reino Unido provê cobertura universal com base nos princípios da equidade e da integralidade e reconhece o direito a atendimento gratuito, mediante cadastro nacional por meio de consulta médica e identificação das doenças pregressas e atuais para residentes legais com residência permanente, refugiados, estudantes matriculados em cursos de, no mínimo, 15 horas semanais ou com visto de estudante de seis meses e seus familiares, asilados e pessoas com permissão para trabalhar. Imigrantes ilegais e demais pessoas terão direito a atendimento em caso de acidente ou emergência mediante pagamento posterior das despesas.

O NHS britânico oferece medicamentos gratuitos para crianças, gestantes, idosos e pessoas carentes, além de assistência social aos elegíveis fornecida pelos conselhos locais.

A organização de Grupos de Atenção Primária, a partir de 2005, é composta por aproximadamente 50 equipes de saúde compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos e fisioterapeutas que atuam na saúde básica, sendo cada uma responsável pelo atendimento, em média, de dois mil pacientes. A estrutura de cobertura está dividida em duas vias básicas de atendimento: uma, sem necessidade de agendamento, aberta de 7 às 19 horas e realizada por enfermeiros, para suprir atendimentos menos complexos e aconselhamento de saúde chamada *NHS Walk-in Centres*, outra chamada *NHS Direct* é um atendimento telefônico também operado por enfermeiros durante 24 horas que realizam aconselhamento de saúde e agendamento de encaminhamento aos serviços primário ou secundário, quando necessário. O atendimento ambulatorial especializado e os procedimentos de alta complexidade realizados em hospitais são oferecidos em quatro modalidades: *Care Trusts*: instituições criadas em 2002 com o objetivo de desenvolver trabalhos entre os Serviços de Saúde e os Serviços Sociais; *Mental Health Trusts*: serviços especializados em Saúde Mental; *NHS Trusts*: instituições criadas para garantir qualidade na atenção e eficiência nos gastos de hospitais, os quais se dividem de assistência em saúde gerais, especializados e universitários.

Exceto em emergências, o encaminhamento aos hospitais deve ser realizado pelos GPs e o *Ambulance Trusts*: serviços de transporte de pacientes.

O Grupo de Atenção Primário atua, ainda, por meio de 26 Zonas de Ação em Saúde – *Health Action Zones* – cujo objetivo é evitar riscos epidemiológicos e de exclusão social de comunidades, uma promissora medida governamental com vistas à redução de desigualdade.

São mecanismos de regulação dos Grupos Primários: o *National Institute for Clinical Excellence*, órgão gestor responsável pelos Padrões Nacionais de Serviços e *National Service Framework* que tem por objetivo garantir a padronização de desempenho e qualidade dos distritos sanitários.

### 2.1.1 Histórico do sistema de saúde britânico

As Leis para os Pobres - *Poor Laws* forma um sistema de ajuda social aos pobres desenvolvido na Idade Média na Inglaterra e Gales. Divididas em dois períodos de aproximadamente 300 anos, são chamadas de Antigas Leis da Pobreza – *Old Poor Laws*, entre 1494 e 1832 e Novas Leis da Pobreza – *New Poor Laws*, que a partir de 1832 alteraram a forma de tratar os pobres.

Em 1494 o *Vagabonds and Beggars Act* foi uma Lei do Parlamento, durante o reinado de Henrique VII, estabelecida que estabeleceu que vagabundos, ociosos e pessoas suspeitas deveriam ser presos e expostos à humilhação pública por três dias sendo alimentadas com pão e água e após o qual levadas para fora da cidade.

Em 1597 a Lei para Ajuda aos Pobres - *Act for the Relief of the Poor* – criou supervisores para dar assistência aos pobres com suporte do governo e das instituições religiosas. Mais tarde, em 1601, A Lei Elizabetana para os Pobres – *Elizabethan Poor Law* formou a base da assistência aos pobres nos 200 anos seguintes.

Em 1662 a Lei para Ajuda aos Pobres – *Poor Relief Act 1662* – estabelecia certificados que reconheciam a paróquia a qual a pessoa pertencia e da qual seria fornecida ajuda ou seriam reivindicados donativos. A Lei de 1669 previa a utilização de uma insígnia que identificaria os pobres beneficiados. Em 1723 a Lei do Teste do Trabalho – *Workhouse Test Act* exigia que a pessoa executasse alguma tarefa antes de ser beneficiada com a finalidade de prevenir pedidos irresponsáveis. A Lei de

Ajuda aos Pobres de 1782 – *Poor Relief Act 1782* organizou as paróquias por condados e selecionou os grupos que poderiam receber donativos, abrigo e cuidados: os velhos, órfãos e os doentes, excluindo os fisicamente capazes. Neste mesmo período as Casas de Correção – *House of Correction* – eram um tipo de estabelecimento construído para receber aqueles incapacitados – ou relutantes – “*unwillness*” - para o trabalho, incluindo os andarilhos e mendigos e para administrar o dinheiro – obtido por meio de cobrança de imposto de propriedade – *poor rate* -, a comida e as roupas doadas havia o supervisor chamado de “*overseer of the poor*”.

Ainda neste período fizeram parte dos Sistemas de Ajuda – *Relief Systems* -: *Indoor relief*; *Outdoor relief*; *Classification of the poor*; *Speenhamland*; *Labour Rate*; *Roundsman* e o *Committee for the Relief of the Black Poor*, todos com o objetivo de conter e controlar as pessoas em troca do acolhimento que chamavam as *Workhouse* de *spike* ou cerca.

A partir de 1832 as Novas Leis para os Pobres – *New Poor Laws* – aqueles fisicamente capacitados foram incluídos no grupo de pessoas assistidas e passaram a receber um complemento de salário por definição da emenda da Lei dos Pobres de 1834 – *Poor Law Amendment Act*.

O início do processo de industrialização britânico gerou opositores da Lei dos Pobres que consideravam excessiva a cobrança das taxas e permissivos os critérios de inclusão dos beneficiados exigindo uma revisão mais rigorosa que contemplasse apenas aqueles que estivessem desesperados – *desperate*. Após 1834 uma grande insatisfação gerou revisões da Lei para os Pobres com criação de comissões, conselho geral e local, escândalos (*Andover and Huddersfield Scandals*) e a Lei de Cobrança da União de 1865 por meio da qual a administração do fundo gerado pelo pagamento das taxas para o pobres passou a ser administrado pela União e não mais pelas paróquias locais.

Na virada para o século XX o Partido Liberal liderou a Reforma do Bem-Estar Liberal – *Liberal Welfare Reforms* – (1905 – 1914) cujas concepções do sistema “*laissez-faire*” e do sistema mais coletivista foram confrontadas redirecionando o Partido Liberal para um posicionamento de governo mais protecionista do bem estar dos cidadãos.

O período entre guerras (1914 a 1945) é descrito como de imensa pobreza e desemprego, cujo pico atingiu três milhões de desempregados em 1933. Em 1948 o sistema da Lei dos Pobres foi formalmente abolido sendo substituído pela Lei da

Assistência Nacional de 1948 que estabeleceu um seguro social para acidentes de trabalho e assistência aos desabrigados, incapacitados, mães solteiras e idosos, cujo financiamento tinha origem na contribuição do seguro nacional – *National Insurance Contribution* e o *National Insurance (Industrial Injuries) Act 1946*.

O Serviço Médico Unificado de Cinco de Julho de 1948 teve início em 1909 com os Relatórios da Comissão Real para a Lei dos Pobres e em 1942 pelo Relatório Beveridge, recomendou a criação de serviços de saúde e reabilitação para prevenção e “cura” de doença, o que culminou na criação do Serviço Nacional de Saúde – *National Health Service -NHS*.

Em 1948 surgiu o National Health System composto por 14 Autoridades Sanitárias Regionais e três Escritórios Provinciais País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte (NHS, 2005) que provê cobertura universal baseado no princípio de equidade e de integralidade.

Desde a crise econômica de 1970 gerada pela crise do petróleo que Partido Conservador levantou profundas críticas à administração como monopólio e ineficiência microeconômica, e após sucessivos mandatos conduziu medidas liberalizantes que culminaram na reforma de 1991 que introduziu o conceito de compradores e provedores de serviços de saúde, incluindo a profissionalização da gerência antes exercida por médicos.

Em 1997 o governo britânico apresentou nova proposta de reforma do NHS que fora implantada em 1999 e que pretendeu reduzir a competição e melhorar o monitoramento do desempenho e a criação de 26 Zonas de Ação em Saúde – *Health Action Zones*.

A cobrança de taxas para financiamento do *NHS* é motivo de confrontos e oposições políticas e as controvérsias acerca da reforma do sistema se estende até hoje sendo que cada um dos quatro países do Reino Unido tem seu próprio sistema de saúde.

Culturalmente o Reino Unido se destaca pela forma como são tratadas artisticamente as questões da saúde e do sistema nacional de saúde. A rotina dos hospitais e dos profissionais de saúde é abordada em filmes, série de televisão e mesmo *cartoons*, além disso, são incontáveis os documentários produzidos com o objetivo de informar e orientar quanto à saúde e o bem estar. A seguir apresenta-se quadro com a série histórica do surgimento do *National Health System* (NHS).

## Quadro 2 - Série histórica do sistema de saúde britânico

1494	Lei para Andarilhos e Pedintes
1597	<i>Tudor Poor Laws</i> – Lei para Ajuda à Pobreza
1661	Lei Elizabetana para o Pobres
1662	Lei para os Pobres
1697	Lei para os Pobres – Emenda
1782	Redução do Lei da Pobreza e Casa de Correção
1832	Comissão Real e Lei de Revisão da Lei dos Pobres
1834	Lei da “ <i>Chargeability</i> ” da União
1845	Lei da lei dos Pobres da Escócia
1905	Reforma Liberal do <i>Welfare</i>
1909	Comissão Real – <i>Majority and Minority Report</i>
1914-45	Período entre guerras
1948	Lei da Assistência Nacional
1970	Crise do petróleo e críticas ao NHS
1991	Reforma do NHS
1999	Nova Reforma do NHS

Fonte: A autora, 2017.

## 2.2 Canadá

De acordo com a *Canadian Health Care* (CHC) o sistema de saúde canadense é um grupo de planos de saúde que provê cobertura a todos os cidadãos canadenses, fundado e administrado nas províncias e nos territórios de base sob as diretrizes do governo federal. Sob o sistema de saúde canadense os indivíduos estão assistidos com cuidados preventivos ou clínicos e atenção primária assim como acesso a hospitais, cirurgias odontológicas ou serviços médicos adicionais. Com algumas exceções, todos os cidadãos estão qualificados para a cobertura de saúde independentemente de sua renda, história pregressa ou padrão de vida.

A Lei Federal da Saúde - *Canada Health Act* determina as condições pelas quais as províncias e os territórios no Canadá devem receber os fundos para a assistência em saúde. Há cinco princípios fundamentais da Lei Federal da Saúde: a administração pública, a abrangência, a universalidade, a portabilidade e a acessibilidade. Novos residentes não podem ter tempo de carência de acesso aos serviços de saúde maior do que três meses.

Alguns serviços adicionais podem ser oferecidos pelas províncias que incluem fisioterapia, cobertura odontológica, prescrição de medicamentos, entretanto as províncias não são obrigadas a prover tratamentos não descritos pela *Canada Health Act* e cujas diretrizes podem ser alteradas pelas políticas públicas.

A assistência médica no Canadá é fornecida por um sistema de saúde financiado com fundos públicos, cujos serviços, em sua maior parte fornecidos pelo governo local, são fornecidos também por instituições privadas.

Guiado pelo *Canada Health Act*, o sistema de saúde canadense é universal e estão segurados todos os residentes legais do país, inclusive imigrantes sem cidadania canadense. Financiado por fundos públicos e privados, em média, 90% dos serviços de assistência à saúde são fornecidos pelo governo local, mas também por instituições privadas. Cada província ou território é responsável pela regulação dos serviços de saúde cujos padrões mínimos de qualidade e de assistência são determinados pelo governo federal.

O sistema de saúde regional, ou seja, de um província ou território, é administrado pelo governo local por meio dos próprios profissionais de saúde sem o envolvimento do paciente com a seguradora. O financiamento dos custos dos serviços de saúde é proveniente de fundos do imposto de renda (70% dos gastos da assistência médica canadense são cobertos por fundos públicos) sendo que três províncias impõem um imposto fixo adicional, do qual famílias de baixa renda podem ser isentas. O seguro privado é permitido, mas está limitado aos serviços que não são cobertos pela assistência médica pública da província ou território como os serviços odontológicos e oftalmológicos.

O Ministério da Saúde canadense fornece um cartão de saúde para seus habitantes e pretende que todos os habitantes recebam o mesmo nível de cuidado que não é afetado pela perda ou mudança de emprego nem está baseado em condições de saúde pré-existentes ou limite de cobertura, entretanto, o *Medicare*, como é chamado, não cobre custos com medicamentos. São as companhias privadas que cobrem os medicamentos e no caso de clientes idosos ou de baixa renda, por outros programas públicos. Os preços dos remédios são negociados com as distribuidoras pelo governo federal e os médicos de família são escolhidos pelos pacientes. Havendo necessidade ou o paciente deseje ver um especialista, o médico de família pode referir o paciente para um especialista que incluem dermatologistas e pediatras. Cuidado preventivo e detecção precoce são considerados importantes e exames médicos anuais são encorajados, visto que não apenas estendem a expectativa e a qualidade de vida dos pacientes, mas também diminuem os custos da assistência médica.

### 2.2.1 Histórico do sistema de saúde canadense

Até o século dezenove os doentes eram tratados em casa e os hospitais, mantidos por instituições religiosas, cuidavam dos pobres e eram em geral, católicas. Com o aumento populacional, essas instituições sem fins lucrativos cresceram e receberam ajuda de governos municipais para prestação de atendimento gratuito. A partir daí surgiram escolas formadoras de médicos e cirurgiões, com destaque para a medicina prática do médico William Osler, cujo livro *The Principles and Practice of Medicine* dominou a instrução e prática da medicina por mais de 40 anos.

A associação entre higiene e processos de saúde e doença gerou um movimento que conquistou, além de melhor assistência médica para os pobres, o fornecimento de água potável e serviços de coleta de lixo para a população. e a inclusão do direito das mulheres de serem admitidas nas escolas médicas e obterem licença do College of Physicians and Surgeons of Ontario conquistados inicialmente por Emily Howard Stowe e Jennie Kidd Trout.

Durante o início do século XX, a partir de 1892 com a descoberta da insulina por médicos canadenses e britânicos ocorreu uma aceleração da construção de hospitais administrados pelo governo, asilos para doentes mentais e sanatórios para pacientes com tuberculose. A pressão do público e a idéia de um seguro de saúde público ganharam popularidade reforçada pela Grande Depressão, para a criação de um sistema de saúde público, embora sem o apoio da categoria médica.

Em 1935 foi criada a lei de um sistema de seguro público em Alberta pela United Farms of Alberta, posteriormente anulada pelo sucessor. No ano seguinte nova lei assegurou seguro de saúde aprovada na Colúmbia Britânica, mas que não foi implementado em decorrência das objeções de médicos da província.

Em 1946 a Província de Saskatchewan implementou um sistema universal de saúde criando o médico municipal como alternativa à carência de médicos e, em seguida, criou o *Hospitalization Act* que garantia cuidados médico gratuitos. Em 1948 ocorreu a do *Medical Services Incorporated* em Alberta que cobria 90% da assistência médica pré-paga. (LAMPARD, 2008)

Em 1957 o governo federal aprovou o a Lei do Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (HIDS) para financiar a metade dos custos dos programas

de assistência em saúde das províncias e cujas exigências eram a administração pública, a abrangência, a universalidade, a portabilidade e a acessibilidade. Tais exigências tornaram-se os pilares do *Canada Health Act*.

A despeito da oposição e da greve dos médicos do *Saskatchewan College of Physician and Surgeons*, o Premier Woodrow Lloyd estendeu, em 1961, os fundos liberados para gastos com saúde para a cobertura médica. E em 1966 o *Medical Care Act* estendeu a cobertura de custos fornecidos pelo HIDS permitindo que cada província estabelecesse um programa de saúde pública universal.

Em 1984 o *Canada Health Act* proibiu a cobrança de serviços médicos, mas apenas em 1999 o primeiro ministro Paul Martin aprovou o *Social Union Framework Agreement* que reafirmou os cinco pilares como base da assistência médica canadense estabelecendo, no ano seguinte o Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde.

Comissão do Senado para Assuntos Sociais, Ciência e Tecnologia publicou em 2001 as recomendações em A Saúde dos Canadenses – o papel federal. Vol VI: Recomendações para Reforma e em 2003 estabeleceram o Novo Acordo de Cuidado em Saúde, Conselho de Saúde do Canadá e o Instituto de Segurança do Paciente Canadense. Em 2004 foi criada a Agência de Saúde Pública Canadense e, em 2007, estabelecida a estabelecida Comissão de Saúde Mental do Canadá e as Garantias do Tempo de Espera do Paciente. O processo de desenvolvimento do sistema de saúde canadense tem seu ponto mais recente na criação do Plano Estratégico 2008-2011 do Departamento de Saúde e Serviços Comunitários que deve ser renovado a cada quatro anos.

Embora considerado de boa qualidade pelos usuários, estudos apontam para um grau de ineficiência do sistema de saúde canadense que aumentam os gastos medidos pela redução das causas tratáveis de morte entre 18 a 35% dos dados analisados. Autores mostram que há três fatores principais que concorrem para a ineficiência do sistema: gerenciamento de fatores como readmissão hospitalar, dados de saúde pública como a obesidade e o fumo e fatores ambientais como média de renda da população. (CARTER *et al*, 2016)

Quadro 3 - Série histórica do sistema de saúde canadense (continua)



### Quadro 3 - Série histórica do sistema de saúde canadense (continuação)

XVIII	instituições religiosas, em geral, católicas. Instituições sem fins lucrativos recebem ajuda de governos municipais
1828	Universidade McGill da Instituição Médica de Montreal, primeira escola médica em Montreal
1839	Colégio de Doutores e Cirurgiões do Canadá;
1870	Introdução da medicina prática pelo médico William Osler dominou a instrução e prática da medicina por mais de 40 anos;
1871	Direito das mulheres de serem admitidas para escolas médicas;
1883	Criação do Ontario Medical College for Women afiliado à Universidade de Toronto;
1892	Publicação de <i>The Principles and Practice of Medicine</i> de William Osler que dominou a instrução e prática da medicina;
1922	Descoberta da insulina por médicos canadenses e britânicos; Durante o início do século XX ocorreu aceleração da construção de hospitais administrados pelo governo, asilos para doentes mentais e sanatórios para pacientes com tuberculose;
1935	Criação da lei de um sistema de seguro público em Alberta pela Unnited Farmers of Alberta, posteriormente anulado;
1936	Lei de seguro de saúde aprovada na Colúmbia Britânica não implementada por objeções de médicos da província.
1946	Criação do sistema universal de saúde pela Província de Saskatchewan e do <i>Hospitalization Act</i> .
1948	Criação do <i>Medical Services Incorporated</i> em Alberta.
1957	Criação do Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (HIDS)
1961	<i>Saskatchewan College of Physician and Surgeons</i> estende os fundos liberados para gastos com saúde para a cobertura médica.
1966	<i>Medical Care Act</i> estendeu a cobertura de custos e estabelece um programa de saúde público universal.
1984	<i>Canada Health Act</i> proíbe a cobrança de serviços médicos.
1999	Aprovação do <i>Social Union Framework Agreement</i>
2000	Estabelecido o Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde.
2001	Publicação do texto da reforma da saúde : <i>A Saúde dos Canadenses – o papel federal. Vol VI: Recomendações para Reforma</i> pela Comissão do Senado para Assuntos Sociais, Ciência e Tecnologia.
2003	Estabelecido o Novo Acordo de Cuidado em Saúde, Conselho de Saúde do Canadá e o Instituto de Segurança do Paciente Canadense.
2004	Criação da Agência de Saúde Pública Canadense
2007	Estabelecida Comissão de Saúde Mental do Canadá e as Garantias do Tempo de Espera do Paciente
2008	Criado o Plano Estratégico 2008-2011 do Departamento de Saúde e Serviços Comunitários que passa a ser renovado quadrienalmente.

Fonte: A autora, 2017.

### 2.3 Austrália

O Instituto Australiano de Saúde e Bem Estar – *Australian Institute of Health and Welfare* (AIHW) descreve o sistema de saúde canadense como uma complexa rede de conexões entre serviços, provedores, beneficiários ou usuários e estruturas organizacionais.

Principal responsável pelo financiamento dos serviços de saúde, o governo australiano também regulamenta os produtos de saúde e a mão de obra, bem como a política nacional da saúde. Estados e territórios são responsáveis pela distribuição e gestão dos serviços incluindo os hospitais públicos, a saúde comunitária e o atendimento odontológico público, além da regulamentação dos prestadores de

cuidados e os recursos privados em saúde. Os governos locais financiam alguns serviços e os programas de saúde ambiental.

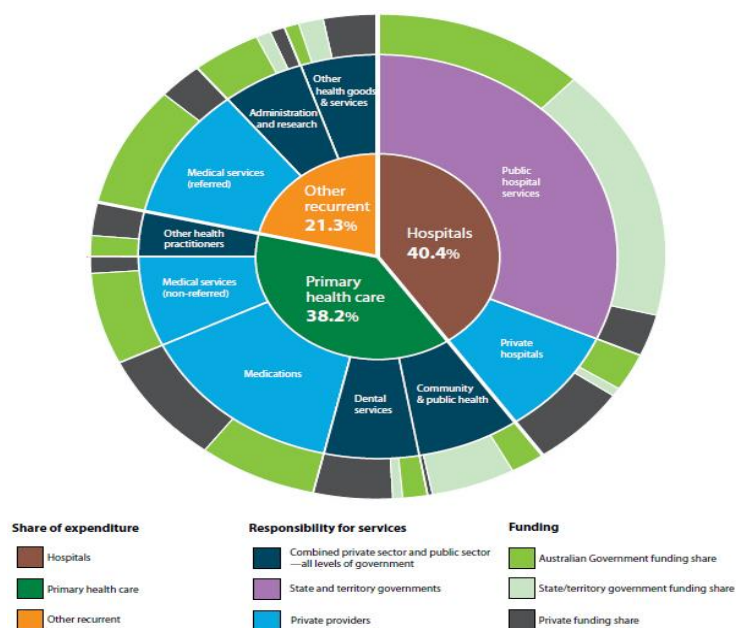
O Estado destinou, em 2014, 9,5% do Produto Interno Bruto ao sistema de saúde ou aproximadamente 140 bilhões de dólares australianos (AUD\$), quantia maior 1.7 vezes do que a anterior devido ao aumento de gastos com o envelhecimento, as doenças crônicas, as doenças e os fatores de risco cresceram mais que a população, da mesma forma que as novas tecnologias afetam os gastos com saúde.

Composto por uma rede de provedores públicos e privados, estabelecimentos, participantes e mecanismos de suporte o *Medicare*, como é chamado, oferece atendimento médico, de enfermeiros e de outros profissionais de saúde, hospitais, clínicas, agências governamentais e não-governamentais cujos serviços de diferentes níveis incluem saúde pública e preventiva para comunidades, atenção primária, emergencial, hospitalar e fisioterapêutico e cuidados paliativos.

O sistema de saúde australiano é provido por meio de uma parceria público-privada que atua na promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, além da redução dos riscos em saúde. O governo nacional é o responsável pela criação e implementação de políticas, regulamentos e financiamentos em saúde, ao passo que a gestão dos serviços públicos, bem como o gerenciamento das relações com os profissionais de saúde e unidades hospitalares ficam ao encargo dos estados e territórios australianos.

A Figura 9 mostra a distribuição do financiamento da saúde no país em 2014 de acordo com AIHW (2014).

Figura 1 - Distribuição do financiamento por setor e por natureza



Fonte: [www.aaihw.gov.au](http://www.aaihw.gov.au)

O serviço de saúde público australiano é universal, garantindo cobertura para todos os cidadãos australianos e residentes permanentes, assim como para as pessoas com vistos temporários de países com os quais a Austrália tem acordos recíprocos. O governo australiano também fornece algum tipo de assistência para requerentes de asilo enquanto seus pedidos são processados, incluindo a elegibilidade temporária para o Medicare. Já os imigrantes sem documentos que não são elegíveis, aqueles com dificuldades financeiras e requerentes de asilo podem solicitar a assistência de organizações não-governamentais (ONGs).

O financiamento para a saúde australiana vem de várias fontes, incluindo o governo australiano, governos estaduais, territoriais e locais e fontes não-governamentais, como seguros privados de saúde e pagamentos "out of pocket" (diretamente pago pelos cidadãos).

Em 2014 quase 70% do total de gastos em saúde foram financiados pelo governo com o governo federal assumindo 42,4 % e os estados e territórios com 27,3%, o restante de 30.3% foi pago pelos pacientes (17%), pelos planos de saúde (8%) e por demais seguradoras (5%).

Desde primeiro de julho de 2010 os profissionais de saúde devem obter registro no Regime de Acreditação e Registro Nacional – *National Registration and*

*Accreditation Scheme* (NRAS) com objetivo de proteger o público e garantir o registro de profissionais – aborígenes, medicina chinesa, quiroprática, prática dental, medicina, radioterapia, enfermagem e parteiras, optometria, terapia ocupacional, farmácia, fisioterapia, podiatria e psicologia - devidamente treinados e qualificados, facilitar a mobilidade da força de trabalho através do país e permitir o desenvolvimento de uma força de trabalho flexível, responsiva e sustentável.

Outros atores fazem parte do sistema de saúde canadense como as agências de pesquisa e estatística que fornecem informações para prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento, cuidado e políticas associadas; os consumidores e grupos de defesa que participam das discussões e do desenvolvimentos de políticas; as universidades e hospitais que treinam os profissionais de saúde e as organizações comunitárias e voluntárias.

O sistema público de saúde australiano é auxiliado por seguros privados de saúde, opcionais e que permitem ao cidadão tratamento hospitalar e serviços de saúde auxiliares (como fisioterapia e serviços odontológicos) fornecidos fora de um hospital. O Medicare também subsidia uma ampla gama de produtos farmacêuticos pelo *Pharmaceutical Benefits Scheme* (PBS).

Os benefícios do Medicare são baseados em uma tabela de honorários – o *Medicare Benefits Schedule* (MBS) – que são definidos pelo governo australiano e não cobre serviços médicos e hospitalares que não sejam clinicamente necessários como as cirurgias estéticas e os serviços de ambulância, nem a maioria dos exames e tratamentos dentários, a maioria dos serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, podologia, psicologia e acupuntura, óculos e lentes de contato, aparelhos auditivos e outros aparelhos. (AUSTRALIA, 2014)

O Medicare subsidia uma ampla gama de produtos farmacêuticos pelo *Pharmaceutical Benefits Scheme* (PBS). Os medicamentos prestados em hospitais públicos geralmente são fornecidos para pacientes da rede pública com o custo coberto por governos dos estados e territórios australianos.

Existem quatro grandes áreas de gastos em saúde na Austrália: hospitais, atenção primária à saúde, outros gastos recorrentes (pesquisa, transporte de pacientes, administração, serviços médicos) e gastos de capital (relacionados à infraestrutura da saúde).

O aumento da expectativa de vida ao nascer e as doenças crônicas, as mais recorrentes, as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias e o

diabetes tipo 2, o sobrepeso e a obesidade compõem as principais despesas de saúde na Austrália, que, em 2012-2013, foi estimada em 147,4 bilhões de dólares (9,67% do PIB). De acordo com o Instituto Australiano de Saúde e Bem- Estar, cerca de 30 bilhões de dólares por ano (3%do PIB). (AUSTRÁLIA, 2012)

### 2.3.1 Histórico do sistema de saúde australiano

A história da assistência à saúde australiana inicia quando, em 1788, chega ao porto de Jackson, a primeira equipe de médica que acompanhou a Frota do capitão Arthur Phillip na baía de Sydney. O Serviço Médico da Colônia foi então estabelecido promovendo cuidados médicos básicos para condenados e outros em um hospital temporário. A chegada de uma segunda frota mostrou a fragilidade do serviço resultando em grande número de mortos. Em 1816 foi construído o hospital permanente, o *Sydney Hospital*, e vários outros a partir de então, em Windsor, Bathurst, Liverpool e Goulburn. O controle destes hospitais foi, progressivamente, transmitido aos civis, na medida em que o transporte dos prisioneiros reduziu e finalmente cessou em 1841. Assistência financeira era dada pelo governo, mas o controle era exercido pelas entidades.

A administração da saúde pública australiana inicia em 1850 em *New South Wales* (NSW) e a maior preocupação eram doenças infecciosas e saneamento, ainda hoje, de grande importância. Em 1881, foi criado o primeiro Conselho de Saúde de NSW pelo *Infectious Diseases Supervision Act* (IDSA) em resposta à epidemia de varíola e sob comando do governador, que deu origem ao primeiro *Public Health Act* (PHA) em 1896 e foi responsável pelo aumento do poder do Conselho. O PHA foi revisado em 1902 e consolidou outros atos constitucionais que deram provisão a outros membros de Conselhos de Saúde que deveriam ser legalmente qualificados como profissionais de saúde. Enquanto o Conselho de Saúde era órgão estatutário, as autoridades locais eram obrigadas a fornecer relatórios trimestrais detalhando as condições de saúde pública e da administração em seus distritos.

Em 1904 estabeleceu-se o Departamento de Saúde Pública juntamente com o Conselho de Saúde do Posto de Saúde de Port Jackson sendo trazido para controle do Departamento da Secretaria da Colônia. Subseqüentemente outros atos

de emendas ao PHA fortaleceram o poder do Conselho, que se tornou responsável pela supervisão por vários atos de saúde pública, incluindo o *Abattoir Act* de 1850, *Quarantine Acts*, *Infectious Diseases Acts* de 1881, *Dairies Supervision Act* de 1886, *Leprosy Act* de 1890, o *Noxious Trades and Cattle Slaughtering Act* de 1894, o *Pure Food Act* de 1908, o *Private Hospitals Act* de 1908 and o *Diseased Animals and Meat Act* de 1902.

Em 1929 foi estabelecido o *Public Hospitals Act* pela primeira vez sob controle do governo e com regulação de controle de qualidade nos hospitais. A lei estabeleceu uma Comissão do NSW, que operava separadamente do Conselho de Saúde, e foi responsável pela investigação da administração e gestão dos hospitais, assim como pela informação das condições relativas à manutenção, equipamentos, gestão e reparos, anualmente ao Ministro e suas necessidades financeiras.

Em 1973 foi criada a Comissão de Saúde do NSW, com agregação de hospitais psiquiátricos, serviços comunitários de saúde e programas de saúde pública e em 1974 foi abolido o Conselho de Saúde e suas funções distribuídas para outros comitês. Ao mesmo tempo, a administração da saúde foi descentralizada e distribuída em diversas unidades regionais no estado. Em 1982 o Departamento de Saúde do NSW foi criado pelo *Health Administration Act* a fim de atender as especificidades de estruturas organizacionais que atendessem às necessidade de mudança das comunidades.

Em 1986 o Conselho de Área de Saúde, primeiramente estabelecido em Sydney, Newcastle e Wollongong e realocando um grande número de indivíduos nos conselhos hospitalares. Nos anos 90 muitas mudanças ocorreram, incluindo a fusão dos serviços de saúde nas áreas de *Eastern Sydney* e *Southern Sydney* em 1995, reduzindo o número de serviços para dez e a formação de oito áreas rurais de serviços de saúde em substituição aos 23 distritos de serviços de saúde.

O Ato de Serviços de Saúde (*Health Services Act*) teve efeito em julho de 1997 substituindo o Ato de Hospitais Públicos (*Public Hospitals Act*) de 1929 e o Ato de Serviços Público por Área (*Area Health Services Act*) de 1986 e reconheceu o papel da promoção da saúde e da educação, dos serviços de saúde comunitária e de meio ambiente.

Em 01 de julho de 1975 foi apresentado o Medibank, que consistia numa seguradora de saúde privada australiana de propriedade governamental. Implementado o Medibank privado como seguradora de saúde sem fins lucrativos,

tornando-se o segundo maior fundo de saúde do país, passando a ser chamado de Medicare. Tal sistema entrou em vigor por meio de alterações das Leis do Seguro de Saúde (1973), Lei Nacional de Saúde (1953) e Lei da Comissão de Seguro de Saúde (1973), além de alterações da Legislação de Saúde "*Amendment Act*" (1983).

#### Quadro 4 - Série histórica do sistema de saúde australiano

---

1788	Primeiro Serviço Médico da Colônia
1816	Primeiro hospital <i>Sydney Hospital</i>
1841	Fim do transporte de prisioneiros
1850	Início da administração da saúde pública australiana
1881	primeiro Conselho de Saúde de NSW pelo <i>Infectious Diseases Supervision Act</i> – IDSA
1896	Primeiro <i>Public Health Act</i> – PHA
1902	Revisão do PHA
1904	Criação do Departamento de Saúde Pública e do Conselho de Saúde do Posto de Saúde de Port Jackson
1929	Criado o <i>Public Hospitals Act</i>
1973	Criação da Comissão de Saúde do NSW
1974	Abolição do Conselho de Saúde
1982	Criação do Departamento de Saúde do NSW pelo <i>Health Administration Act</i>
1983	<i>Amendment Act</i>
1986	Criação do Conselho de Área de Saúde
1997	Ato de Serviços de Saúde ( <i>Health Services Act</i> )

---

Fonte: A autora, 2017.

## 2.4 Brasil

O sistema de saúde brasileiro, chamado de Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores do mundo e abrange atendimento ambulatorial e hospitalar com acesso integral, universal e gratuito para toda a população. Criado em 1988 pela Constituição Federal tem como princípios doutrinários são a universalidade, ou seja, garantia do direito à saúde por todos os brasileiros, a integralidade sem aceitação ou discriminação e a equidade de acesso aos serviços de saúde. Tem como base a descentralização e participação social em seu modelo primeiro de gestão, o que tem representado um constante aprendizado institucional na configuração do Estado democrático brasileiro em seu desenho federativo. (PIERANTONI, 2008)

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro a organização do SUS está assentada em três pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde: rede (integração dos serviços interfederativos), regionalização (região de saúde) e

hierarquização (níveis de complexidade dos serviços). A Constituição ao instituir que o SUS é um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, deliberou o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

O SUS tem uma rede de 63 mil unidades ambulatoriais e seis mil unidades hospitalares com 440 mil leitos. Sua produção anual é de doze milhões de internações hospitalares; um bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; dois milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em 2012 o Brasil contava com 32.970 Equipes de Saúde da Família formadas por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e até doze agentes comunitários nas unidades básicas de saúde. Esses profissionais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área delimitada.

Quanto ao financiamento do sistema de saúde brasileiro, a Emenda Constitucional nº 29 estabelece que os gastos da União devam ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem garantir 12% de suas receitas para o financiamento à saúde e os municípios precisam aplicar pelo menos 15% de suas receitas. Há um limite para o repasse, o chamado teto financeiro, calculado com base em dados como população, perfil epidemiológico e estrutura da rede na região.

As receitas estaduais que financiam o SUS são compostas por impostos estaduais, transferências da União, imposto de renda e outras receitas correntes. Desse total, devem-se subtrair as transferências constitucionais e legais que são feitas aos municípios: 25% do ICMS, 50% do IPVA e 25% do IPI Exportação e, da mesma forma, as receitas municipais são impostos municipais, transferências da



União, imposto de renda, transferências do Estado e outras receitas correntes: receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos.

De acordo com a Cartilha “Entendendo o SUS” (BRASIL, 2007), disponibilizada no sitio eletrônico do Ministério da Saúde, a União é o principal financiador da saúde pública no país. Ficando com metade dos gastos, sendo a outra metade de responsabilidade dos estados e municípios. A União formula políticas nacionais cuja implementação é de responsabilidade dos seus parceiros (estados, municípios, ONGs e iniciativa privada), entretanto, o município é o gestor, principal responsável pela saúde pública de sua população. Todos os estados e municípios devem ter conselhos de saúde compostos por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde que fiscalizam a aplicação dos recursos públicos em saúde.

Pela forma referenciada, em caso de o município não possuir todos os serviços de saúde, pode haver o pacto com as demais cidades de sua região a fim de garantir atendimento integral que deve passar pela negociação com o gestor estadual que implementa políticas nacionais e estaduais, além de organizar o atendimento à saúde em seu território.

A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.) de onde, se necessário, haverá o encaminhamento para outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas).

Os convênios são transferências voluntárias de recursos e são realizados quando há interesse recíproco entre o Ministério da Saúde e o conveniente, que podem ser entidades federais, estaduais, municipais, ONGs, filantrópicas, empresas, ou outras. Neste caso é exigida uma contrapartida, conforme a capacidade do conveniente como a execução de programas, projetos, ações, atividades ou eventos de saúde.

Não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS. No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde e deliberada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe,

etc.; e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde.

Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, dependendo do pacto feito na região. A insulina humana e os chamados medicamentos estratégicos – incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo e Alimentação e Nutrição – são obtidos pelo Ministério da Saúde. Já os medicamentos excepcionais (aqueles considerados de alto custo ou para tratamento continuado, são comprados pelas secretarias de saúde e o ressarcimento a elas é feito mediante comprovação de entrega ao paciente. Os medicamentos para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids são comprados pelo ministério e distribuídos para as secretarias de saúde.

Com o Pacto pela Saúde (2006), os estados e municípios poderão receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: 1 – Atenção Básica; 2 – Atenção de Média e Alta Complexidade; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; e 5 – Gestão do SUS.

#### 2.4.1 Histórico do sistema de saúde brasileiro

A atuação, em caráter universal, do Ministério da Saúde consistia das atividades de promoção e prevenção de doenças e da assistência médico-hospitalar para poucas doenças, além de servir aos indivíduos indigentes, aqueles não eleitos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Até 1930 os direitos sociais, incluindo o direito à saúde e à previdência, eram inexistentes no Brasil, inclusive com alguns retrocessos, como por exemplo, a primeira Constituição da República de 1891 que retirou a obrigação do Estado de assegurar o ensino primário e de primeiro grau, reconhecida pelo Império.

Naquele período as iniciativas do Estado eram no sentido da prevenção e do combate às doenças endêmicas ou transmissíveis, por medidas ligadas ao saneamento básico e, principalmente, pela imunização da população, em virtude das descobertas da microbiologia, que permitiram o desenvolvimento de vacinas. Curiosamente, as medidas criadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública –

DNSP, fundado de 1902 e subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, e que afetaram o cotidiano da população provocando a chamada Revolta da Vacina em 1904, na cidade do Rio de Janeiro, então capital federal. (CASTRO e SANTOS, 2010)

Em 1923 com a Lei Eloy Chaves que regulou o funcionamento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Dez anos depois havia 140 CAPs, que embora de pequeno alcance se comparada à população total, foi ampliada em 1933 pela lei que criou os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS) que substituíram os CAPs e eram responsáveis pelas aposentadorias, pensões e pela assistência à saúde dos trabalhadores de acordo com suas categorias profissionais – bancários, servidores públicos, industriários etc.- financiados por contribuições por empregados e empregadores e administrados por aqueles e o governo.

A criação do Ministério da Educação em 1930 mediante reforma do ensino estabeleceu a primeira medida de reconhecimento aos direitos sociais.

Entre 1945 e 1964, após o regime autoritário do Estado Novo, houve significativa mudança em relação aos direitos sociais e políticos brasileiros, mas o retorno à democracia não se repercutiu em mudanças na assistência à saúde permanecendo os IAPs como principais responsáveis pelas políticas de previdência e assistência médica controlados pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

Os IAPs caracterizaram-se como um sistema de seguro social desigual na medida em que era financiados e organizados por diferentes categorias profissionais cujas capacidades de contribuição eram também diversas. Tais Institutos construíram diversos hospitais e centros de saúde, principalmente nas grandes cidades, onde se concentravam a maioria dos trabalhadores e estabeleceram convênios com prestadores de serviços no interior como as Santas Casas.

A partir dos anos 40 outras iniciativas surgiram como a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942 cujos objetivos de desenvolver ações preventivas – como vacinação e saneamento – e ações educativas e de cunho assistencial, inclusive hospitalar, a todos os habitantes dos municípios onde havia unidades do SESP, configuraram o primeiro tipo de ação de saúde de caráter universal no país. (RODRIGUES, 2011)

Somente em 1953 a assistência à saúde, embora de caráter basicamente preventivo, separou-se da função da educação com a criação do Ministério da

Saúde e em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (Deneru). O processo de industrialização, a urbanização e o aumento da classe média deram impulso à ampliação das políticas sociais e ao setor de saúde brasileiro. RODRIGUES (2011) afirma que o setor público se dividiu em duas partes, sendo uma ligada à previdência social e outra ao Ministério da Saúde. O setor privado dividiu-se em uma parte filantrópica e outra de caráter empresarial voltado para a administração de planos e seguros de saúde e para a prestação de serviços de saúde.

Em 1960 o SESP transformou-se em Fundação (FSESP) vinculada ao Ministério da Saúde e foi responsável pela implantação de saneamento básico em diversos municípios.

O governo militar implantado em 1964 retrocedeu na garantia dos direitos sociais, entretanto o período de crescimento econômico que se instalou até 1973 retomou a ampliação e extensão dos direitos de aposentadoria e assistência médica aos trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos com a unificação dos IAPs mediante criação do Instituto Nacional de Previdência Social e a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

Criado em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificou o regime de previdência social e de assistência médica a toda população ampliando de forma igualitária a abrangência do sistema de saúde, além da incorporação dos acidentes de trabalho às ações previdenciárias, em 1967, a extensão da proteção previdenciária aos trabalhadores rurais, com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), em 1971, a ampliação da cobertura previdenciária às empregadas domésticas, em 1972, e aos trabalhadores autônomos. (PAIVA e TEIXEIRA, 2014)

Em 1970 foi criada Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) que absorveu a Deneru e as Campanhas de Erradicação da Malária e da Varíola. Vinculada ao Ministério da Saúde em 1974, a Sucam foi a Instituição de maior presença no território brasileiro com destaque para uma das suas principais características de hierarquização dos serviços, cujos guardas sanitários atuavam em todos os municípios desde os mais remotos do interior do país com rígida disciplina e organização do trabalho.

Em 1974 o regime militar criou o Fundo de Amparo ao Desenvolvimento Social (FAZ), sob controle da Caixa Econômica Federal, que destinou quase 80% de

seus financiamentos nas áreas de saúde e previdência para o setor privado, o que fortaleceu o crescimento deste setor, gerando um aumento da oferta dos serviços de saúde privados e reduzindo a expansão da rede pública, além do Plano de Pronta Atenção que foram convênios de atendimentos com objetivo de agilizar e expandir o acesso aos serviços de saúde. (Carvalho, 1993)

O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS) criado em 1977 foi composto pela reunião dos institutos: INPS, INAMPS, LBA e Funabem e outros. Entretanto a crise econômica dos anos 80 com estagnação das receitas do INAMPS e aumento do número de beneficiários e suas despesas levaram o instituto a dificuldades financeiras que o forçou a controlar os gastos e reduzir os contratos com o setor privado aumentando a demanda para o setor público.

Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) que implantou em 1983 o Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social e as Ações Integradas de Saúde (AIS) com objetivo de controlar por meio da integração dos serviços de saúde privados e os serviços do INAMPS com o Ministério da Saúde e estados e municípios.

Entre 1978 e 1987 movimentos populares pela saúde reivindicavam uma reforma sanitária mais igualitária e acessível. O processo de democratização do país foi contemplado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde cuja proposição mais premente era a inscrição na futura Constituição dos direitos fundamentais à saúde e educação como dever do Estado e estabeleceu algumas diretrizes para o sistema único de saúde como a descentralização e a integralização das ações.

Em cinco de outubro de 1988 foi promulgada a nova Constituição Federal brasileira e com ela criado o Sistema Único de Saúde – SUS garantindo o direito à saúde e à educação, evidenciando, mais uma vez, o vínculo saúde-educação.

Em 1992 a Sucam e a FSESP foram absorvidas pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), fundação pública que tem, atualmente, como missão a promoção da saúde pública e da inclusão social por meio de ações de saneamento e saúde ambiental.

Nos anos seguintes até hoje foram criadas várias leis, normas operacionais e medidas complementares que redimensionaram os financiamentos e redirecionaram o controle do setor público da saúde ora aproximando-os ora distanciando-os dos princípios constitucionais. Neste contexto destaca-se o Pacto pela Saúde de 2006 cujas diretrizes operacionais estão definidas pela Portaria 399/06 e pretenderam

consolidar o Sistema de Saúde brasileiro e “possibilitar a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social”. (BRASIL, 2006)

Às portas dos trinta anos da implantação do sistema de saúde brasileiro alguns problemas são apontados por especialistas e autoridades como desafios que devem ser enfrentados como a força de trabalho, a gestão do sistema e a administração. Quanto à atenção básica, uma política do investimento capaz de promover os instrumentos de gestão, a ampliação da estratégia Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários. O financiamento e o mercado são alvos de crítica no âmbito da saúde, já que existe uma renúncia fiscal a empresas que optem pelo plano de saúde privado.

#### Quadro 5 - Série histórica do sistema de saúde brasileiro

1902	Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP
1904	Revolta da Vacina na capital federal – Rio de Janeiro
1923	Criação das Caixas de aposentadorias e Pensões – CAPs
1930	Criação do Ministério da Educação – ME
1933	Criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs
1942	Criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP
1953	Criação do Ministério da Saúde – MS
1956	Criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais - Deneru
1960	Criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – FSESP
1966	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS
1970	Superintendência de Campanhas de Saúde pública -Sucam
1974	Fundo de Amparo ao Desenvolvimento Social – FAZ
-	Plano de Pronto Atendimento
1977	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SIMPAS
1981	Criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – Conasp
1983	Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social e as Ações Integradas de Saúde – AIS
1988	Promulgação da nova Constituição Federal e Criação do Sistema Único de Saúde (SUS)
1992	Criação da Fundação Nacional da Saúde (Funasa)
2006	Pacto pela Saúde

Fonte: A autora, 2017.

À luz dos aspectos históricos e sociais que levaram à formação das nações selecionadas, bem como à criação e às mudanças nos seus sistemas de saúde o estudo prossegue no sentido do seu objetivo, conhecer a fisioterapia, seu surgimento quanto ao processo de profissionalização, como e quem regula a formação e o exercício profissional e como se comporta a expansão dos escopos de práticas nos países estudados. Estes são os assuntos apresentados na PARTE III deste estudo.

Quadro 6 - Sistemas de saúde nos países estudados

	REINO UNIDO	CANADÁ	AUSTRALIA	BRASIL
SISTEMA DE SAÚDE	National Health System - NHS	Canada Health Act CHA Medicare	Medicare	Sistema Único de Saúde – SUS
ANO DE CRIAÇÃO	1948	1984	1983	1988
TOTAL DO GASTO EM SAÚDE % do PIB (2012)	7,0	7,2	8,8	8,0 (2013)
GASTO EM SAÚDE PER CAPITA US\$	3.235	4.351	3.866	970
FINANCIAMENTO PÚBLICO %	7,0	7,2	5,9	3,6
REGULAÇÃO	Governo Federal	Províncias ou Territórios	Governo Federal	Governo Federal, Estadual e Municipal.
SEGURO PRIVADO Taxa de cobertura da população*	13%	11%	7,3%	24,5%
ACESSO BENEFICIADOS	Cobertura universal Cidadãos, residentes legais e visitantes em caso de emergência e doenças infecciosas	Cobertura universal Cidadãos, residentes legais e imigrantes ilegais	Cobertura universal Cidadãos australianos, residentes permanentes ou temporários.	Cobertura universal Cidadãos, residentes permanentes ou temporários, asilados ou imigrantes ilegais
MEDICAMENTOS	Gratuito para crianças, gestantes, idosos, carentes Assistência social para carentes elegíveis	Gratuito para idosos e pessoas de baixa renda e cobertos por companhias privadas.	Gratuito para medicamentos listados pelo PBS	Gratuidade para medicamentos básicos, estratégicos e excepcionais
COMPOSIÇÃO	50 equipes (1/2000 pacientes)	Não encontrado	Não encontrado	32.970 equipes (1/4.000pacientes)

\* OECD Health Data 2013

Fonte: A autora, 2017.



### 3 A FISIOTERAPIA

Desde a Grécia Antiga que se encontram relatos do uso dos agentes físicos com fins terapêuticos. Os médicos da Antiguidade conheciam os agentes físicos e empregavam, por exemplo, os choques através do contato com o peixe elétrico para analgesia e para tratamento dos males das juntas. Os banhos termais ou balneoterapia e a talassoterapia eram recursos utilizados para tratamento de doenças sistêmicas, respiratórias, de pele. Hipócrates recomendava banhos de mar, de águas quentes e cataplasma de algas marinhas para tratamento de diversas doenças. (ORTIZ, 2004, p.4)

O imperador chinês Huang-Ti, o imperador amarelo, reinou entre 2.697 a 2597 a.C, considerado criador da medicina chinesa, desenvolveu uma forma de ginástica curativa que combinava exercícios respiratórios com exercícios para evitar obstrução dos órgãos. (HORN, 1979) Galeno (129-217 d.C) desenvolveu métodos de correção da postura por meio da ginástica. Rebelato e Batonné (1987) nos contam que Jeronimus Mercurialis, humanista do século XVI, em seu livro A Arte da Ginástica, publicado em 1569, recuperou a teoria da ginástica greco-romana abandonada no período da Idade Média, não como prática para a formação dos atletas, mas como ginástica higiênica, cujos exercícios eram voltados para a saúde.

Os exercícios prescritos por Mercurialis eram classificados de acordo com seus objetivos, sendo exercícios regulares para conservar a saúde, exercícios para tratamento de enfermos prevenindo o agravamento da doença, exercícios para o período de convalescença e exercícios para pessoas com ocupações sedentárias. O que denota que, desde Mercurialis, já havia uma percepção e uma concepção acerca da importância da prevenção e da promoção de saúde, da atenção primária e secundária, além daquela que hoje chamamos de fisioterapia do trabalho.

Desde o final do Renascimento até o início do período industrial, os exercícios físicos foram tomados como recurso terapêutico e vários métodos e técnicas surgiram e levaram, em geral, os nomes de seus criadores como Mesendiac (1879), Ling (1888), Klapp (1919), Kohlransch (1920). A partir de então, a sistematização da utilização dos recursos terapêuticos somada às novas demandas sociais provocaram as incipientes iniciativas para o processo de profissionalização da fisioterapia que se apresentam a seguir.

### 3.1 Processos de Profissionalização da Fisioterapia

Um processo é uma ação continuada e prolongada de uma atividade, uma seqüência contínua de fatos ou operações que apresentam certa unidade ou que se reproduzem com certa regularidade e segundo determinadas normas, método ou técnica. (FERREIRA, 1999, p.1641) Conforme demonstrado na introdução deste estudo, um processo de profissionalização apresenta determinada seqüência de etapas que devem ser cumpridas, e que caracterizam a consolidação de uma profissão. Neste item do estudo, apresentam-se os fatos que caracterizaram as etapas do processo de profissionalização da fisioterapia nos países selecionados. Tais etapas não se apresentaram na mesma ordem temporal, nem na mesma magnitude e abrangência em todos os países, entretanto, foi possível perceber claramente como todas elas foram cumpridas.

Para perguntar quais estratégias foram possíveis a cada momento, o quanto efetivas foram e quem poderia melhor discernir e mobilizar os recursos organizacionais necessários, conhecer a história é a única forma de acessar a continuidade e a descontinuidade de um processo. (LARSON, 1977)

Analisar as circunstâncias em que as ocupações se organizaram como grupo social, classificá-las como origem, tipo e grau de organização, como e porque vieram a existir e sua organização pode ser mantida, quais as consequências dessa organização para a divisão do trabalho produtivo da qual fazem parte, são questões para as quais o processo histórico pode apontar respostas.

As profissões desenvolvem-se através de uma série de etapas que constituem o processo de profissionalização e que, ao serem identificadas, podem mostrar como pode haver grupos ocupacionais controlando a aquisição e a aplicação de vários tipos de conhecimento.

O fenômeno central da vida profissional é a ligação entre a profissão e seu trabalho chamado por Abbott (1987) de jurisdição. As profissões desenvolveram um sistema interdependente. Neste sistema, cada profissão tem sua atividade sob vários tipos de jurisdição. Algumas vezes têm total controle, noutras o controle está subordinado a outras profissões. As fronteiras jurisdicionais estão em constante

disputa, tanto na prática local quanto nas reivindicações nacionais. É a história das disputas jurisdicionais que compõe e determina a história das profissões. As reivindicações jurisdicionais modelam o ímpeto e o padrão do desenvolvimento organizacional. O estudo de uma profissões deve começar pelo estudo de casos da jurisdição e suas disputas seguido da localização destas disputas num contexto mais amplo, considerando o sistema da profissão como um todo. Tais sistemas devem ser estudados em outros países para que se acessem fatores exógenos afinando o sistema da profissão.

O processo de profissionalização foi descrito por Wilensky (1970) em cinco passos: o trabalho de tempo integral; as escolas de treinamento e transmissão do corpo esotérico do conhecimento; a formação de associações profissionais; a regulamentação da profissão e a criação do código de ética.

Para Freidson (1994) é possível identificar regularidade no processo histórico pelo qual uma ocupação atinge o status de profissão, ou seja, o projeto de profissionalização, sendo esta uma forma de analisar os rumos que uma profissão poderá seguir. O autor diz que é preciso estudar a construção de uma profissão e o modo como os órgãos oficiais constroem uma categoria administrativa através das diversas perspectivas considerando o tempo e o espaço.

São consideradas características do processo de profissionalização o longo período de educação formal ou institucional; o conhecimento especial, abstrato e teórico chamado de *expertise* a aplicação de conhecimento esotérico a casos particulares; a competência especial através do exercício de tarefas com discernimento complexo ou especialistas e a capacidade dos profissionais de controlar os termos, as condições e o conteúdo de seu trabalho nos locais onde o realizam por meio de sistemas elaborados de instrução e treinamento e pré-requisitos formais e exames para entrada no grupo.

A solidariedade profissional idealizada por Durkheim (2002) conferiria às corporações profissionais uma capacidade de organizar os segmentos profissionais existentes até hoje, e que desempenham um papel de construtoras da moral profissional. O problema, que também fora previsto pelo autor, foi o surgimento de tantas morais quanto de profissões e encontramos, pois, no seio de cada sociedade, uma pluralidade de morais a funcionar paralelamente.

É no cotidiano que se constroem as regras profissionais. Os indivíduos que se consagram no mesmo ofício estão em relação mútua pela similaridade das

atividades que executam ou mesmo pela concorrência entre eles. Tais relações nada têm de regular. Dependem das circunstâncias dos encontros e mantêm um caráter totalmente individual (Durkheim, 2004).

Considerado criador da sociologia da educação, Durkheim afirmava que do mesmo modo que a família foi o ambiente no seio do qual se elaboraram a moral e o direito domésticos, a corporação é o meio natural no seio do qual se deve elaborar a moral e o direito profissionais e acreditava na função da formação profissional de contribuir para o processo democrático e para a harmonia social.

A nova ordem moral da sociedade industrializada descrita por Durkheim (2002) concebia que todos os participantes de uma mesma atividade buscariam se organizar segundo regulamentos profissionais, onde direitos e deveres estariam delimitados. O poder moral impediria os egoísmos individuais e o abuso de poder dos fortes sobre os fracos resguardando e restabelecendo o sentimento de solidariedade social. Entretanto, não é o que parece ocorrer.

As corporações profissionais estão muito mais voltadas para os interesses exclusivos da coletividade de seus pares. *Elas são muito mais arenas políticas conflitivas, competitivas, do que consensuais e harmoniosas*, conforme Machado (1995, p. 14). A autora afirma que o corporativismo é um dos elementos constitutivos de uma profissão e trata da capacidade extraordinária de cooperação entre colegas, uma forma de se relacionar e manter o espírito da organização e a união entre os profissionais com a finalidade de proteger o grupo das interferências externas.

A competição e a concorrência por clientes podem gerar adversidades entre profissões e o compartilhamento de determinadas tarefas pode ser a causa de ambas. O escopo de prática de uma profissão, em geral, é estabelecido pelo tipo de treinamento a que se submetem seus aspirantes, e regulamentado por seus representantes legais, mas sua definição nem sempre está completamente delimitada ou explícita.

Se o cumprimento das etapas do processo de profissionalização da fisioterapia nos países selecionados foi uma escolha racional dos grupos profissionais, não é possível afirmar, mas que houve sucesso no esforço de se fazerem cumprir cada uma das etapas, isto sim é indiscutível.

### 3.1.1 Reino Unido

Em 1984 quatro enfermeiras desejavam proteger suas profissões após a serem advertidas de que notícias publicadas na imprensa ofereciam massagem como um eufemismo a outros serviços, logo, decidiram criar a Sociedade de Massagistas Treinadas - *Society of Trained Masseuses* com objetivo de proteger a prática da massagem e garantir sua boa reputação. Em 1900 a Sociedade adquire status de organização legal e pública e se torna a Sociedade Integrada de Massagistas Treinadas - *Incorporated Society of Trained Masseuses*

Em agosto de 1914 teve início o Corpo de Massagem de Almeric Paget criado pelo casal Almeric Paget que formou cinquenta massagistas treinadas para atuar no principal Hospital Militar do Reino Unido. O sucesso do serviço aumentou para cem o número de massagistas atuando no hospital. A rotina era pesada começando às nove da manhã com 30 minutos para o almoço e 10 minutos para o chá da tarde. Cada massagista deveria atender entre 30 a 40 pacientes por dia, cujo atendimento incluía massagem, hidroterapia, eletroterapia e estimulação muscular ou corrente galvânica interrompida ou diatermia. Durante a I Grande Guerra, em média, 200 pacientes foram atendidos por dia nos serviços da clínica dos Paget.

Figura 2 - Uniforme usado pelas massagistas treinadas pela Corporação de Massagem Militar de Almeric Paget



Fonte: Almeric Paget Military Massage Corps. Coat and Skirt. Imperial War Museum, Department of Printed Books : Women's Work Collection - Ref: BRCS 25.6/21

Em 1915 o Diretor Geral do Serviço Médico do Exército, Sir Alfred Keogh promoveu o serviço ao modelo de referência de departamentos de massagem e elétrica em hospitais de convalescência de guerra através do Reino Unido. Um fundo de expansão foi oferecido o primeiro campo de convalescência foi aberto com mais de três mil pacientes sendo 500 deles casos de massagem. A corporação de massagistas foi reconhecida oficialmente pelo Ministério da Guerra em 1915 todos os massagistas foram admitidos no serviço militar. A palavra “militar” foi adicionada ao título da corporação em 1916 e em 1919 tornou-se o Serviço Militar de Massagem por Instrução do Conselho do Exército (*Military Massage Service by Army Council Instruction* – APMMC) no qual serviram 3.388 homens e mulheres. Logo depois o serviço foi prestado na França e na Itália. Ainda em 1915 foi criado o primeiro Jornal da Sociedade Integrada de Massagistas Treinadas e em 1920 foi chamado de Jornal da Sociedade Integrada de Massagistas Treinadas e Ginástica Médica.

Em 1944 passa ao título de Jornal da Sociedade Constituída de Fisioterapia - *The Journal of the Chartered Society of Physiotherapy* – e finalmente em 1948 torna-se definitivamente o Fisioterapia: Jornal da Sociedade Constituída de Fisioterapia - *Physiotherapy: Journal of the Chartered Society of Physiotherapy*. Atualmente o jornal informa seus membros sobre os procedimentos do Conselho, resultado de exames e dissemina pesquisas e boas práticas em fisioterapia aos membros e outros leitores interessados;

Há uma edição do *Chartered Society of Physiotherapy* – CSP (2012) que relaciona mais de cinquenta livros e artigos que tratam da história da fisioterapia no Reino Unido, mas não estão digitalizados. Diante da dificuldade objetiva de acesso aos textos relacionados, fez-se uma análise dos títulos, que, além de muito sugestivos, são fonte confiável acerca do assunto de que tratam. Entretanto, ao analisar a história da CSP, que descreve o profissionalismo como as qualidades, as habilidades e as competências que se espera de um fisioterapeuta, é possível perceber que ela se confunde com história da fisioterapia no país.

Em 1922 foi criada a Associação de Professores de Fisioterapia - *Association of Teachers of Physiotherapy* - como primeiro grupo de interesse clínico e ocupacional.

Com o objetivo de representar o escopo de trabalho da fisioterapia, a Sociedade adotou o nome atual de Sociedade Organizada de Fisioterapia -

*Chartered Society of Physiotherapy* (CSP) em 1944 e em 1945 é formada a Associação de Fisioterapeutas Ortopédicos Credenciados - *Association of Orthopaedic Chartered Physiotherapists*;

A CSP funda a Confederação Mundial de Fisioterapia e realiza o primeiro Congresso Mundial de Fisioterapeutas ocorrido em 1953 no *Central Methodist Hall* em Londres. Em 1960 O Ato das Profissões Suplementares à Medicina - *Professions Supplementary to Medicine Act* – estabelece o Conselho para Profissões Suplementares à Medicina - *Council for the Professions Supplementary to Medicine* (CPSM) para regular a formação inicial, adequar a prática e a condução da fisioterapia e de outros profissionais da saúde afins.

Em 1968, pela primeira vez, a presidente do Conselho para Profissões Suplementares à Medicina é uma fisioterapeuta– Lois Dyer e a faculdade de Fisioterapeutas e a Associação de Fisioterapeutas se unem ao CSP.

O primeiro curso de pósgraduação da Escola de Fisioterapia da Irlanda do Norte inicia em 1981 e a Escola de Fisioterapia do Hospital de Londres inicia o primeiro programa de mestrado em fisioterapia, seguida em 1982 pelo Queen's College, em Glasgow. Neste mesmo ano a Sociedade é certificada como uma união sindical independente.

O Departamento de Saúde, por meio do memorando HC (77)33 estabelece a autonomia para fisioterapeutas em 1977 e, no ano seguinte, o Conselho Municipal concorda com disposição legal permitir que fisioterapeutas tratem pacientes sem prévia referência médica.

Em 1981 Fred Frazer é o primeiro fisioterapeuta no mundo a conquistar o título de PHD com a tese: *Fisioterapia Domiciliar: custo e benefício* na Universidade de Aston.

Em 1985 ocorre a fusão da Sociedade de Ginástica Médica e Terapia Recreacional com a CSP, em 1986 Estudantes são admitidos na CSP com o objetivo de envolvê-los no desenvolvimento da profissão e em 1992 A fisioterapia torna-se, obrigatoriamente, profissão de formação em nível de graduação ou bacharelado.

Em 1993 a CSP decide ingressar na Federação de Sindicatos do Reino Unido - *Trades Union Congress* (TUC) e em 1994 os auxiliares de fisioterapia são admitidos como membros da Sociedade.

Em 1995 a terapia de injeção como a proloterapia – injeção de “irritante” intraarticular - é incluída no escopo de prática do fisioterapeuta e pode ser considerada como o primeiro avanço na prática profissional após o reconhecimento de sua autonomia cujos sinais são percebidos quando em 2001 O Conselho de Profissionais da Saúde - *Health Professionals Council* (HPC) substitui o Conselho das Profissões Suplementares à Medicina - *Council for the Professions Supplementary to Medicine* (CPSM).

Os fisioterapeutas, agora sob regulação do HPC, alcançam em 2003 com estabelecimento legal do título de Fisioterapeuta - '*Physiotherapist*' and '*Physical Therapist*' em respeito à prática humana da fisioterapia.

No ano de 2003 Universidade de Brighton cria o primeiro programa de doutorado em fisioterapia e o primeiro título de Doutorado em Fisioterapia é dado à Nicola Petty, professora titular da Universidade de Brighton. A CSP cria a primeira associação de aposentados, seguido de acordo celebrado com o National Health System (NHS) sistema de saúde britânico com definição de honorários e demais termos e condições de trabalho.

Em 2005 o direito de prescrição suplementar foi estendido aos fisioterapeutas pelo Departamento de Saúde e Medicamentos e pela Agencia Reguladora de produtos de Cuidados de Saúde - *Department of Health and Medicines* (DHM) e *Healthcare Products Regulatory Agency* (HPRA).

Em 2012 foi alcançado o primeiro degrau para o status da Prescrição Independente ao ser estabelecida a emenda para legislação de medicamentos pelos ministros do Parlamento que estendeu a responsabilidade de prescrição independente de medicamentos aos fisioterapeutas apropriadamente qualificados. Ano em houve uma greve nacional dos fisioterapeutas conduzida pela CSP. A Emenda Constitucional de Regulação de Medicamentos Humanos de 2003 deu aos fisioterapeutas e podólogos o direito de realizar prescrição completa e independente após apropriado treinamento.

#### Quadro 7 - Série histórica da profissionalização da fisioterapia britânica (continua)

---

1894	Sociedade de Massagistas Treinadas - <i>Society of Trained Masseuses</i>
1900	Criada a Sociedade Integrada de Massagistas Treinadas - <i>Incorporated Society of Trained Masseuses</i>

---



### Quadro 7 - Série histórica da profissionalização da fisioterapia britânica (continuação)

---

1915	Criado o primeiro Jornal da Sociedade Integrada de Massagistas Treinadas
1916	A Rainha Mary torna-se patronesse da Sociedade Integrada de Massagistas Treinadas
1920	Sociedade Integrada de Massagistas Treinadas se liga ao Instituto de Massagem e Ginástica Corretiva; homens ingressam na sociedade
1922	Associação de Professores de Fisioterapia - <i>Association of Teachers of Physiotherapy</i>
1944	Sociedade Estatutária de Fisioterapia - <i>Chartered Society of Physiotherapy - CSP</i>
1945	Criada a Associação de Fisioterapeutas Ortopédicos Credenciados - <i>Association of Orthopaedic Chartered Physiotherapists</i>
1951	Confederação Mundial de Fisioterapia
1953	Primeiro Congresso Mundial de Fisioterapeutas com a Rainha Elizabeth torna-se patronesse
1960	O Ato das Profissões Suplementares à Medicina - <i>Professions Supplementary to Medicine Act</i>
1968	Fisioterapeuta eleita presidente do Conselho para Profissões Suplementares à Medicina; Faculdade de Fisioterapeutas e Associação de Fisioterapeutas se unem ao CSP
1976	Primeiro curso de pósgraduação em Fisioterapia
1981	Primeiro programa de mestrado em Fisioterapia
1977	Memorando HC(77)33 estabelece a autonomia para fisioterapeutas
1978	Atuação sem prévia referência médica
1981	Primeiro título de PHD ao um fisioterapeuta
1992	Fisioterapia torna-se profissão de nível superior
1993	CSP ingressa na Trades Union Congress - TUC
1994	Auxiliares são admitidos como membros da Sociedade
1995	Autorização para terapia de injeção
2001	Regulação do HPC e título de Fisioterapeuta
2003	Primeiro programa de doutorado
2004	Definição de honorários e condições de trabalho
2005	Direito de prescrição suplementar de medicamentos
2009	Primeiro título de doutorado em fisioterapia
2012	Autorização para Prescrição Independente
2013	Autorização para Prescrição completa e independente

---

Fonte: A autora, 2017.

#### 3.1.2 Canadá

A mais antiga atuação da profissão de fisioterapeuta no Canadá surgiu de um pequeno grupo de enfermeiras inglesas que formavam a sociedade de massagistas treinadas chamada *Society of Trained Masseusses* (STM) em 1920. A profissão deu seus primeiros passos como consequência da Primeira Grande Guerra quando soldados feridos e amputados necessitaram de assistência em utilização das próteses, além da reabilitação das lesões de músculos e articulações adquiridas durante os combates. Três enfermeiras atuaram sob a denominação de terapeutas massagistas e receberam, mais tarde, o título de fisioterapeutas. Elas desenvolveram o primeiro currículo de formação na, então considerada, multidisciplinar forma de tratamento. Elas fundaram, ainda, a organização reguladora para os membros da profissão e sob a supervisão da Associação Canadense de

Fisioterapia – Canadian Physiotherapy Association (CPA) criada em 1935 quando a educação de fisioterapia foi padronizada. O termo “masseur” ou massagista foi usado no Canadá, Reino Unido e Austrália até a Segunda Grande Guerra quando foi substituído por *Physiotherapist* ou PT.

De acordo com o Centro de Reabilitação e Fisioterapia Oriole, o primeiro curso de formação em fisioterapia foi criado em 1929 com duração de dois anos, os profissionais que obtivessem título universitário deveriam trabalhar sob supervisão médica.

Os primeiros tratamentos aplicados foram a eletroterapia, a hidroterapia e massagem, seguidos dos exercícios corretivos. E em 1929 o Ministro da Defesa Nacional padronizou os honorários para PTs, especificando salário de 1.105 dólares, permitindo uso de uniforme, patente e idade limite. Até o final da II Guerra Mundial 30% dos fisioterapeutas canadenses associados à CPA eram militares.

Em 1947 o curso de formação em fisioterapia ganhou mais um ano de duração além do estágio obrigatório e em 1950 o curso de formação em Terapia Ocupacional foi anexado ao de Fisioterapia com o acréscimo de dois meses de estágio e nove novos cursos foram abertos para atender à demanda de atendimentos.

Na década de 60 houve demanda para novos programas de universidades, sendo a Universidade McGill em 1954, a que oferece desde 1988 o programa de PHD em Ciências de Reabilitação. Devido ao problema e à frustração do controle médico, os fisioterapeutas canadenses desenvolveram seu próprio corpo de conhecimento e suas competências. Em 1980 os fisioterapeutas canadenses solicitaram sua própria universidade e em dezembro de 1991 em Ontário conquistaram *Physiotherapy Act*, o ato fisioterapêutico que descreve o código de procedimentos fisioterapêuticos das profissões de saúde. Em sequência apresentam-se os fatos cronologicamente organizados que levaram à profissionalização da fisioterapia no Canadá.

Em resposta à necessidade do mercado de especialistas em reabilitação no Canadá no período da Segunda Grande Guerra Mundial, a primeira Escola de Fisioterapia teve início na Universidade de McGill em 1943 sob a égide da Faculdade de Medicina, era conhecido como Reabilitação de McGill. Inicialmente com programa de duração de dois anos além de estágio, sendo acrescido de mais um ano em 1947. Em 1950, a terapia ocupacional foi introduzida em um programa

de três anos que combinava a fisioterapia em um mesmo programa de certificação seguido de dois meses de estágio em cada profissão. A escola recebeu o nome atual de Escola de Fisioterapia e Terapia Ocupacional no ano seguinte. Em 1954, McGill introduziu o primeiro programa canadense de bacharelado em fisioterapia e terapia ocupacional separadamente.

Devido ao avanço da ciência e da tecnologia e do aumento da ênfase na necessidade de cuidado em saúde pela sociedade, os programas foram envolvidos e integrados em maior base acadêmica e científica nas décadas seguintes. Assim, os programas de duplo diploma foram extintos permitindo a criação da graduação em bacharelado em fisioterapia em 1969 e em Terapia Ocupacional em 1971. A escola revisa continuamente a base curricular científica a fim de preparar graduados qualificados pela prática profissional e estudos avançados em reabilitação. O programa de mestrado em ciência da saúde – reabilitação teve início em 1972 e formalmente aprovado em 1976. Em 1982 foi fundado o programa de doutorado e desde 1988 a Escola de Reabilitação tem oferecido o programa de PhD em Ciência da Reabilitação, o primeiro no Canadá.

#### Quadro 8 - Série histórica do processo de profissionalização da fisioterapia canadense

---

1929	Primeiro curso de formação em fisioterapia com duração de dois anos;
1935	Criação da Associação Canadense de Fisioterapeutas – Canadian Physiotherapists Association – CPA cujos membros deveriam obter título universitário e trabalhar sob supervisão médica;
1943	Primeiro curso de fisioterapia da Universidade McGill com duração de dois anos;
1947	O curso de formação em fisioterapia ganhou mais um ano de duração além do estágio obrigatório;
1950	O curso de formação em Terapia Ocupacional foi introduzido ao de Fisioterapia com o acréscimo de dois meses de estágio e nove novos cursos foram abertos para atender à demanda de atendimentos;
1954	Os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional foram elevados ao nível de bacharelado com quatro anos de duração, mas mantidos como dupla diplomação;
1969	Separados os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e elevados ao nível de bacharelado independentes
1972	Criado o primeiro curso de mestrado em Reabilitação;
1982	Criado o primeiro curso de doutorado em Reabilitação;
1988	Primeiro Curso PhD em Reabilitação do Canadá.

---

Fonte: A autora, 2017.

### 3.1.3 Austrália

De acordo com arquivos do acervo bibliográfico da *Australian Physiotherapy Association* (APA), em 1906 um pequeno grupo de terapeutas massagistas, como eram chamados, de Victoria, New South Wales, do sul e do oeste da Austrália, formaram uma associação para proteção do público contra pessoas não treinadas ou “práticos impostores”. Desenvolvendo padrões de acesso e educação, os associados pretenderam assegurar a qualidade da terapia para os pacientes.

Naquela época, os membros eram treinados ao invés de educados e atuavam com certa independência e com perfil de baixa inserção pública. Inicialmente, os terapeutas massagistas trabalhavam sob supervisão de médicos em hospitais públicos. Poucos atuavam em atividades privadas e mais tarde foram considerados pioneiros.

Durante a primeira guerra mundial, a fisioterapia passou a ser publicamente reconhecida como alternativa de tratamento de alto valor por reabilitar os feridos de guerra. Além disso, segunda guerra mundial produziu milhares de feridos e a epidemia de poliomielite que assolou a Austrália nos anos cinquenta promoveram oportunidades para a fisioterapia no sentido de desenvolver ações significativas para a contribuição da saúde dos australianos.

Embora tendo sido inicialmente uma colônia penal, a Austrália rapidamente criou uma sociedade fluida que já no século dezenove tornou-se reflexo de desenvolvimento e das inovações britânicas.

Na Europa o desenvolvimento de técnicas de tratamento com massagem e em especial na Inglaterra influenciou a colônia australiana a adotar a terapia de massagem clínica como campo legítimo da chamada paramedicina.

Não é conhecido exatamente quando a fisioterapia começou a ser empregada na Austrália, mas a propaganda de um serviço de eletroterapia de 1855 em Melbourne demonstra a existência da atividade na época. Em 1858 o *Jornal Médico Australiano* publicou um artigo sobre corrente farádica que indica algum interesse no assunto. Em 1874 o mesmo jornal refere a uso de eletroterapia para tratar todas as formas de paralisia incluindo hemiplegia, lesão medular, reumatismo e paralisia infantil. O uso de correntes elétricas como a corrente galvânica foi bastante difundida nos anos de 1870 e associada à massagem. Neste mesmo período surgiram os

médicos ginastas, aqueles que se especializaram na instrução e na aplicação de exercícios terapêuticos.

Figura 3 - Crianças realizando exercícios terapêuticos posturais



Fonte: Royal Melbourne Children's Hospital [www.physiotherapy.asn.au](http://www.physiotherapy.asn.au)

Em 1905 foi realizado o primeiro encontro de massagistas de New South Wales e em fevereiro de 1906 foi estabelecida a Associação de Massagistas da Austrália – *Australian Massage Association (AMA)*. No início do século vinte era possível verificar a centralização e concentração dos massagistas nas grandes capitais – Sydney, Melbourne, Brisbane e Adelaide.

O primeiro programa oficial de formação em Massagem iniciou em Victoria, idealizado pela AMA e aprovado pelo Conselho Federal o programa constava de um ano de estudos de anatomia, fisiologia, teoria e prática de ginástica médica e dissecação anatômica. No segundo ano, os estudantes deveriam cursar anatomia, eletricidade médica elementar e teoria e prática de massagem e segunda parte do curso de dissecação anatômica e estágio em hospital para treinamento clínico. Estes mesmos cursos foram oferecidos nos anos seguintes de 1907 e 1908 em New South Wales – NSW e South Australia – AS, respectivamente e todos estiveram afiliados à escolas médicas universitárias e seus hospitais-escolas. Diferentemente das escolas na Inglaterra, Chipchase *et al* (2008) chamam a atenção para o fato de que os pioneiros mentores dos cursos de massagem na Austrália tiveram a “sabedoria” de

planejar dois anos incluindo todas as disciplinas relevantes, mas principalmente, estiveram associados às universidades e não apenas baseados nos hospitais. Para eles, este foi um salto potencial para desenvolver como uma profissão altamente competente e unificada.

Em 1908, ano em que as mulheres adquiriram o direito ao voto na Austrália, os cursos de fisioterapia eram predominantemente feminino, mas supervisionado por homens, médicos e anatomistas e em 1909 foi criado o Departamento de Massagem do Hospital Real Príncipe Alfred.

Durante a I Guerra Mundial, muitos massagistas, na maioria deles imigrantes britânicos, forneceram terapias manuais e programas de reabilitação baseados em manipulação, massagem e exercícios que foram percebidos como tratamento bastante eficaz na promoção da recuperação dos soldados feridos.

Em 1933 o curso de formação em massagistas passou a ter a duração de três anos com inclusão de disciplinas de re-educação muscular e atendimento clínico.

Nos anos 40, a II Grande Guerra e a epidemia de poliomielite provocaram intensa demanda para tratamentos voltados para reabilitação e em 1950 a profissão de fisioterapeuta foi reconhecida na Austrália pelo Ato dos Fisioterapeutas que obrigava a inscrição de todos os fisioterapeutas no Conselho de Fisioterapeutas – Physiotherapists Registration Board (PRB) que se encarregou de controlar a formação e os exames dos profissionais inscritos. Durante este período, a Australian Massage Association foi renomeada de Australian Physiotherapy Association, assim como os programas de educação mudaram seus nomes para “physiotherapy”.

O primeiro programa de formação em fisioterapia da Austrália foi oferecido pela Western Australia School of Physiotherapy em 1951 considerado oficial e fornecendo diploma de fisioterapeuta. Desde então o grau de bacharelado mudou consideravelmente assim como a profissão. De acordo com McMeeken (2008) a fisioterapia na Austrália tornou-se uma disciplina fortemente acadêmica e clínica e muitas universidades têm seus programas de pesquisa mundialmente reconhecidos.

Nos anos 60, a demanda por profissionais de saúde e por fisioterapeutas cresceu no pós-guerra e em virtude das reformas governamentais que elevou a educação para o nível superior e deu aos fisioterapeutas o título de bacharel em ciências aplicadas. Para acomodar estes novos graus de formação, os Colégios de Educação Avançada – Colleges Advanced Education (CAEs) e Institutos de

Tecnologia forma abertos e ofereceram os cursos vocacionalmente orientados como a fisioterapia. (CAMERON, 2001)

Para contemplar uma formação mais sólida e fundamentada nas ciências biológicas e patológicas, além das ciências do comportamento, os cursos de fisioterapia foram expandidos para quatro anos em 1971.

A Universidade de Queensland foi a única a reter o curso de fisioterapia diferentemente das demais instituições cujos cursos foram deslocados para os institutos de tecnologia. Por esta razão, Queensland foi a única universidade a oferecer estudos de pós-graduação incluindo primeiro e único programa de PHD in Fisioterapia até 1979.

Em 1975 um histórico artigo levantou a questão de fisioterapeutas atuarem autonomamente, caso fossem consideradas as condições de formação e atuação cada vez mais aprofundadas. (HAMMOND, 1976; GALLEY, 1975) Em 1976 a APA rescinde o código de ética que referia o tratamento fisioterapêutico sob referência e prescrição médica.

Conselhos como o Australian Council of Physiotherapy Regulating Authorities (ACOPRA) iniciaram sua função de responsabilidade de acreditação seguindo o Australian Physiotherapy Competency Standards em 1994, ano em que ocorreu o primeiro Encontro de Diretores de Escolas de Fisioterapia Australianas, estes encontros ocorrem até hoje a cada dois anos.

A partir de 1987, seguindo a construção de um novo sistema de educação superior, os CAEs e institutos de tecnologia foram gradualmente incorporados de volta às universidades até serem extintos em 1991.

Em 1990 havia seis escolas de fisioterapia no país. O rápido crescimento da oferta de novos cursos com propostas de graduação mais rápidas aumentou para o total de dezoito escolas de graduação na Austrália em 2008.

O crescimento do número de programas de graduação não corresponde ao crescimento do setor saúde e há preocupações relativas ao desemprego de estudantes recém graduados e a forma como as universidades vão lidar com esta discrepância entre oferta e procura, no futuro, é fundamental para a formação de fisioterapeutas no país. (CAMERON, 2001)

Nas últimas três décadas a cultura de pesquisa e os programas de pós-graduação cresceram consideravelmente posicionando a Austrália na liderança internacional em pesquisa na área da fisioterapia. A Austrália foi o país com o maior

numero de participantes de trabalhos apresentados no Congresso da WCPT de 2017.

O escopo de prática da fisioterapia tem se expandido e a Associação Australiana de Fisioterapia reconhece doze diferentes grupos especiais de interesse como membros, refletindo a diversidade da prática clínica.

Hoje, fisioterapeutas australianos trabalham com autonomia, independência e colaboram com os cuidados, tratamento e prevenção em uma grande diversidade de questões da saúde. A APA prevê que a fisioterapia desenvolverá papel cada dia mais importante na manutenção da saúde populacional.

#### Quadro 9 - Série histórica da profissionalização da fisioterapia australiana

---

1858	Jornal publica artigo sobre corrente farádica
1874	Jornal anuncia prática de eletroterapia com corrente galvânica
1906	Associação de Massagistas da Austrália – <i>Australian Massage Association</i> – AMA
1909	Departamento de Massagem do Hospital Real Príncipe Alfred
1933	O curso de formação de massagistas passou a ter a duração de três anos
1950	Ato dos Fisioterapeutas
1951	Australian Physiotherapy Association
1951	Título de Bacharel em Fisioterapia
1960	Colleges Advanced Education e Institutos de Tecnologia
1971	Formação em fisioterapia com duração de quatro anos
1976	Rescisão do código de ética atrelado à supervisão médica e novo código de ética de autonomia profissional
1987	Reforma do sistema de educação superior e extinção dos CAEs e Institutos tecnológicos
1994	Encontro de Diretores de Escolas de Fisioterapia Australianas

---

Fonte: A autora, 2017.

#### 3.1.4 Brasil

A vinda da família real portuguesa para o Brasil em 1808 colaborou fortemente para o desenvolvimento das profissões da saúde e dentre elas a fisioterapia. Com os monarcas vieram os nobres e com eles os recursos humanos a serviço da elite portuguesa. O reinado português contribuiu para o surgimento das primeiras escolas de ensino médico na cidade do Rio de Janeiro. A formação da primeira médica brasileira e sua viagem à Europa deu origem aos primeiros serviços de fisioterapia ainda no século XIX.

As escolas de medicina embasaram cientificamente a prática médica no emprego dos recursos hídricos, elétricos e térmicos de atenção diferenciada às



deficiências não apenas físicas, mas também mentais e sensoriais. No Rio Janeiro e em São Paulo foram criados serviços de Fisioterapia, por meio de recursos físicos e exercícios.

Os fisioterapeutas surgiram no Brasil em meados de 1879, no período da industrialização como nos outros países, para executar as técnicas já existentes de reabilitação e tratamento de enfermidades. Há registros da criação, no período entre 1879 e 1883, do serviço de eletricidade médica e hidroterapia no Rio de Janeiro sob denominação de "Casa das Duchas" sob responsabilidade do médico Artur Silva. (SANCHEZ, 1984) Em 1884 surgiu o primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Fundado, em 1929, o Departamento de Eletricidade Médica pelo Professor de física biológica Raphael de Barros da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), influenciado pela criação da faculdade de Fisioterapia na França em 1927. No Brasil o ensino de Fisioterapia restringia-se a operação de aparelhos, reprodução de determinadas técnicas de massagem e exercícios sob prescrição médica.

Na década de 30, interessados pela recuperação e pela estabilidade física de seus pacientes, médicos de reabilitação controlavam os serviços de aplicação de recursos físicos. No Brasil, a fisioterapia tem sua origem definida por dois fatores fundamentais, um a possibilidade de solução para os altos índices de acidentes de trabalho com o objetivo de reintegrar os trabalhadores afastados ao sistema produtivo (REBELLATO, 1999), outra, a necessidade de pessoal capacitado para atender ao grande número de vítimas da II Guerra Mundial com sequelas físicas. O pós-guerra impulsionou o crescimento do número de serviços que pretendiam tratar e recuperar tais pessoas.

Em 1944 o presidente Getúlio Vargas, após um acidente, submeteu-se a tratamento fisioterapêutico e em 1945 foi construído o primeiro hospital de Fisioterapia, hoje o Hospital Municipal Barata Ribeiro em Pedregulho e virtude das epidemias de poliomielite. Em 1947 foi criado o Serviço de Fisioterapia no Hospital Carlos Chagas em Marechal Hermes no Rio de Janeiro pelo médico Camilo M. Abud e em 1949 foi criado Instituto dos Aposentados e Pensionistas da Indústria – IAPI com serviço de Fisioterapia de alta qualidade com sedes em Sacadura Cabral, Penha e Henrique Valadares. O médico Camilo M. Abud defendeu tese na Escola Nacional de Educação Física e Desportos na Universidade do Brasil, para ser

admitido como Professor Catedrático da cadeira de Fisioterapia Aplicada, o que se tornou um marco na história da Fisioterapia.

Para atender a estes serviços, em 1951, foi criado o primeiro curso de formação de técnicos em fisioterapia com duração de um ano em regime integral na Universidade São Paulo. Em 1952, a faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro retomou a cátedra de fisioterapia e em 1954 criou a Associação Beneficente de Reabilitação (ABBR) que passou a ministrar o curso de técnico de fisioterapia. A partir daí surgiram a Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD), o Lar Escola São Francisco e as Casas da Esperança que absorviam os técnicos então formados.

Nesta época, o exercício profissional dos técnicos se constituía da execução de prescrições de exercícios, massagens, uso de calor, da luz, dos banhos e dos recursos eletro terapêuticos disponíveis. (MOURA FILHO, 1999)

Na década de 50 foram criados dezenas de institutos e hospitais que viabilizaram a expansão dos serviços de fisioterapia, bem como promoveram o aumento da demanda por pessoal capacitado para executar as atividades. Foi criado o Instituto dos Aposentados Bancários (IAPB) com vários núcleos de Fisioterapia, construído o Hospital da Lagoa, criado o Instituto dos Aposentados, Pensionistas e Trabalhadores de Transporte e Cargas (IAPTEC), o Hospital Geral de Bonsucesso, o Instituto dos Aposentados e Pensionistas Marítimos (IPASE).

Em vários institutos e hospitais, principalmente nas capitais, foram criados núcleos de serviço de Fisioterapia, criado o Instituto dos Aposentados e Pensionistas do Comércio (IAPC). O Serviço de Fisioterapia da Santa Casa de Misericórdia anexada ao Ambulatório de Reumatologia foi reaberto e criada a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Por meio de uma Portaria do Ministério da Saúde, foi regulamentada a profissão de massagista, e nessa oportunidade, esta categoria profissional foi dividida em massagista, ou seja, aquele que freqüentara curso regular, como os existentes na Escola Nacional de Educação Física e Desportos da Universidade do Brasil e o massagista prático, aquele que não era oriundo de escola regular, mas, de cursos livres, tendo, porém, que se submeter às provas teóricas e práticas que eram realizadas duas vezes por ano, no Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.

Em 1951, criado o primeiro curso para formação de técnicos em fisioterapia com duração de um ano e, posteriormente, de dois anos, planejado pelo médico Waldo Rolim de Moraes e patrocinado pelo Centro de Estudos Raphael de Barros. Em 1952 a Cadeira de Fisioterapia foi incluída na Faculdade de Ciências Médicas no Estado do Rio de Janeiro, cujo Professor Titular era Jacinto Campos.

Os médicos Valdemar Bianchi, Élvio Fuser, entre outros, fundaram, em 1954, a Sociedade Brasileira de Fisioterapia, último ano em que a Escola Nacional de Educação Física e Desportos ofereceu o curso para formação de massagistas.

No Rio de Janeiro, no dia 05 de agosto de 1954, o arquiteto Fernando Lemos cujo filho de 15 anos ficara tetraplégico por seqüela de poliomielite, o médico ortopedista Oswaldo Pinheiro Campos e um grupo de empresários liderados por Percy Charles Murray, cujo filho era portador de deficiência e havia sido submetido a tratamento de fisioterapia em Londres, fundaram a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), inaugurada, em 1957, pelo presidente da república Juscelino Kubitscheck.

Dois anos depois foi criado o curso de formação de Técnico em Reabilitação com a duração de dois anos em período integral na Escola Nacional de Educação Física e Desportos e em 1956 foi o curso de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais com duração de dois anos na ABBR. Dos 16 fisioterapeutas formados 15 foram contratados pelo próprio centro de reabilitação. Oswaldo Pinheiro de Campos, Jorge Faria e Antonio Caio do Amaral criam a primeira Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (ERRJ), com a finalidade de formar especialistas em Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Em 1957 teve início o 2º curso de graduação em fisioterapia com ampliação de dois para três anos. Segundo FIGUERÔA (1996), para a formação das primeiras turmas foi preciso trazer duas fisioterapeutas estrangeiras, uma escocesa Edith MacConnel, que por não falar português teve suas aulas traduzidas por uma das alunas, Wanda Lechowski e outra fisioterapeuta canadense Ann Winter cuja participação fora fundamental na reformulação dos atendimentos na ABBR.

Em 19 de agosto de 1959 a Associação dos 'Fisioterapeutas' do Estado de São Paulo (AFSP), hoje denominada Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF) filiada a World Confederation for Physical Therapy (WCPT) teve o objetivo de buscar o amparo técnico-científico e sócio-cultural para o desenvolvimento da profissão. Esta primeira associação desempenhou papel importante na transformação do curso

de nível técnico para nível superior e na referência profissional visando organização da categoria para reconhecimento pela União. Com a fundação do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), denominação influenciada pelo grupo norte-americano que veio a São Paulo. Organizado pela seção latina da Organização Mundial de Saúde (OMS), o curso de formação de técnicos de reabilitação da USP foi ampliado para o período de dois anos, embora não fosse ainda considerado de nível superior.

A ampliação dos cursos técnicos de fisioterapia forçada pela procura exigiu melhora de sua qualidade e em 1959 fundou-se o Instituto Nacional de Reabilitação – INAR influenciado pelo grupo norte americano que veio a São Paulo a convite da seção latina da Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir daí o curso da Universidade de São Paulo - USP passou a ter a duração de dois anos e em 1964 criaram-se os cursos superiores de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Na mesma época a ABBR cumpriu papel semelhante e criou o primeiro curso superior de Fisioterapia do estado do Rio de Janeiro (OLIVEIRA, 2005)

A primeira associação de fisioterapeutas foi fundada em 1959 e usavam o antigo termo de '*fisioterapistas*' - Associação de Fisioterapistas de São Paulo, hoje denominada Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF) (NOVAES, 2000).

O primeiro Encontro em escala nacional realizado por fisioterapeutas ocorreu em 1962 denominado como I Conferência da ABF e no ano seguinte a entidade filiou-se ao WCPT. A partir daí os Congressos Brasileiros de Fisioterapia da CBF se realizam regularmente a cada dois anos, além de inúmeras sociedades e associações das especialidades criadas posteriormente.

O Parecer 388 de 1963 do Conselho Federal de Educação definiu oficialmente a ocupação do fisioterapeuta como auxiliar do médico e explicitou que lhe competia a realização de tarefas de caráter terapêutico cuja execução deveria ser precedida de prescrição médica, conforme texto do parecer emitido pela comissão de peritos designada pelo Diretor de Ensino Superior do MEC

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

2 - Não compete aos dois últimos o diagnóstico da doença ou da deficiência a ser corrigida. Cabe-lhes executar, com perfeição, aquelas técnicas, aprendizagens e exercícios recomendados pelo médico, que conduzem à cura ou à recuperação dos parcialmente inválidos para a vida social. Daí

haver a Comissão preferida que os novos profissionais paramédicos se chamassem Técnicos em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, para marcar-lhes bem a competência e as atribuições. O que se pretende é formar profissionais de nível superior, tal como acontecem a enfermeiros, obstetrias e nutricionistas. “Diante disso, não há como evitar os nomes de Técnicos em Fisioterapia e Técnicos em Terapia Ocupacional.

A primeira reunião de escala nacional realizada por fisioterapeutas no Brasil foi em 1962, denominada como a primeira conferência da ABF. A partir daí, predominaram os Congressos Brasileiros de Fisioterapia – CBF-, publicação do primeiro número da Revista intitulada “ABF”. Neste informativo, com data de circulação em 01 de agosto de 1962, destaca-se o Editorial:

“[...] verificam-se assim, intromissões incompreensíveis de certos círculos sobre outros que ainda estão em fase de desenvolvimento, negando-se-lhes 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, 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”.

Provavelmente, a Conferência de 1962 foi fator determinante para a filiação da entidade brasileira à Conferederação Mundial de Fisioterapia - *World Confederation of Physical Therapy* – WCPT.

O Conselho Federal de Educação emite no Parecer 388 de 1963 no qual é descrita a primeira definição oficial da ocupação do fisioterapeuta como auxiliar médico cuja competência é a realização de tarefas de caráter terapêutico precedidas de prescrição médica. Referendando a concepção de médico de reabilitação, ao fisioterapeuta caberia, assim como aos outros profissionais de saúde e membros de uma equipe de reabilitação, o cumprimento das tarefas ordenadas pelos médicos.

Em 1964 o Parecer 511 estabeleceu o currículo mínimo do curso superior de Fisioterapia com características essencialmente tecnicistas cujos conteúdos não contemplavam os fundamentos das ciências do movimento humano. Neste mesmo ano ocorreu o I Congresso Brasileiro de Fisioterapia no Rio de Janeiro, capital do antigo Estado da Guanabara e ocorre bianualmente desde então. São criadas as Associações Regionais de Fisioterapia ligadas a ABF vão sendo criadas, assim

como 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 à 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.

Em 1969, os ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar assinam o Decreto Lei no. 938 que assegura e reconhece a fisioterapia como profissão de nível superior e define as atividades privativas desta categoria.

A ABF procurava centrar suas ações no sentido do reconhecimento oficial da profissão. Segundo a fisioterapeuta 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). Peritos do MEC não conseguiram impor a denominação tecnicista à profissional de nível superior. Porém, inspirado em tal Parecer, é publicada uma Portaria Ministerial de n.º 511/64 no ano seguinte, que estabelece o currículo mínimo do curso superior de Fisioterapia numa versão tecnicista:

Art. 1º - O currículo mínimo dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional para a formação de Técnico em Fisioterapia e de Técnico em Terapia Ocupacional compreende matérias comuns e matérias específicas: a) Matérias comuns: Fundamentos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Ética e História da Reabilitação, Administração Aplicada. b) Matérias específicas do curso de Fisioterapia: Fisioterapia Geral, Fisioterapia Aplicada.

Art. 2º - A duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional será de três anos letivos.

O currículo mínimo da Portaria, segundo GUSMAN (1970) não permitia a capacitação para a elaboração do diagnóstico fisioterapêutico, compreendido como avaliação físico-funcional e que, para tanto, neste processo fossem analisados e estudados os desvios físico-funcionais intercorrentes na sua estrutura e funcionamento, com a finalidade de detectar e parametrizar alterações apresentadas consideradas os desvios dos graus de normalidade; e para o qual fosse necessária

a prescrição das técnicas próprias da fisioterapia, baseada na constatação da avaliação físico-funcional, qualificando-as e quantificando-as.

O INAR transmuta-se para Instituto de Reabilitação – IR e se criam os cursos superiores de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional na USP em São Paulo e no Rio de Janeiro na ABBR, atualmente Centro Universitário Augusto Motta.

A Reitoria da USP regulamentou os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional que eram realizados no INAR, através da Portaria G.R.N. 347 de sete de abril de 1967 que contaram 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. (FIGUEIRÔA, 1999)

Não se encontram autores que tratassem das razões pelas quais a junta militar que governava o país em 1969 (os ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar) ter assinado o Decreto-lei n.º 938 do reconhecimento profissional do fisioterapeuta cujos três primeiros artigos descrevem:

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

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

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

Entretanto, há quem diga que o Presidente Costa e Silva sofreu um Acidente Vascular Encefálico (AVE) e sensibilizados com o tratamento dado ao Presidente pelos fisioterapeutas, a Junta Militar resolveu decretar a criação da profissão em 13 de outubro de 1969 - hoje comemorado como o Dia do Fisioterapeuta. O Decreto-Lei 938/69, que regulamentou a fisioterapia, ao referir-se aos “métodos e técnicas fisioterápicas” incluindo nestes, o diagnóstico fisioterapêutico, método de relevância na práxis do profissional fisioterapeuta.

Ainda em 1969, a OMS e a WCPT promovem no México o primeiro curso de Mestrado em Fisioterapia, do qual são egressos os fisioterapeutas brasileiros Danilo Vicente Define e Eugênio Lopez Sanchez. No ano seguinte, 1970 tramitou 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 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 Hélcio Álvares, considerando-o inconstitucional.

Em 1972 ocorre o II Congresso Brasileiro de Fisioterapia na cidade de São Paulo. A Associação Médica Brasileira reconhece a Fisiatria como especialidade médica. O III Congresso Brasileiro de Fisioterapia ocorreu em 1975 na cidade de Porto Alegre – RS.

Em 1975 criaram-se o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO e os Conselhos Regionais – CREFITO's conforme a Lei 6316 de 17 de dezembro de 1975, pelo presidente Ernesto Geisel. O Plano de Classificação de Cargos no Serviço Público Federal englobava diferentes profissionais com a mesma denominação. Sendo que Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Fonoaudiólogos ficaram sob a denominação de Técnicos de Reabilitação, perdurando assim até 1984. Ainda neste 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.

Em 1980 no Supremo Tribunal Federal, a Representação STF 1056-2, tinha como objetivo 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 e questionar a autonomia, a competência e a exclusividade do controle do mercado da fisioterapia. A Sociedade de Medicina Física e o Conselho Federal de Medicina (CFM) discutiam a obrigatoriedade da inscrição no Conselho de Fisioterapia das empresas que prestassem serviços de fisioterapia. Métodos e técnicas fisioterápicas, sendo atos privativos do fisioterapeuta, obrigavam tais empresas – na maioria de propriedade de médicos – à submissão ao poder normativo e fiscalizador do Conselho de Fisioterapia. Conforme disse GALVÃO (1999) pela primeira vez na história jurídica da nação, uma profissão confrontava outra neste nível de discussão.

A Associação Profissional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo ganha do Ministério do Trabalho, em 12 de agosto de 1980, o reconhecimento de Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, Auxiliares de Fisioterapia e Auxiliares de Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo – SINFITO/SP. O termo “*Auxiliar*” na denominação do Sindicato das categorias deveu-se à interpretação do artigo 10 do Decreto-lei 938, que previa



aquelas duas funções para os que trabalhassem na Fisioterapia até a publicação do decreto, mas deveriam ser submetidos a uma avaliação de seus conhecimentos e se aprovados, poderiam utilizar-se do título para exercer a profissão de Auxiliar, com os mesmos direitos do fisioterapeuta.

O Conselho Federal publica em 1982 a Resolução COFFITO-30 para regular a situação do Auxiliar de Fisioterapia por meio de exame de suficiência realizado pelo COFFITO. Amparado na função normativa que lhe foi atribuída pelo art. 5º da Lei 6.316, o COFFITO resolve conceder inscrição na categoria de "Auxiliar de Fisioterapia" para os aprovados no exame de suficiência e que comprovassem o exercício profissional antes de 13 de outubro de 1969 e proíbe o uso da denominação de "Auxiliar de Fisioterapia" para concluintes de cursos de 1º e 2º graus e o emprego dos termos "Fisioterapia" e "Fisioterapeuta" para quem não preenchesse os quesitos do Decreto-lei 938. Como o Ministério da Educação e Cultura não se interessou em indicar instituição universitária para realização do exame de suficiência, assim como os interessados não se manifestaram para sua aplicação provavelmente acreditando na revogação do decreto ou na impossibilidade de se reverter a situação do mercado de trabalho, provocada pela quantidade imensa de leigos no país exercendo a profissão irregularmente, ninguém foi aprovado. Portanto, houve, legalmente, quem pudesse exercer a função de auxiliar de Fisioterapia no Brasil.

O VI Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Curitiba no Estado do Paraná ocorreu em 1983.

O Conselho Federal de Educação, através da resolução nº 04 de 28 de fevereiro de 1983 editou o currículo mínimo para a Fisioterapia com quatro anos letivos. O conteúdo foi dividido em quatro ciclos, composto pelas seguintes matérias: a) biológicas b) de formação geral; c) pré-profissionalizantes e d) profissionalizantes.

O Supremo Tribunal Federal ratifica a constitucionalidade dos artigos 3º e 4º do Decreto-lei 938 dando exclusividade do exercício profissional do fisioterapeuta e do parágrafo único do artigo 12 da Lei 6.316 que deu obrigatoriedade do registro das prestadoras de serviços de Fisioterapia nos CREFITOS, contra representação de inconstitucionalidade movida pela Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação (SBMFR), a entidade que representa os médicos fisiatras. O fisioterapeuta tem sua maioria reafirmada pela justiça e os órgãos formadores referendam-na, nos currículos.

Em 1984 foi criado o Serviço de Fisioterapia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, equipado com equipamentos de Hidroterapia e Eletricidade Média. Neste ano o Presidente Figueiredo apresentou uma crise de hérnia de disco e foi submetido a tratamento fisioterapêutico cujos resultados o surpreenderam. Mais uma vez, um presidente reconhece o valor da profissão retirando o termo e a condição de “técnicos de reabilitação”.

Em 1986 foi fundada a Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória - SOBRAFIR durante o III Simpósio Internacional de Fisioterapia Respiratória.

Em 1994 o Decreto 90.640 de 19/12/1994 reconhece a identidade profissional no Serviço Público Federal com direito de avaliar, orientar, prescrever e coordenar serviços de fisioterapia na saúde pública.

O Ministério da Educação e Cultura (MEC) através da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1996 estabeleceu novas regras, dando autonomia para as universidades elaborarem seus currículos e em dezembro de 1997, a Secretaria de Ensino Superior do MEC convocou as Instituições de Ensino Superior (IES), para apresentarem propostas de Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação. Entre 1998 e 1999 as entidades de classe e governamentais Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, coordenadores de cursos, docentes, discentes e profissionais interessados, foram convocados para debater e propor ao MEC as diretrizes gerais que deveriam nortear o ensino da Fisioterapia no Brasil. O resultado desses debates culminou na sistematização das propostas feitas por fisioterapeutas, que compuseram uma Comissão de Especialistas de Ensino, nomeada pelo MEC.

Em 19 de fevereiro de 2002, o Conselho Nacional de Educação institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia através da Resolução CNE/CES Nº 4; Em sentença promulgada em 26 de abril de 2002, a justiça entendeu que as resoluções do Conselho Regional de Medicina do RJ extrapolam os limites legais ao tentar impor seus efeitos a profissionais vinculados a outros Conselhos de Classes e decide que fica mantido aos profissionais fisioterapeutas o direito à requisição de exames complementares, à livre atuação em Departamentos de saúde e à direção de serviços de saúde.

A Federação das 87 Associações de Fisioterapia do Brasil criada durante o I Fórum Nacional de Políticas Profissionais de Fisioterapia em 2005, com mais de 20 organizações filiadas e com o objetivo de unificar as ações das entidades

representativas do setor em todo o Brasil. A federação então criada indicou três representantes oficiais para compor o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde. Dezenas de fisioterapeutas foram nomeadas membros dos Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde. O Conselho Federal – COFFITO reconhece 12 novas especializações e apresenta na Comissão de Educação e Cultura da Câmara dos Deputados a proposta de exame obrigatório para fisioterapeutas. O COFFITO participou do Fórum Político e Estratégico do MERCOSUL para harmonização das legislações e coordenação das ações referentes à saúde dos países membros.

Quadro 10 - Série Histórica do Processo de Profissionalização da Fisioterapia brasileira (continua)

1879	Criação do Serviço de Eletricidade Médica e Hidroterapia no Rio de Janeiro
1884	Surgimento do primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro.
1919	Departamento de Eletricidade Médica pelo Professor de física biológica Raphael de Barros da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP.
1929	Criação e instalação do Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas em São Paulo na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
1944	Getúlio Vargas, após um acidente, submeteu-se a tratamento fisioterapêutico
1945	Hospital Municipal Barata Ribeiro primeiro hospital de Fisioterapia
1947	Serviço de Fisioterapia no Hospital Carlos Chagas em Marechal Hermes
1949	Instituto dos Aposentados e Pensionistas da Indústria com serviço de Fisioterapia
1950	Instituto dos Aposentados Bancários – IAPB; Hospital da Lagoa; Instituto dos Aposentados, Pensionistas e Trabalhadores de Transporte e Cargas - IAPTEC; Hospital Geral de Bonsucesso; Instituto dos Aposentados e Pensionistas Marítimos – IPASE. Instituto dos Aposentados e Pensionistas do Comércio - Serviço de Fisioterapia da Santa Casa de Misericórdia; Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE. Regulamentação da profissão de massagista;
1951	Primeiro curso para formação de técnicos fisioterapeutas
1952	Inclusão da Cadeira de Fisioterapia na Faculdade de Ciências Médicas no Estado do Rio de Janeiro
1954	Sociedade Brasileira de Fisioterapia e Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação - ABBR
1955	Curso de formação de Técnico em Reabilitação com a duração de dois anos em período integral na Escola Nacional de Educação Física e Desportos.
1956	Curso de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais com duração de dois anos. Criação da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro – ERRJ.
1957	Curso de graduação em fisioterapia com ampliação de 2 para 3 anos.
1959	Associação dos 'Fisioterapeutas' do Estado de São Paulo - AFSP hoje denominada Associação Brasileira de Fisioterapia – ABF filiada a World Confederation for Physical Therapy – WCPT
1962	Parecer da comissão de peritos nomeados pelo Diretor de Ensino Superior do MEC e ano da entidade brasileira à Coferederação Mundial de Fisioterapia - <i>World Confederation of Physical Therapy</i> – WCPT
1963	O Conselho Federal de Educação emite no Parecer 388/63 que define a ocupação do fisioterapeuta como auxiliar médico

### Quadro 10 - Série Histórica do Processo de Profissionalização da Fisioterapia brasileira (continuação)

1964	I Congresso Brasileiro de Fisioterapia no Rio de Janeiro e criação das associações regionais de Fisioterapia ligadas a ABF e novas escolas formadoras de fisioterapeutas em Petrópolis, Salvador e Belo Horizonte e Portaria 511/64 do Conselho Federal de Educação estabeleceu o primeiro currículo mínimo para a formação de Técnicos em Fisioterapia
1967	Regulamentados os Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da USP;
1969	Decreto-lei n.º 938 reconhece o profissional fisioterapeuta; Primeiro curso de mestrado em Fisioterapia com dois egressos brasileiros
1970	Projeto de Lei 2.090/70, considerado inconstitucional
1972	Associação Médica Brasileira reconhece a Fisioterapia como especialidade médica
1975	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO e os Conselhos Regionais – CREFITO's conforme a Lei 6316 de 17 de dezembro de 1975
1976	Código de Ética e normas para habilitação ao exercício da profissão
1980	Representação STF 1056-2; Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, Auxiliares de Fisioterapia e Auxiliares de Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo – SINFITO/SP
1982	Não houve inscritos para exame de proficiência na função de auxiliar de fisioterapia realizado pelo COFFITO.
1983	Currículo mínimo de quatro anos para a Fisioterapia
1984	Serviço de Fisioterapia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, equipado com equipamentos de Hidroterapia e Eletricidade Média; Extinção do termo “técnico” de Reabilitação
1986	Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória - SOBRAFIR
1994	Decreto 90.640 de 19/12/1994
1996	Lei de Diretrizes e Bases - LDB
1997	Secretaria de Ensino Superior do MEC convoca Instituições de Ensino Superior (IES) para propostas de Diretrizes Curriculares para cursos de graduação.
1998/99	Comissão de Especialistas de Ensino em Fisioterapia
2002	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia
2005	Federação das Associações de Fisioterapia do Brasil; Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde; Fórum Político e Estratégico do MERCOSUL para harmonização das legislações e coordenação das ações referentes à saúde dos países membros

Fonte: A autora, 2017.

Como escreve Magali Larson (1977), a persistência das profissões como categoria de prática social sugere que os modelos constituídos pelos primeiros movimentos de profissionalização tem se tornado uma ideologia, não apenas como uma imagem que conscientemente inspira os esforços coletivos ou individuais, mas uma mistificação que inconscientemente obscurece as estruturas e as relações sociais reais.

### 3.2 Formação e controle profissional

O ensino superior está fortemente atrelado ao mercado de trabalho no sentido de que as profissões e suas formações seguem as tendências e as demandas exigidas pelos contextos socioeconômicos. Os avanços tecnológicos e as transições demográficas, principalmente, modulam e norteiam o cenário educacional. Desde sua origem às ondas expansionistas da profissão, a fisioterapia respondeu utilitariamente às políticas públicas e aos programas sociais de educação e saúde produzindo profissionais e criando especializações.

A qualidade e a quantidade dos cursos de graduação oferecidos nos países, e mais seguramente no Brasil, variam geograficamente e entre os períodos de tempo. As variações de tempo de duração, carga horária total, matrizes e estágios curriculares seguem as orientações temporais de seus órgãos reguladores, como no Brasil, a Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Desde a regulamentação dos cursos de fisioterapia em 1967, três novas DCNs (1983, 1996 e 2002) foram introduzidas e reformuladas, e atualmente, de acordo com a ABENFISIO (2017) há uma consistente discussão para sua atualização.

Sobre a qualidade da formação, estudos mostram que as diferenças na organização dos sistemas educacionais e das regulações pertinentes à prática profissional podem influenciar as atitudes dos estudantes na direção de suas escolhas de carreiras e suas percepções quanto às possibilidades de emprego. Pesquisa realizada com vinte e uma universidades e 667 estudantes de fisioterapia em países europeus demonstra que diferentes percepções acerca da profissão e da empregabilidade ocorrem na medida das diferenças dos sistemas de ensino e das regulações do trabalho. O estudo conclui que a maioria dos estudantes (74%) escolheu o curso por causa do interesse pela fisioterapia embora não estivessem familiarizados com as possibilidades de emprego para graduados, mas acreditavam ser mais fácil encontrar trabalho em outros países da União Européia. Os autores afirmam que ambos os fatores devem futuramente agravar o problema de desemprego entre os fisioterapeutas. (GOTLIB, 2012; TOMMASO, 2003)

Ao que parece, embora as condições socioeconômicas orientem as escolhas pelas formações profissionais, as mudanças contingentes do cenário econômico e o a falta de conhecimento mais aprofundado sobre o grau de empregabilidade da profissão aumentam o risco desemprego, de subemprego ou de exclusão do mercado de trabalho. (TOMMASO, 2008)

Ao tentar compreender como se dão a formação e o controle da Fisioterapia nos países estudados fez-se um estudo quantitativo do número total de instituições de ensino superior, do número de cursos de graduação e de alunos comparados ao número de cursos e de alunos de graduação em fisioterapia. Para conhecer as condições de trabalho, suas prerrogativas e seus sistemas de controle profissional foram analisados as instituições e os modos com que regulam a formação e o exercício profissional. Para compreender qualitativamente a formação em Fisioterapia nos países estudados, fez-se uma análise das competências e habilidades exigidas na formação, das especialidades da profissão, das profissões supervisionadas e daquelas relacionadas à fisioterapia.

Nos países em que a formação em fisioterapia não está orientada por uma diretriz nacional, optou-se pela análise curricular do curso daquela universidade melhor posicionada em ranking mundial como o *Times Higher Education Ranking* de 2016.

Importante ressaltar que de acordo com a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico – OCDE com 34 países-membro e do qual o Brasil é parceiro, a taxa da população com escolaridade de nível superior no Brasil é de 14%, sendo de 45% na Austrália e no Reino Unido e de 55% no Canadá. A distribuição entre homens e mulheres concluintes de cursos superiores é relativamente semelhante em todos os países com média de 65% de mulheres nos países estudados. (OCDE, 2016)

### 3.2.1 Reino Unido

Há 120 universidades no Reino Unido e mais de 35 mil cursos de graduação com duração de dois a quatro anos que variam entre tempo integral e tempo parcial, incluindo graduação em medicina que tem um programa acelerado de quatro anos por período integral e que pode ser complementado com mais dois anos de especialização. O contingente de estudantes de graduação em 2015 era de 1.727.895.

A formação em fisioterapia é oferecida em 35 universidades e 45 de cursos com duração de dois, três ou quatro anos em tempo integral ou parcial e cuja autonomia profissional é adquirida em consonância aos anos estudados.

As IES no Reino Unido são supervisionadas por dois órgãos: a Agência de Controle de Qualidade ou Quality Assurance Agency (QAA) e o outro público, o Health Care Professions Council (HCPC). O primeiro, autônomo é uma organização independente e sem fins lucrativos salvaguarda os padrões e as melhorias da qualidade da educação superior e no mundo. A QAA desenvolveu um Código de Qualidade (Quality Code) que orienta os políticas e programas de educação superior. O segundo, HCPC, público, monitora aprovando e regulando os processos educacionais das formações das profissões de saúde, o que inclui a fisioterapia. O Conselho determina os padrões de educação e treinamento assim como informa sobre como deverá assessorar e monitorar os programas. O HCPC também orienta os educadores que preparam seus alunos para o registro no Conselho, o que torna o documento útil também para inserção e posicionamento das escolas formadoras no panorama nacional. (HCPC, 2013)

Para exercer a profissão o concluinte de curso de bacharelado em fisioterapia deve estar registrado no HCPC e para isso deverá ter completado com sucesso e ter sido aprovado em curso de graduação ou pós-graduação em fisioterapia aprovado pelo HCPC e pelo Chartered Society of Physiotherapy (CSP)

Para conquistar uma vaga em curso de graduação de três anos (sendo quatro na Escócia), o candidato deverá obter dois ou três graus de nível A ou equivalente em ciências biológicas ou biologia humana e no mínimo de cinco graus (igual ou maior) C em matemática, inglês, biologia e/ou educação física. O curso de graduação da Universidade de East Anglia (UEA) – primeira no ranking de cursos de graduação em fisioterapia no Reino Unido de acordo com o Times Higher Education World Rankings 2015/2016.

O processo seletivo para ingresso no ensino superior do Reino Unido é realizado de forma independente por cada universidade e se dá por meio da análise do desempenho do candidato no ensino fundamental (elementary school) e no ensino médio (secondary school), além disso, é analisado o perfil do candidato em relação às atividades extraclasse como serviços de voluntariado ou remunerado em cuidado em saúde.

O número de estudantes estrangeiros no Reino Unido é grande – cerca de 500 mil por ano – de acordo com British Council (2016) e o Serviço de Admissão em Faculdades e Universidades (*Universities and Colleges Admissions Service – UCAS*), gerencia todos os processos de seleção de candidatos estrangeiros que desejam estudar em universidades do Reino Unido.

A estrutura básica de um curso de graduação em fisioterapia no Reino Unido é constituída de módulos compulsórios e aprendizagem em estágios curriculares (ANEXO 3) e apresenta a seguinte configuração tomando a Universidade de East Anglia como exemplo por ser a primeira no ranking de 2017 do *UK University Guide* (CSP, 2012)

1º ano (120 créditos) – Conteúdos de teoria básica em fisiologia, anatomia e os princípios básicos de cuidados em saúde e sociais, incluindo duas semanas de estágio de visita técnica em locais de trabalho e quatro semanas em estágio para estabelecimento da relação teoria e prática;

2º ano – Conteúdos de perspectiva biológica, psicossocial e espiritual da saúde, prática baseada em evidência e pesquisa de grupo de trabalho, durante as 14 semanas de estágio com objetivo de desenvolver o perfil prático;

3º ano – Conteúdos com ênfase na autonomia, incluindo implementação da teoria e da prática com uso de meios inovadores. O aluno poderá completar uma revisão de literatura estruturada com o suporte individual de um tutor supervisor. O segundo período de estágio de 14 semanas inclui estágio eletivo de oito semanas com a oportunidade de planejar e assumir o atendimento da escolha.

No Reino Unido as habilidades e competências exigidas para o fisioterapeuta são: boa comunicação, relação interpessoal a fim de estabelecer empatia com os pacientes e seus familiares, capacidade de trabalhar em equipe com outros profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, capacidade de resolver problemas, tolerância, paciência, tato e sensibilidade, capacidade administrativa e organizacional, firmeza e atitude encorajadora e empática, compromisso genuíno com o bem estar e a saúde dos pacientes.

Uma vez qualificado como fisioterapeuta, o profissional deve receber supervisão clínica, suporte de mentoria e deverá desenvolver seu conhecimento e habilidades participando de grupos de estudo, cursos de curta duração e programas



de prática reflexiva. Todas essas são condições para o desenvolvimento profissional continuado - *Continuing Professional Development (CPD)* exigência para a renovação de registro no HCPC. Na Escócia, fisioterapeutas recém formados podem acessar o programa de “rápido início” numa tradução aproximada de Flying Start NHS que dá suporte de aprendizado durante o primeiro ano de prática.

O fisioterapeuta registrado no HCPC torna-se membro do CSP, o que lhe dá acesso a aconselhamento e desenvolvimento de oportunidades assim como a chance de estabelecer uma rede de contato com outros colegas. O CSP divulga cursos de pós-graduação e eventos da categoria profissional. Uma vez alcançado evidente nível de experiência prática avançada o fisioterapeuta poderá completar sua formação em curso aprovado pelo HCPC que o habilitará a prescrição independente de medicação para dor e para inflamação aos seus pacientes.

### O Controle Profissional

No Reino Unido a fisioterapia é profissão regulamentada com seus profissionais pertencentes à Sociedade Organizada de Fisioterapia – *Chartered Society of Physiotherapy* – CSP. A fisioterapia é a prática de ajudar na restauração de movimentos e da flexibilidade humana. Pode ser aplicada em ampla gama de técnicas de exercícios, terapias manuais, ou seja, massagem, por exemplo, a eletroterapia. Fisioterapeutas trabalham em instituições públicas ou privadas registradas no NHS.

No Reino Unido, a fisioterapia está entre as dezesseis profissões da saúde que são reguladas pelo HCPC que estabelece o nível de qualificação para registro e entrada no mercado de trabalho por meio de exame de qualificação. Atualmente há 53.539 fisioterapeutas registrados e atuando no país com o objetivo de lidar com a função e o movimento humano e ajudar pessoas a alcançar seu completo potencial físico, utilizando abordagens físicas para promover, manter e restaurar o bem estar. (HCPC, 2016)

Dentre as profissões reguladas pelo HCPC estão as de *orthotists*, *prothetists*, *chiropodists*, *podiatrists*, todas sem ocupações com formação similar no Brasil, por exemplo, os “ortesitas” e os “protesistas” são profissionais que confeccionam, prescrevem e instalam órteses e próteses ortopédicas,

respectivamente, tarefas exercidas no Brasil por técnicos de órteses e próteses que as confeccionam, por fisioterapeutas que as instalam e treinam o uso, e por médicos que as prescrevem. Os “quiropodistas” ou “podiatristas” são podólogos que podem diagnosticar e tratar doenças e deformidades dos pés com permissão do HCPC para prescrição independente.

Em 2014, o HCPC aprovou o programa de educação em prescrição independente de medicamentos para pacientes como ampla gama de condições como úlcera de pé diabético e artrite do pé e do tornozelo para *podólogos* em nível de bacharelado. Atualmente, “paramédicos”, quiropodistas, podiatristas, radiógrafos, além dos fisioterapeutas, poderão ser prescritores independentes (*independent prescribers*) permitidos a prescrever medicamentos por iniciativa própria ou prescritores suplementares (*supplementary prescribers*) mediante treinamento e aprovação em programa de Medicamentos e Prescrição - *Medicines and Prescribing* do HCPC.

O HCPC é responsável pelos padrões de proficiência por todas as profissões que regula e no caso da fisioterapia, desde 2003, com duas revisões em 2007 e 2013.

### 3.2.2 Canadá

A educação superior no Canadá conta com 240 instituições de ensino superior classificadas como universidades e *colleges*, comunidades e escolas de artes ou de ciências aplicadas chamadas de instituições pós-secundárias (*post-secondary institutions*). Estas em número aproximado de 300 unidades que concede certificados de cursos técnicos e 150 de graduação e classificadas como universidades, instituições de educação superior e de pesquisa, que, em número de 98, concedem grau acadêmico em várias áreas de formação, sendo que uma universidade é uma corporação que provê ambas as formações de graduação e pós-graduação. As escolas de graduação (*graduate schools*) oferecem cursos acadêmicos avançados como os programas de mestrado e de doutorado (*master's degree, Ph.D.*). Dentre as universidades e *colleges* canadenses 15 oferecem 36 cursos de graduação em fisioterapia.

O controle do sistema educacional canadense compete às províncias e aos territórios, mas a maioria das instituições de ensino superior é membro da Associação de Universidades e *Colleges* do Canadá ou Association of Universities and Colleges of Canada (AUCC). A AUCC, fundada em 1911, representa 95 instituições de ensino superior, sendo públicas e privadas sem fins lucrativos nas diversas áreas de interesse da educação superior e tem como objetivo prover serviços de educação pública e defesa, compartilhamento de informações e pesquisas e programas de bolsas e incentivos.

De acordo com o *Statistics Canada* (2016) há 2.054.943 estudantes universitários no país e destes 74.592 são da área de saúde. A educação superior canadense se caracteriza por ser líder no ensino à distância e on-line com 1,3 milhões de estudantes nesta modalidade, sendo que todas as universidades do país adotam a metodologia de aprendizagem *blended learning*, que associa aulas presenciais e conteúdos on-line.

O Conselho Canadense de Programas de Universidades de Fisioterapia – *Canadian Council of Physiotherapy University Programs* (CCPUP) (2014) conhecido como Conselho Acadêmico Nacional é uma organização que inclui representantes dos 15 programas universitários de educação e pesquisa em fisioterapia dos setores de acreditação, regulação e associação. O Conselho provê orientações de temas e tendências pertinentes à educação acadêmica e clínica em fisioterapia e mantém relação de colaboração com a Associação Nacional para Educação Clínica em Fisioterapia – *National Association for Clinical Education in Physiotherapy* (NACEP), com a Acreditação de Educação em Fisioterapia do Canadá - *Physiotherapy Education Accreditation Canada* (PEAC), com a Aliança Canadense de Reguladores em Fisioterapia - *Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators* (Alliance) Associação Canadense de Fisioterapia - *Canadian Physiotherapy Association* (CPA)

De acordo com o Conselho Acadêmico Nacional, a fisioterapia é uma profissão dinâmica fundada na teoria e na pesquisa de expertise clínica especializada. As catorze, das quinze, universidades canadenses que oferecem educação em fisioterapia, também fornecem programas de graduação e de pós-graduação *stricto sensu*. A conclusão com sucesso de um programa acreditado de formação básica permite ao graduado prestar o Exame Nacional de Competência

em Fisioterapia – *Physiotherapy Competency Examination* (PCE) requerido pela maioria das províncias para registro.

No Canadá fisioterapeutas têm formação baseada no ensino superior e todos os programas de educação em fisioterapia são acreditados pela *Physiotherapy Education Accreditation Canada* (PEAC). Há um currículo de nível básico de formação em fisioterapia com diretrizes dos conteúdos para os programas das universidades canadenses. São eles: ciências biológicas (anatomia humana, fisiologia humana, patologia, cinesiopatologia); ciência aplicadas (desenvolvimento humano, biomecânica, fisiologia do exercício); ciências clínicas (farmacologia física e funcional); metodologia científica (pesquisa, estatística, revisão de literatura); profissionalismo e ética (políticas de saúde, legislação e regulação, prática interdisciplinar e gerenciamento); ciências psicossociais (psicologia, sociologia, antropologia cultural) e 1.025 horas de estágio curricular supervisionado.(ANEXO 4)

Em 2009, o Conselho Canadense de Programas Universitários, junto à Assessoria de Saúde, à Associação Canadense de Fisioterapia, à Aliança Canadense de Regulação em Fisioterapia e ao Conselho de Acreditação de Programas Acadêmicos de Fisioterapia, publicou o currículo básico de formação em fisioterapia cujas diretrizes indicaram a formação apresentada abaixo e que curiosamente recomenda a exclusividade da oferta de cursos de bacharelado em fisioterapia em universidades que também ofereçam cursos de medicina (CCPUP, 2009). Este documento foi revisado em 2011 e incluiu sugestões para os trabalhos acadêmicos de educação clínica e teve como objetivo conceituar a integração de conteúdos que sirva de referência na organização de um currículo coeso.

As diretrizes traçadas pelo CCPUP (2009) estão representadas por uma esfera cujas camadas estruturam as quatro dimensões que interagem em um sistema de gradual e crescente complexidade: fundamentos, prática clínica em fisioterapia, interações profissionais em fisioterapia e contexto de prática. Cada uma das dimensões está subdividida em domínios, elementos, conhecimentos específicos, habilidades, competências e atitudes que se sobrepõem sucessiva e complementarmente formando as várias camadas de uma esfera.

A Dimensão Fundamentos se divide em quatro Domínios: Ciências Básicas e Biológicas, Pesquisa Científica, Profissionalismo e Ética e Ciências Psicossociais; a Dimensão Prática Clínica em Fisioterapia se divide em cinco Domínios: Ciências

do Movimento, Fisioterapia Terapêutica, Fisioterapia Cardiorrespiratória, Musculoesquelética e Neurológica; a Dimensão Interações Profissionais em Fisioterapia trata de três Domínios: Prática ética e Profissional, Interação Fisioterapeuta-Cliente e Prática Interprofissional; a Dimensão Contexto de Prática inclui os Domínios: Ambiente de Cuidado em Saúde, Modelos e Estrutura de Cuidado em Saúde, Gestão Prática, Gestão de Serviço e Estabelecimentos (locais) de Prática.

A Educação Clínica em Fisioterapia é componente do currículo básico da formação em fisioterapia no qual estudantes adquirem experiência prática e se envolvem em ampla variedade de oportunidades profissionais com o propósito de aprender e aplicar o conhecimento, as habilidades e competências e o raciocínio clínico. Assim, na medida em que o Currículo de graduação em Fisioterapia foi reformulado pelas diretrizes de 2009, a mesma comissão elaborou o documento que norteia a Educação Clínica da Fisioterapia. O Guia dos Programas de Ensino Superior para Educação Clínica teve o propósito de orientar a educação clínica segura e efetiva da formação básica em fisioterapia. (CCPUP, 2011)

Ainda em 2009, várias organizações formaram o National Physiotherapy Advisory Group, grupo de assessoria formado pela Aliança Canadense de Reguladores da Fisioterapia ou Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators – (ALLIANCE), o Conselho de Acreditação para Programa Acadêmico de Fisioterapia ou Accreditation Council for Canadian Physiotherapy Academic Program (ACCPAP), a Associação Canadense de Fisioterapia ou Canadian Physiotherapy Association (CPA) e o Conselho Canadense de Programas Universitários de Fisioterapia ou Canadian Council de Physiotherapy University Programs (CCPUP) que elaborou a terceira versão, de duas anteriores de 1998 e 2004, do perfil de competências essenciais requeridas para os fisioterapeutas no Canadá desde o início e durante toda a carreira. O *Profile*, título do documento, reflete a diversidade da prática da fisioterapia e dá suporte à evolução da profissão em relação às mudanças de natureza ambiental e aos avanços de prática baseados em evidências.

A estrutura do *Profile* foi adaptada daquela elaborada para médicos pelo Colégio Real de Médicos e Cirurgiões do Canadá (Royal College of Physicians and Surgeons of Canadá) pelo fato de ter uma estrutura baseada em evidência, orientado pelas necessidades e resultados de pesquisa e por utilizar os mesmos

termos compartilhados pelos profissionais de cuidado em saúde. As sete competências listadas incluem como papel central do fisioterapeuta o de *expert* que integra as funções de Comunicador, Colaborador, Gestor, Defensor, Profissional e Acadêmico. (NPAG, 2012)

### O Controle Profissional

A Aliança Canadense de Reguladores em Fisioterapia (CAPR) é uma entidade nacional responsável pela avaliação credencial de fisioterapeutas educados no Canadá e no exterior e administra o Exame de Competência em Fisioterapia, o chamado *Physiotherapy Competency Exam (PCE)*. O PCE consta de seis etapas divididas em duas partes sendo uma de componente escrito oferecido seis vezes por ano e outro de componente prático, oferecido apenas duas vezes por ano, e organizadas separadamente em cada província ou território com seus próprios requisitos podendo incluir atestado de bons antecedentes e conhecimento de jurisprudência.

### Assistentes de Fisioterapeutas

Os Assistentes de Fisioterapeutas no Canadá trabalham sob a direção de um fisioterapeuta licenciado na provisão de serviços de fisioterapia. Recebem sua educação em 36 programas de cursos técnicos, comunitários ou em universidades e podem ter diferentes títulos como Assistentes de Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional, Assistente de Reabilitação ou Assistente de Terapia de Reabilitação.

#### 3.2.3 Austrália

O sistema educacional australiano se distingue dos demais países por ser estabelecido por uma política nacional, desde 1995, que cobre as qualificações e as certificações em ensino superior, técnico e secundário (médio). A Estrutura de Qualificação Australiana ou *Australian Qualifications Framework (AQF)* é uma

organização taxonômica composta por dez níveis e tipos de qualificação definidos pelos resultados da aprendizagem (desempenho). A abordagem taxonômica garante a consistência das qualificações e permite maior diferenciação e discriminação dos diferentes tipos de qualificação. O AQF (2013) vincula escolas e instituições de ensino superior e técnico em um único sistema que permite que o estudante desloque-se de um nível para o outro ou de uma instituição para outra com facilidade e permite maior flexibilidade para o planejamento da carreira. As instituições de ensino do país estão ligadas entre si e com outras instituições estrangeiras, o que facilita tanto a movimentação entre cursos quanto a movimentação entre instituições nacionais e estrangeiras que compõem o sistema.

O Departamento de Educação e Treinamento ou *Department of Education and Training* (DET) australiano é responsável pelo controle da educação em todos os níveis. O ensino superior australiano é composto por 44 universidades e 41 institutos de tecnologia, todos assistidos pelo governo australiano por meio de políticas, fundos e programas.

Estabelecido pelos padrões de oferta da educação superior na Lei da Agência de Qualidade e Padrões da Educação Terciária ou *Tertiary Education Quality and Standards Agency Act 2011* (TEQSA Act) e contidos no Painel de Padrões da Educação Superior ou *Higher Education Standards Panel* (HESP), o ensino superior australiano desenvolve políticas especiais para o povo aborígine e das Ilhas do Estreito de Torres. Há 1,4 milhão de estudantes universitários na Austrália sendo aproximadamente 25 mil (18,1%) estudantes da área da saúde de acordo com o Departamento de Educação e Treinamento (*Department of Education and Training*, 2016)

Quarenta e duas universidades oferecem cursos de fisioterapia na Austrália, entretanto, apenas 27 são cursos de bacharelado. Não foi possível acessar informações mais precisas acerca da matriz curricular de formação em fisioterapia, mas a Universidade de Melbourne, primeira universidade canadense e 34<sup>a</sup> no ranking das melhores do mundo, apresenta uma breve descrição do projeto de ensino da graduação em fisioterapia. De acordo com a universidade no primeiro ano o aluno deve estudar os fundamentos das ciências da saúde e a seguir desenvolver competências em fisioterapia e aprofundar os conhecimentos em biociências no segundo ano. Nos dois últimos anos são aplicados os conhecimentos em atividades práticas em hospitais, centros de reabilitação públicos e privados que cobrem as

áreas de esporte, saúde da mulher, pediatria, neurologia (amputados e lesão medular), por exemplo. As salas de aula devem ser pequenas e permitir maior conexão entre professores e alunos. São 30 semanas de treinamento clínico que enfatizam o aprendizado em relação com o paciente e com a equipe de saúde. Como o sistema de educação nacional mantém relação, desde o ensino médio, com instituições de ensino estrangeiras, o aluno australiano, geralmente, poderá optar por completar parte de seus estudos no exterior, por meio dos convênios entre as instituições nacionais e internacionais.

O bacharel em Fisioterapia na Austrália atua na prevenção de lesões e incapacidades assim como na reabilitação delas. O fisioterapeuta aprende a identificar, avaliar e tratar alterações das condições musculoesqueléticas, cardiorrespiratórias, ortopédicas e neurológicas em todas as pessoas, desde a criança ao idoso, assim como em questões específicas de gênero.

Os cursos de fisioterapia australianos oferecem ensino nas áreas de educação, consultoria e pesquisa em consonância com o Conselho Australiano de Fisioterapia, o Australian Physiotherapy Council (APC) que determina as condições para a formação dos fisioterapeutas australianos e para o exercício da profissão.

### O Controle Profissional

Havia 30.351 fisioterapeutas registrados e atuando na Austrália em junho de 2017 numa relação de dois fisioterapeutas para cada mil habitantes. O controle do exercício profissional da fisioterapia na Austrália se dá pela Agência Reguladora dos Profissionais de Saúde Australianos ou Australian Health Practitioners Regulating Agency (AHPRA) que dá suporte ao Conselho de Fisioterapia da Austrália ou Physiotherapy Board of Australia (PBA).

Os estados e territórios australianos reconhecem separada e diferentemente as qualificações do fisioterapeuta e para exercer a profissão o fisioterapeuta deve estar registrado no estado ou território onde pretenda atuar.

O papel do Conselho de Fisioterapia da Austrália inclui o registro dos fisioterapeutas e estudantes, a elaboração de padrões, códigos e diretrizes para a profissão, o tratamento das notificações, reclamações, investigações e audiências, a supervisão de fisioterapeutas estrangeiros e a aprovação de padrões de acreditação dos cursos de formação. (PBA, 2016)



Na Austrália há formação em bacharelado em vários ramos do cuidado em saúde que muito se aproximam da fisioterapia ou são oriundos dela. São exemplos: Exercício e Ciência do Movimento Humano, com duração de três anos, é formação focada na ciência da anatomia, da fisiologia e na biomecânica com a finalidade de preparar profissionais para atuar no campo da atividade física incluindo psicologia do esporte e a nutrição; Podiatria com duração de quatro anos e estuda, faz diagnóstico e trata as desordens do pé, do tornozelo e da perna; a Fisiologia que se trata de curso de bacharelado de três anos que estuda as respostas fisiológicas e o controle do movimento do corpo aos estímulos externos e ao esforço físico; Fisiologia do Exercício Clínico com duração de quatro anos e estuda os fundamentos da anatomia, da fisiologia, da biomecânica e da psicologia com objetivo de aplicação nas desordens neurológicas, psicológicas e musculoesqueléticas; a formação em Ciências do Esporte com duração de três anos e compreende e analisa o corpo humano e seus movimentos e funções com aplicação nos esportes de elite, na reabilitação, no *fitness*, na saúde e nos setores de recreação; a formação em Fisiologia do Exercício, curso de bacharelado de quatro anos de estudo em regime integral na área da saúde e do exercício com foco na aplicação da atividade física como terapia de prevenção e de reabilitação; a formação em Saúde e Reabilitação, uma formação de bacharelado de três anos que desenvolve uma abordagem holística da saúde e da reabilitação a partir do estudo dos fatores anatômicos, fisiológicos, psicológicos e socioculturais.

Na Austrália o fisioterapeuta é um profissional do cuidado em saúde com competências e flexibilidade para atender aos desafios e às necessidades do sistema de saúde australiano; a formação em Movimento Humano, curso de bacharelado de três anos de duração no qual o profissional compreende o impacto do exercício e da atividade física nos parâmetros biológicos, psicológicos e sociais da vida humana na perspectiva das populações e do meio ambiente.

A diversidade de formações em saúde na Austrália pode ser explicada pela carência de profissionais em cuidado em saúde, conforme verificado pelos programas de governo que incentivam a imigração. De acordo com o Programa de Imigração para Austrália e o site do Conselho Australiano de Fisioterapia há uma lista de profissões, dentre elas a fisioterapia, que buscam novos profissionais qualificados para o exercício em território australiano. Em 2015, havia 1.104 vagas

para fisioterapeutas estrangeiros na Austrália, entretanto apenas trinta e sete foram preenchidas.

#### 3.2.4 Brasil

De acordo com o Censo da Educação Brasileira 2015 realizado pelo Ministério da Educação há mais de oito milhões de estudantes matriculados em Instituições de Ensino Superior - IES no Brasil. Estas instituições estão academicamente organizadas em universidades, centros universitários, faculdades, institutos federais e de educação tecnológica.

Há 2.364 IES no Brasil e a educação superior brasileira caracteriza-se por ser fortemente privada, sendo 2069 (88,8%) de IES privadas e 295 (11,2%) de IES públicas. O ensino à distância cresceu de aproximadamente 40 mil matrículas para mais de um milhão de matrículas entre 2005 e 2015, entretanto este crescimento se deu significativamente no ensino privado, com inversão da oferta entre privadas e públicas no período. Das IES que ofereciam ensino à distância no Brasil em 2005 84,6% eram públicas e em 2015 são 83% das matrículas em IES privadas. O curso noturno é opção de 61,1% do total de estudantes universitários no país, sendo que a taxa de vagas ociosas em 2015 foi de 13%. A internacionalização da educação superior no Brasil é incipiente com 0,2% do total de matrículas com 15.605 estudantes estrangeiros. (INEP, 2016)

Em 2015 havia 462 IES oferecendo 560 cursos de Fisioterapia no Brasil com um contingente de 141.010 estudantes matriculados e 14.505 concluintes. (INEP, 2016)

O Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior por meio da Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002 instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Fisioterapia no Brasil definindo os princípios, os fundamentos, as condições e os procedimentos da formação de fisioterapeutas cujos parâmetros devem organizar os projetos pedagógicos dos cursos na Instituições de Ensino Superior – IES. (MEC, 2017)

De acordo com o Artigo 3º da Resolução que define as DCNs do Curso de Fisioterapia no Brasil a formação é de ampla abrangência e deve ser:

generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação. (portal.mec.gov.br)

A formação do fisioterapeuta brasileiro está definida por conteúdos essenciais que devem atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe conforme o Artigo 6º das DCNs orienta a contemplar as Ciências Biológicas e da Saúde, Sociais e Humanas, Conhecimentos Biotecnológicos e Fisioterapêuticos descritos abaixo:

- Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos;
- Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos as políticas de saúde, educação, trabalho e administração;
- Conhecimentos Biotecnológicos - abrange conhecimentos que favorecem o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes a pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica;
- Conhecimentos Fisioterapêuticos - compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, a ética e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção. Conhecimentos da função e disfunção do movimento humano, estudo da cinesiologia, da cinesiopatologia e da cinesioterapia, inseridas numa abordagem sistêmica. Os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos que instrumentalizam a ação

fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção. Conhecimentos da intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos em todas as etapas do desenvolvimento humano.

Conforme Resolução Nº 4, de 6 de abril de 2009 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação a graduação em fisioterapia no Brasil tem limite mínimo de integralização de cinco anos com carga horária mínima de quatro mil horas. Os estágios e as atividades complementares não deverão exceder a 20% (vinte por cento) da carga horária total do curso. (BRASIL, 2009)

A Universidade de São Paulo (USP), primeira IES brasileira no ranking da Times Higher Education ranking de 2017, oferece curso de graduação em fisioterapia com Carga Horária Total (CHT) de 5.085 horas distribuídas em dez semestres, sendo 1.100 horas destinadas ao estágio curricular obrigatório. (ANEXO 5)

Como na maioria dos cursos de graduação em universidades públicas brasileiras, o curso de fisioterapia da USP adota o regime de crédito e não o regime seriado semestral ou anual, como na maioria das universidades privadas, nas quais os alunos estão inscritos em turmas regulares e permanentes, podendo ser ou não aprovados no período, enquanto no regime de crédito, os alunos se inscrevem nas disciplinas que lhes são disponíveis e, para as quais, há outras disciplinas cujo cumprimento é considerado requisito. Além disso, o curso é desenvolvido em período integral, enquanto que, na maioria dos cursos das IES privadas, os cursos de fisioterapia são oferecidos no turno noturno. (TOMMASO, 2014)

A Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –, fundada em 05 de abril de 2001, tem como finalidade prezar pelos interesses da Fisioterapia no que tange ao ensino, pesquisa e extensão, no âmbito da graduação e pós-graduação, junto às Instituições de Ensino Superior, órgãos governamentais e a sociedade em geral e propor e apoiar políticas que garantam a qualidade e a excelência do ensino em Fisioterapia. As Diretrizes Curriculares Nacionais para Curso de graduação em Fisioterapia orientam a formação há 15 anos e a ABENFISIO defende a renovação das Diretrizes considerando-se os avanços no âmbito técnico, científico, tecnológico, pedagógico, conceituais, epidemiológico, sócio-demográfico e legais na profissão.

Em 2012, a ABENFISIO publicou o Padrão de Qualidade dos cursos de graduação em Fisioterapia no contexto do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e em 2013, o Fórum trouxe o questionamento sobre a necessidade de rediscutir as DCNs da Fisioterapia. (ABENFISIO, 2017)

As competências e habilidades gerais do fisioterapeuta são as mesmas de todo profissional de saúde e devem ser desenvolvidas ao longo da formação: Atenção à Saúde; Tomada de Decisões; Comunicação; Liderança; Administração e Gerenciamento; Educação Permanente.

Quanto às competências específicas do fisioterapeuta, o Artigo 5º das DCNs relacionam:

- respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;
- realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;

- elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;
- exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultorias e auditorias no âmbito de sua competência profissional;
- emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;
- prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;
- manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;
- encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;
- manter controle sobre a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança;
- conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes modelos de intervenção.

### O Controle Profissional

O exercício profissional da fisioterapia no Brasil está sob fiscalização do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO que aponta como exigências legais ao exercício da fisioterapia a responsabilidade técnica de empresas ligadas a produção de equipamentos de utilização em Fisioterapia e as que prestam assistência fisioterapêutica que são obrigadas ao registro nos Órgãos

de controle e fiscalização do exercício da atividade profissional da Fisioterapia (Lei n.º 6.316/75).

Para o exercício da atividade profissional de Fisioterapeuta no país, é exigível além da formação em curso universitário superior, o registro do seu título no Conselho Profissional da categoria. A atividade profissional só é permitida após o trâmite processual e a concessão de Carteira de Identidade Profissional de Fisioterapeuta (Lei nº 6.316/75).

Tavares *et al* (2015) afirmam que a oferta de ações de saúde no Brasil apresenta desigualdades regionais, sendo importante sua investigação para direcionamento de políticas públicas. Estudo realizado mostra que não há absorção equilibrada pelo mercado de trabalho dos fisioterapeutas graduados. Enquanto o COFFITO conta com o registro de mais de duzentos e quarenta mil fisioterapeutas, dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Censo Demográfico 2010 identificaram 53.181 cadastros de fisioterapeutas, sendo 50% Sudeste, 21% Nordeste, 18% Sul, 7% Centro-Oeste e 4% Norte. Verificaram-se fisioterapeutas em 76% dos municípios, com maior cobertura no Sudeste (91% dos municípios) e a menor no Norte (40%). Metrôpoles e municípios de grande porte concentraram 64% dos cadastros, apresentando as maiores razões de fisioterapeutas/1000 habitantes. (TAVARES *et al*, 2015) A relativa dissonância entre número de fisioterapeutas registrados no COFFITO e cadastrados no CNES aponta para algumas hipóteses: 1. haver milhares de fisioterapeutas fora do mercado de trabalho, 2. haver milhares de fisioterapeutas atuando como autônomos, o que pode ser verificado pelos registros de ISS (Imposto Sobre Serviços), ou ainda haver milhares de fisioterapeutas trabalhando na informalidade. Em outras palavras, é possível que haja milhares de fisioterapeutas no Brasil na condição de desempregados, subempregados ou atuando em outras áreas.

Tommaso *et al* (2008) aponta, em estudo em andamento sobre o destino de 450 fisioterapeutas egressos de IES do sul do Estado do Rio de Janeiro, que 320 (71,1%) deles estão fora do mercado de trabalho em fisioterapia, sendo que destes 270 (84%) atuam em outra área e nunca exerceram a profissão. Este é um dado importante no sentido de avaliar a expectativa e a cultura da promessa de ascensão social pelo aumento do grau de escolaridade.

Quadro 11 - Formação e controle profissional da fisioterapia nos países estudados

	REINO UNIDO	CANADA	AUSTRALIA	BRASIL
IES PUBLICAS E PRIVADAS	120	240	85	2.364
TOTAL DE CURSOS	35.000	35.000		32.050
ESTUDANTES NO ENSINO SUPERIOR	1.727.895	2.054.943	1.400.000	8.033.574
CURSOS FISIOTERAPIA - BACHARELADO	45	36	27	560
CONTROLE DA FORMAÇÃO	HCPC	PEAC CCPUP	DET AQF	MEC/Inep
CONTROLE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	CSP HCPC <sup>1</sup> NHS	CAPR*	AHPRA* PBA	COFFITO
NUMERO DE FISIOTERAPEUTAS (2017)	53.539	20.230	30.004	243.644 <sup>2</sup>
NUMERO DE FISIOTERAPEUTAS ATIVOS	27.500	20.038	29.107	53.181 <sup>3</sup>
NUMERO DE FT/ 1.000 HAB.	1/1000	5/1000	2/1000	0,28/1000
NUMERO DE ESPECIALIDADES RECONHECIDAS	10	6	7	15
PROFISSÕES CORRELACIONADAS	ORTESISTA PROTESISTA QUIROPODISTA PODIATRISTA QUIROPRATICOS OSTEOPATAS	QUIROPRATICOS OSTEOPATAS	QUIROPRATICOS OSTEOPATAS	PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA  TERAPEUTA OCUPACIONAL
OCUPAÇÕES SUPERVISIONADAS	ASSISTENTE DE FISIOTERAPEUTA	ASSISTENTE DE FISIOTERAPEUTA TERAPEUTA DE REAB. FIS.	ASSISTENTE DE FISIOTERAPEUTA	INEXISTE

<sup>1</sup> Exame de Competência obrigatório; <sup>2</sup> Fisioterapeutas registrados no COFFITO ; <sup>3</sup> Fisioterapeutas cadastrados no CNES

Fonte: A autora, 2017.

### 3.3 Especialidades, ocupações supervisionadas e profissões relacionadas

A formação profissional, atrelada ao mercado de trabalho, sofre mudanças que podem refletir-se no surgimento ou o desaparecimento de algumas profissões. Cursos de formação técnica, em geral, precedem à formação profissional e podem ou não ser preservados ao longo do tempo e de acordo com os movimentos profissionais que os sustentam ou os aniquilam. No caso da fisioterapia, a formação de assistente ou técnico de fisioterapia ou de fisioterapeuta foi o primeiro treinamento surgido nos países estudados, entretanto, não tiveram o mesmo destino em todos eles. Em alguns países, os assistentes ou técnicos passaram a ser



supervisionados por fisioterapeutas e, por isso, são chamados de assistentes de fisioterapeuta, e não de fisioterapia, o que os colocaria sob orientação de qualquer profissional capaz de comandar a atividade e não do fisioterapeuta, exclusivamente. Em outros países, como um dos selecionados, a formação em técnico de fisioterapia não está extinta, mas o conselho que controla o exercício profissional não o reconhece, nem o autoriza a exercer a função.

Quanto às especialidades, o aumento da população e dos profissionais assim como dos avanços científicos e tecnológicos pressionam a geração de novos escopos de prática, seja como resposta à necessidade de distinção no competitivo mercado de trabalho, um problema da divisão do trabalho, seja como melhoria das competências e maior eficiência dos serviços prestados, seja como estratégia de ganho ou aumento da autonomia profissional para Moore (1970) ou ainda uma diferença funcional de acordo com Freidson (1994). Neste sentido, a fisioterapia subdividiu-se em várias especialidades em todos os países, seguindo o modelo e o rastro das especialidades médicas.

Algumas especialidades da fisioterapia, assim como a própria profissão, também passaram pelo processo de profissionalização e se tornaram autônomas e independentes, desvinculando-se do quadro de especialidades e tornando-se profissões com forte relação com o escopo de prática da fisioterapia, como os quiropráticos, os podotristas e os osteopatas.

De acordo com a World Confederation of Physical Therapy (WCPT), Confederação Mundial de Fisioterapia (2013) a especialização é um exemplo de escopo de prática avançado resultado de educação adicional, experiência profissional e aumento das competências. A WCPT descreve os parâmetros do escopo de prática da fisioterapia e os membros das organizações de cada país estabelecem seus acordos.

### 3.3.1 Reino Unido

Em novembro de 2016 havia 52.299 fisioterapeutas registrados no HCPC. Estatísticas apresentam o total de fisioterapeutas empregados e autônomos no Reino Unido entre 2010 a 2016 e apontam para relativa estabilidade no período. Em 2010 havia 48 mil fisioterapeutas com aumento de mil profissionais em 2016

somando 49 mil. De acordo com a OECD havia aproximadamente 27,5 mil fisioterapeutas exercendo ativamente a profissão.

De acordo com o censo da *Health and Care Social Information Centre* – HCSIC, que apurou o número de profissionais inscritos no National Health System - NHS do Reino Unido, do total de 1.187.606 profissionais havia 23.006 fisioterapeutas trabalhando na Inglaterra em 2014 comparados aos 22.551 no ano anterior apontando aumento de 2%, além dos 3.452 auxiliares e técnicos de fisioterapeutas.

O Conselho de Profissões de Saúde e Cuidado – *Health and Care Professions Council* – HCPC informa que há 53.539 fisioterapeutas registrados no Reino Unido. Dentre as profissões as dezesseis profissões reguladas pelo HCPC, estão os protesistas e os ortesistas que exercem tarefas que, no Brasil, são exclusivas dos fisioterapeutas. As Diretrizes Curriculares Nacionais incluem a disciplina de Órteses e Próteses na matriz curricular dos cursos de graduação em fisioterapia, cujo conteúdo programático contempla prescrição, instalação e treinamento funcional de órteses e próteses humanas.

Dentre as especialidades em fisioterapia no Reino Unido estão a Fisioterapia Intensiva, Fisioterapia Musculoesquelética, Fisioterapia do Cuidado do Idoso, Fisioterapia Neurológica, Fisioterapia Ortopédica, Fisioterapia Reumatológica, Fisioterapia Vascular, Fisioterapia da Saúde da Mulher e Fisioterapia Obstétrica.

### 3.3.2 Canadá

Mais de vinte mil fisioterapeutas trabalham no Canadá em clínicas particulares, hospitais gerais e de reabilitação, centros comunitários, em atendimentos domiciliares e asilos, em agências de visita domiciliar, em postos de trabalho e escolas.

De acordo com o Instituto de Informações de Saúde Canadense – *Canadian Institute for Health Information* – CIHI em 2011, 20.038 fisioterapeutas no Canadá se submeteram às autoridades regulatórias, o que significa que exerceram atividades profissionais. Destes 1.113 (5,6%) eram registros inativos, 187 (0,9%) eram registros secundários e 1.085 (5,4%) ou não estavam empregados em fisioterapia ou tinham um status de emprego desconhecido e foram removidos da análise.

Das sete universidades canadenses que oferecem cursos de especialização em fisioterapia estão os cursos de Pediatria, Saúde do Adulto, Saúde da Mulher, Esporte, Terapia Manual e Administração. Outras especializações correlatas são: Kinesiologia, Ciências da promoção da Saúde, Ciências da Saúde, Ciências Médicas e Terapia Respiratória.

A percepção da necessidade de especialização da profissão, A Associação Canadense de Fisioterapia (CPA) aceitou o conceito de especialização para fisioterapeutas durante seu Encontro Geral Anual em junho de 1985. Em 1986 o Colégio Canadense de Fisioterapeutas (*Canadian College of Physiotherapy – CCP*) apresentou o “Documento de Especialização” que foi aprovado pela CPA e continha a estrutura das especializações que seriam certificadas, estabelecia os conselhos de especialistas e os mecanismos de atribuição do título de especialista considerando a elegibilidade para a certificação, a avaliação das competências, a recertificação e os custos, pelo CCP. Sob alegação da preocupação com a promoção da alta qualidade do cuidado em saúde e do aumento da teoria e da prática por meio de uma avaliação criteriosa das metodologias potenciais e correntes de tratamento, muitas etapas são necessárias para obtenção do título de especialista e, de acordo com a CCP, devendo levar anos até ser alcançada.

Há dezenove instituições de ensino oferecendo cursos de pós-graduação (especializações) em fisioterapia no Canadá com duração de um a cinco anos.

#### Assistente de Fisioterapeuta – *Physical Therapist Assistant* - PTA

Os assistentes de fisioterapeutas são formados em programas de específicos no Canadá e trabalham sob direção de um fisioterapeuta licenciado para provimento de serviços de fisioterapia. Recebem educação em programas de formação técnica e comunitária, ou em universidade. Há trinta e quatro programas de formação em PTA que podem ter outras diferentes nomenclaturas como assistente de reabilitação, assistente de terapia ou assistente de terapia de reabilitação.

Em 2012 as organizações profissionais *Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators* (CAPR), *Canadian Council of Physiotherapy University Programs*

(CCPUP), *Canadian Physiotherapy Association* (CPA) e a *Physiotherapy Education Accreditation Canada* (PEAC) se reuniram em torno do propósito de definir o perfil e as competências essenciais dos assistentes de fisioterapeutas no Canadá. O grupo foi conduzido por representantes destas organizações, além da *National Physiotherapist Assistant Assembly* (NPAA).

O programa de educação do profissional em função e mobilidade (*Educated Practitioner in Function and Mobility*), como é chamado o assistente de fisioterapeuta no Canadá, prepara o estudante para a atividade relativa à função e à mobilidade, integrando o papel de promoção, prevenção e manutenção da mobilidade, da saúde e do bem estar dos clientes baseado nas tarefas a ele atribuídas e de acordo com as diretrizes previstas e suas delimitações. Essas incluem, mas não estão limitadas a: educação e consulta, exercícios terapêuticos, uso de agentes eletrofísicos e modalidades mecânicas, treinamento de atividade funcional, técnicas cardiorrespiratórias e neuromotoras, uso de dispositivos de treino de marcha.

#### Terapeuta em Reabilitação Física – TRF

A Ordem Profissional da Fisioterapia de Quebec (*Ordre Professionnel de La Physiothérapie du Québec – OPPQ*) reconhece a fisioterapia e a terapia em readaptação física, em consonância com seu nível de responsabilidade dentro das nove atividades previstas pela ordem, como “duas categorias de profissionais que podem atuar em todos os campos da saúde e em todos os tipos de organizações ou instituições, sejam em atenção básica, em serviços especializados ou altamente especializados, públicos ou privados”. De acordo com a OPPQ “ambos terapeutas podem diagnosticar e serem consultados diretamente, sem referência de um médico”. Para portar o título de terapeuta de readaptação física é necessário diploma colegial em Técnicas de Adaptação Física e ser membro da OPPQ e ser orientado por um fisioterapeuta. Há oito colégios de formação em TRP no Canadá. O crescente desenvolvimento de práticas avançadas por membros da OPPQ os torna agentes eficazes que contribuem para a eficiência do sistema de saúde.

Os terapeutas em readaptação física – TRF trabalham com clientes de todas as idades que apresentem condições que afetem os sistemas musculoesquelético, neurológico ou cardiorrespiratório (acidente de trabalho, perda de equilíbrio, lesões esportivas, readaptação pós-operatória, etc.) e tem, como principal objetivo,

recuperar, o mais rapidamente possível, as capacidades funcionais para realizar todas as atividades da vida diária. A intervenção do TRF depende de avaliação e autorização prévia de um fisioterapeuta ou médico. A coleta e análise das informações descritas no prontuário do cliente contribuem para a elaboração e a aplicação do plano de tratamento e garantem seu acompanhamento. Para alcançar os objetivos do tratamento, o assistente emprega uma variedade de modalidades terapêuticas como as técnicas manuais, os exercícios, a eletroterapia, hidroterapia e a termoterapia (frio ou calor), aconselha sobre postura, higiene e melhora das condições físicas.

### 3.3.3 Austrália

Em dezembro de 2016 havia 30.004 fisioterapeutas na Austrália, sendo que 897 não exerciam a profissão, totalizando 29.107 profissionais registrados e praticando atividade profissional.

O Plano Nacional de Acreditação e Registro – *National Registration and Accreditation Scheme* – NRAS exige que todo profissional de saúde seja registrado em uma única plataforma na Austrália. Assim é possível produzir relatórios acurados do número de profissionais em cada área. A partir de 2012 o Conselho de Fisioterapia da Austrália – *Physiotherapy Board of Australia* – PBA iniciou a publicação quadrimestral da força de trabalho em fisioterapia incluindo o número discriminado dos registrados.

A Austrália liderou a criação das especializações em fisioterapia no mundo ao apresentar no Congresso Mundial de Fisioterapia em 1978 a proposta do reconhecimento das especializações desenvolvidas no país. De acordo com BENNETT (2014) as especializações em fisioterapia na Austrália iniciaram seguindo a necessidade de serviços especiais e a promoção de especializações na medicina e na enfermagem nos anos 50. O autor se refere a este momento como o de amadurecimento da profissão ao reconhecer a necessidade de aprofundamento e ampliação do conhecimento da profissão quando em 1954 foi criado o primeiro curso de especialização em fisioterapia. Em 1980 o Colégio Australiano de Fisioterapeutas – *Australian College of Physiotherapists* (ACP) propôs um modelo de especialização em cinco áreas:

- Ortopedia (Manipulativa e Esportiva);
- Neurologia;
- Cardiorácia;
- Obstetrícia e Ginecologia;
- Pediatria

Em 2000 a APA Board aprovou a estrutura de carreira e de desenvolvimento profissional em três níveis: Básico, Titulado e Especialista. Esta estrutura encorajou fisioterapeutas a perceber as especializações como um plano de trajetória ascendente profissional. Em 2003 ROBERTSON *et al* reformularam esta proposta para os níveis Graduados ou Generalistas, Especialistas e Consultores. Os Graduados ou Generalistas devem ter amplo conhecimento e habilidades para tratar diversas condições e apto a progredir para uma especialização em área específica. O Especialista deve ser qualificado ou treinado em programa equivalente e ter experiência em área específica da prática, com grande proporção de clientes nesta área, identificado pela APA como membro titulado e incentivado a lecionar para colegas interessados. Em paralelo ao especialista está o Fisioterapeuta de Escopo de Prática Estendida (*Extended Scope Physiotherapist*), pos-graduado ou o equivalente com certificado adicional de treinamento em área de prática externa ou fora da prática de escopo normal da fisioterapia.

Atualmente há sete principais áreas de especialização na Austrália: cardiorrespiratória/cardiopulmonar, ortopedia/musculoesquelética, pediatria, geriatria, desportiva, saúde da mulher e neurologia. O Programa de Especialização Clínica da Associação de Fisioterapeutas da Austrália oferece certificação auto dirigida (*self-directed*) que reconhece fisioterapeutas que demonstrem competência, liderança, desenvolvimento profissional permanente e envolvimento em pesquisa, mínimo de cinco anos e mínimo de trezentas horas por ano de dedicação exclusiva na área. Esta designação de especialista tem validade por dez anos.

Percebe-se que a preocupação com o futuro da profissão é constante entre os fisioterapeutas australianos. A análise de dezenas de artigos sobre a força de trabalho dos fisioterapeutas demonstram que, de acordo com Schofield e Fletcher (2007) a habilidade dos fisioterapeutas em atender a crescente demanda da comunidade australiana é incerta, em virtude do número de estudantes e de fisioterapeutas registrados anualmente. Embora muitos fatores estejam envolvidos,

como o contexto econômico e o grau de investimento público em saúde, o abandono da profissão logo no início da carreira e a retenção de fisioterapeutas experientes são alguns fatores potencialmente modificáveis. Para o autor são estratégias de promover a retenção dos profissionais ativos assim como dar assistência à reentrada de fisioterapeutas que procuram retornar ao mercado de trabalho por meio de programas de flexibilidade de retorno, treinamento de atualização e mentoria.

Incipiente e única na Austrália, dentre os países estudados, a preocupação com a questão do envelhecimento da força de trabalho dos fisioterapeutas. Com média de 50 anos de atuação, os fisioterapeutas com mais tempo de atuação estão se aposentando e um estudo observacional que buscou nos dados do censo da Agência Australiana de Estatística - *Australian Bureau of Statistics* uma previsão das características da força de trabalho dos fisioterapeutas em 2026 aponta que os fisioterapeutas estão envelhecendo e aqueles que estão no mercado desde 1986 (42% do total) pretendem se aposentar até 2026. Outro dado interessante é o fato de que a profissão, embora majoritariamente feminina, a proporção de homens está aumentando de 16% em 1986 para 27% em 2001 e talvez por isso, fisioterapeutas trabalham mais horas por dia atualmente do que no passado.

#### 3.3.4 Brasil

As especializações no Brasil são reguladas pelo Ministério da Educação por meio da Lei nº de 9.394 de 20 de dezembro de 1996 das Diretrizes Nacionais para cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* e são caracterizadas por serem cursos oferecidos por IES ou não com duração de 360 horas, no mínimo, podendo ser à distância ou presencial.

No Brasil há 431 cursos de especialização *lato sensu* em fisioterapia sendo que destes 57 cursos são on-line e oito são da modalidade semipresencial ou *blended* oferecidos por diversas IES, a maioria privadas. O COFFITO reconheceu 15 especialidades por meio de resoluções.

Quadro 12 - Especializações na formação em fisioterapia nos países selecionados (continua)

PAÍS	ESPECIALIZAÇÃO	MESTRADO	DOCTORADO	PHD
<b>REINO UNIDO</b>  <b>39 IES</b>	1. Prática de Fisioterapia Avançada * # (8) 2. Fisioterapia Prática (2) 3. Fisioterapia (2) # 4. Ciência do Trauma 5. Exercício de Reabilitação 6. Prática Profissional em Terapia do Esporte (3) 7. Terapia e Análise Comportamental 8. Físio-Medicina do Exercício e do Esporte (2) 9. Saúde e Fisiologia Espacial 10. Atividade Física para Saúde 11. Fisiologia do Exercício Clínico (3) 12. Fisiologia do Exercício Aplicado (4) 13. Neuroreabilitação 14. Fisioterapia Neuromusculoesquelética 15. Fisioterapia Neuromuscular Avançada 16. Atividade Física, Nutrição e Promoção da Saúde 17. Medicina e Ciência do Exercício e do Esporte # *(2) 18. Terapia do Esporte (3) 19. Fatores Humanos e Ergonômicos para Segurança do Paciente 20. Medicina do Esporte e Exercício (Futebol) 21. Biomecânica; Análise do Movimento (2) 22. Reabilitação #	1. Fisioterapia Avançada (4) 2. Reumatologia Prática 3. Fisiologia do Esporte e do Exercício 4. Fisioterapia (14) 5. Ciência da Dança 6. Fisioterapia e Gestão 7. Estudos em Fisioterapia 8. Ciência do Trauma Ortopédico * 9. Estudos da Reabilitação (2) 10. Terapia Manual (2) 11. Terapia Lúdica 12. Reabilitação Protética Maxilofacial 13. Saúde e Atividade Física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioterapia (5)</li> <li>• Ciências da Reabilitação (3)</li> <li>• Reabilitação e Cuidados Paliativos</li> <li>• Esporte, Exercício e Ciência da Reabilitação</li> </ul>	1. Atividade Física e Saúde 2. Fisioterapia (5) 3. Esporte, Exercício e Ciência da Reabilitação 4. Ciência da Reabilitação
<b>CANADA</b>  <b>19 IES</b>	1. Terapia de Reabilitação 2. Ciência Clínica 3. Reabilitação Psicossocial 4. Fisioterapia 5. Cinesilogia	1. Artes em Cinesilogia 2. Fisioterapia 3. Ciências da Saúde e Reabilitação 4. Ciência em Cinesilogia 5. Ciência em Cinesilogia e Gerontologia 6. Ciência em Cinesilogia: Terapia Física Manipulativa	1. Filosofia em Ciências da Saúde e Reabilitação 2. Filosofia em Reabilitação 3. Cinesilogia	1. Filosofia em Ciências da Saúde e Reabilitação 2. Filosofia em Cinesilogia: Envelhecimento, Saúde e Bem Estar



Quadro 12 - Especializações na formação em fisioterapia nos países selecionados (continuação)

		<p>Ortopédica</p> <p>7. Fisioterapia Avançada</p> <p>8. Cinesiologia e Estudos da Saúde</p> <p>9. Cinesiologia: Psicologia do Esporte</p>		<p>3. Filosofia em Cinesiologia: Trabalho e Saúde</p> <p>4. Filosofia em Cinesiologia e Estudos da Saúde</p> <p>5. Filosofia em Cinesiologia e Saúde, Exercício e Psicologia do Esporte</p> <p>6. Filosofia em Cinesiologia: Aspectos Socioculturais do Esporte e da Atividade Física</p> <p>7. Filosofia em Cinesiologia: Epidemiologia da Lesão Esportiva</p>
<b>AUSTRALIA</b>	<p>1. Fisioterapia Musculoesquelética *</p> <p>2. Fisioterapia Esportiva *</p> <p>3. Medicina do Esporte *</p> <p>4. Reabilitação em Saúde Ocupacional</p> <p>5. Reabilitação em Fisioterapia *</p>	<p>1. Fisiologia do Exercício</p> <p>2. Fisioterapia Prática (2)</p> <p>3. Fisiologia do Exercício Clínico</p> <p>4. Reabilitação em Fisioterapia*</p> <p>5. Fisioterapia * (5)</p> <p>6. Fisiologia do Exercício</p>	<p>1. Fisioterapia (2)</p>	<p>1. Filosofia em Fisioterapia (3)</p> <p>2. Filosofia em Saúde e Ciência da Reabilitação</p>
<b>BRASIL</b>	<p>1. Fisioterapia em Acupuntura</p> <p>2. Fisioterapia Aquática</p> <p>3. Fisioterapia Cardiovascular</p> <p>4. Fisioterapia Dermatofuncional</p> <p>5. Fisioterapia Esportiva</p> <p>6. Fisioterapia do Trabalho</p>	<p>1. Fisioterapia Neurofuncional do Adulto e Pediátrica</p> <p>2. Ciências da Reabilitação</p> <p>3. Ciências da Saúde Aplicada ao</p>	<p>1. Ciências da Reabilitação</p> <p>2. Ciências da Saúde Aplicada ao Aparelho</p>	

Quadro 12 - Especializações na formação em fisioterapia nos países selecionados (conclusão)

	7. Fisioterapia Neurofuncional 8. Fisioterapia em Oncologia 9. Fisioterapia Respiratória 10. Fisioterapia Traumatológica 11. Osteopatia 12. Quiropraxia 13. Fisioterapia na Saúde da Mulher 14. Fisioterapia na Terapia Intensiva	Aparelho Locomotor  4. Ciências Morfofuncionais	Locomotor  3. Ciências Morfofuncionais	
--	--	---	--	--

\*Cursos à Distância ou *On-line*; #Cursos Semipresenciais ou *Blended*  
 Fonte: A autora, 2017.

De acordo com a Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT, 2013) especializações são exemplos de escopo de prática avançada e os fisioterapeutas devem desenvolver um escopo de prática que ultrapasse as práticas convencionais e costumeiras desde que seja resultado de educação adicional, experiência profissional e competência avançada. A seguir apresentam-se algumas características do escopo de prática da fisioterapia nos países selecionados.

### 3.4 Escopo de Prática da Fisioterapia

Conhecer o que fazem os fisioterapeutas e como estão avançando em seus escopos de prática nos países estudados é o principal objetivo deste estudo. O processo de profissionalização da fisioterapia é atividade recente tendo em média cinquenta anos de reconhecimento, conforme observado nos capítulos anteriores, entretanto, entretanto a profissão possui escopo de prática bem definido pelas respectivas leis de regulamentação nos países estudados.

Políticas mundialmente declaradas por órgãos e associações (WCPT, 2003) defendem que o fisioterapeuta é responsável pela articulação e pela função do seu escopo de prática definidas pelas associações profissionais nacionais relevantes em cada país e em consonância com a Confederação Mundial de Fisioterapia ou *World Confederation of Physical Therapy* (WCPT). As associações nacionais devem buscar o suporte legal, a regulamentação e o reconhecimento que definirão a natureza autônoma e distinta da prática e do seu escopo em fisioterapia. (WCPT, 2011 e 2017)

De acordo com a WCPT (2017) fisioterapeutas, geralmente chamados de *PTs*, sigla que se refere às iniciais de *Physical Therapist*, são profissionais independentes, membros de equipes de saúde e sujeitos aos princípios éticos de seus órgãos reguladores e capazes de atuar ao primeiro contato com o paciente que poderá acessar seus serviços diretamente sem necessidade de referência de outro profissional de saúde.

Fisioterapeutas possuem títulos diferentes entre os países. Eles podem ser chamados de fisioterapeutas, cinesiologistas ou kinesiólogos, mas todos compõem a profissão que provê serviços que desenvolvam, mantenham ou restaurem o movimento corporal ou as habilidades funcionais das pessoas. Eles podem atuar em

casos de qualquer idade ou estágio da vida quando os movimentos ou as funções estejam prejudicadas ou reduzidas por fatores como envelhecimento, lesões, doenças, distúrbios ou por fatores condicionantes ou ambientais. Fisioterapeutas trabalham na promoção, na prevenção, no tratamento ou na intervenção, na habilitação ou na reabilitação das pessoas.

Os fisioterapeutas são qualificados e solicitados para realizar exames de diagnóstico de seus pacientes, individualmente ou em grupos, avaliar os achados nos exames e fazer diagnóstico, prognóstico e planejamento de conduta fisioterapêutica. Eles realizam consultas e referenciam a outros profissionais da saúde, implementam programas de tratamento ou de intervenção fisioterapêutica e determinam os resultados e fazem as recomendações necessárias.

O conhecimento do corpo humano, de seus movimentos, e de suas necessidades e potenciais, são centrais na determinação das estratégias de diagnóstico e de intervenção fisioterapêuticas, mas os locais de atendimento poderão variar de acordo com os seus objetivos e não estarão restritos ao atendimento direto ao paciente, mas também incluem estratégias de saúde pública, defesa do cliente ou da saúde, supervisão e delegação, liderança, gestão, ensino e pesquisa e desenvolvimento e implantação de políticas de saúde em todos os níveis: local, nacional e internacional.

Os fisioterapeutas devem se guiar pelos seguintes propósitos:

- Promover a saúde e o bem estar dos indivíduos e do público em geral com ênfase na importância da atividade física e do exercício;
- Prevenir deficiências, limitações de atividades, restrições de participação e incapacidades nas pessoas com risco de alteração dos movimentos em decorrência de fatores ambientais, socioeconômicos ou estilo de vida.
- Prover intervenções ou tratamentos para restaurar a integridade física dos sistemas corporais essenciais ao movimento, maximizar a função e sua recuperação, minimizar incapacidades e aprimorar a qualidade de vida, a vida independente e capacidade de trabalho das pessoas e dos grupos humanos;
- Modificar o ambiente, as casas e o acesso ao trabalho assim como as barreiras com objetivo de assegurar a ampla participação social dos indivíduos.

A WCPT reconhece que a educação e as atividades práticas dos fisioterapeutas devem variar de acordo com os países e suas diferentes condições

sociais, econômicas, culturais e políticas, mas reconhece também que, sendo uma profissão única, sua primeira qualificação, obtida em qualquer país, representa a conclusão de um currículo que qualifica o fisioterapeuta a usar o título e a exercer a profissão autonomamente. São pressupostos da fisioterapia que refletem suas principais ocupações:

- Estar direcionada aos movimentos do corpo humano dos indivíduos e das populações, suas necessidades e potenciais;
- Reconhecer a autonomia do paciente e ser o guardião legal de seus serviços;
- Direcionar as intervenções para populações específicas;
- Interagir com os pacientes, familiares e cuidadores, com os membros da equipe de saúde e com as estruturas de administração e governança a fim de discutir políticas e estratégias de saúde;
- Exercer autonomamente o julgamento das melhores práticas;
- Referir pacientes em casos de indicação a outros profissionais.

A WCPT cita como princípios que compõem a descrição da fisioterapia:

- Reconhecer e respeitar a história e as raízes da profissão;
- Apoiar a prática contemporânea e o crescente campo de pesquisa;
- Permitir a variação das necessidades de saúde das pessoas e das sociedades, bem como dos sistemas de saúde em todo mundo, decorrentes das variações culturais, de valores e de crenças;
- Usar terminologias amplamente compreendidas e adequadamente definidas;
- Reconhecer modelos e definições aceitas internacionalmente como a Classificação Internacional de Função – CIF;
- Promover o contínuo desenvolvimento da profissão e conhecer a importância das ciências do movimento para as terapias corporais em todos os níveis;
- Valorizar práticas baseadas em evidências e a interdependência da prática, da pesquisa e da educação;
- Reconhecer a importância da contínua revisão dos pressupostos da profissão.

A natureza do processo fisioterapêutico inclui exame, avaliação, diagnóstico, prognóstico ou plano, intervenção ou tratamento e reavaliação praticados

exclusivamente por fisioterapeutas. O exame inclui a escuta diagnóstica, a análise e a aplicação de testes ou medidas e a avaliação se constitui da análise e síntese dos resultados obtidos na escuta do relato do paciente e exames realizados. O diagnóstico e o prognóstico decorrem da avaliação e representam a conclusão do processo de um raciocínio clínico, adicionadas as informações de outros profissionais, se necessário. Tais dados devem ser expressos em termos de disfunção de movimentos e devem englobar categorias de incapacidades e limitações físicas.

O prognóstico inicia com a determinação da necessidade de intervenção ou tratamento e normalmente leva ao desenvolvimento de um plano, incluindo os objetivos mensuráveis e possível referência a outros profissionais. A intervenção ou tratamento deve ser implantado e modificado a fim de se alcançar os objetivos e devem incluir exercícios terapêuticos, treinamento funcional para o auto cuidado e a gestão da casa, para o trabalho e o lazer, e, se for o caso, prescrição, aplicação e fabricação de aparelhos e equipamentos assistivos, adaptativos, protetivos, de suporte e protéticos. Os fisioterapeutas devem usar técnicas de desobstrução das vias aéreas, técnicas de proteção e desobstrução aérea, modalidades eletroterapêuticas, mecânicas e agentes físicos, instruções relacionadas ao paciente, coordenação, comunicação e documentação. A reavaliação consiste da repetição do processo de avaliação para reformulação ou manutenção da intervenção ou tratamento.

A fisioterapia é realizada em vários tipos de estabelecimento de acordo com cada propósito e podem ser programas de reabilitação baseados em comunidades, centros de saúde primária, domiciliar ou no campo, centros de pesquisa e de educação, clubes, spas, hospícios, hospitais, casas de repouso, centro de saúde ocupacional, clínicas e ambulatórios, consultórios, prisões, centros de reabilitação, escolas e empresas.

As atribuições dos fisioterapeutas são apresentadas considerando-se os pressupostos e as prerrogativas da profissão definidos pelos órgãos regulamentadores em cada país.

A WCPT descreve o escopo de prática como dinâmico e corresponde aos avanços do conhecimento, das tecnologias e das sociedades e às necessidades dos pacientes ou clientes. Novas evidências e novas formas de compreensão dos movimentos humanos tornam fundamental que sejam realizadas revisões dos

escopos de prática das profissões, a fim de se manterem atualizados e pertinentes ao período corrente.

Os chamados “escopos de práticas avançadas” não têm uma definição muito clara pelo fato de não haver um consenso e uma compreensão do que o termo significa, entretanto sabe-se que qualquer disciplina de prática avançada requer maturidade profissional com significativa expertise, competência interpessoal e qualificações formais, habilidade de desafiar o *status quo* encontrando novas maneiras de se trabalhar junto e agir como um agente de transformação. Portanto, as práticas avançadas não se tratam apenas de expertise clínica, mas também de domínios que incluem pesquisa, desenvolvimento profissional, liderança organizacional e educação e principalmente realização de atividades para além das práticas de escopo tradicionais.

As primeiras estruturas de práticas avançadas foram desenvolvidas na enfermagem em áreas rurais dos Estados Unidos, na fisioterapia no Exército americano e no Reino Unido com o desenvolvimento das funções de especialistas com extensão de suas práticas.

Alguns sistemas de saúde têm adotado modelos inovadores de assistência que incluem, por exemplo, a prescrição não médica (PNM) por fisioterapeutas. O Reino Unido adotou a PNM por fisioterapeutas em décadas recentes, exemplo seguido pelo Canadá. Na Austrália fisioterapeutas têm atuado na prescrição e administração de medicamentos, sob ordens médicas, sendo este o primeiro passo para a prescrição independente. Fisioterapeutas brasileiros não podem prescrever medicamentos, apesar das altas demandas de pacientes, carência de médicos em muitas regiões e burocracia no acesso aos serviços de saúde. A prática da PNM por fisioterapeutas pode preencher um importante papel nos Sistemas de Saúde cujos principais benefícios são a diminuição da burocracia no acesso a medicamentos e demandas populacionais, bem como maior refinamento profissional. (COSTA, 2017)

Evidências da tentativa de avançar com os escopos de prática da fisioterapia estão nos dois últimos congressos realizados pela Confederação Mundial para Fisioterapia em 2015 e 2017 que reuniram, cada um, aproximadamente cinco mil participantes de 114 países com mais de duas mil contribuições, centenas de sessões e milhares de apresentadores. Dividido em 25 sessões em 2017 e 29 sessões em 2015, os temas tratados se distribuíram equilibradamente entre as atividades nas áreas específicas do fisioterapeuta, como exercícios, tipos de

manipulação, usos de recursos físicos, mas também em temas que caracterizam a preocupação da categoria profissional com questões mais amplas e que tendem a redirecionar seu campo de atuação e garantir sua inserção e permanência nos serviços de saúde. Destacam-se as sessões: Saúde Pública e Saúde Global, Resposta Humanitária e Fisioterapia nos Desastres, Questões Indígenas e dos LGBTQ, Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Estratégias de Defesa, Educação e Qualificação do Aluno Ingressante, Especialização, Tecnologia e Robótica, Prescrição a Acesso Direto.

Importante destacar que, das cinquenta e quatro sessões realizadas nos dois congressos mundiais, em trinta e uma dessas sessões os palestrantes (speakers) eram fisioterapeutas do Reino Unido, vinte e quatro fisioterapeutas eram do Canadá, trinta e seis fisioterapeutas da Austrália e quatro fisioterapeutas brasileiros, todos participaram de, no mínimo, uma das sessões. Os brasileiros foram Felipe Reis (UFRJ), Armele Dornelas de Andrade (UFPE), Camila Schivinski (UDESC-PUC) e Ernesto Leal Junior (UniNove). Com exceção dos Estados Unidos, que tiveram vinte e oito fisioterapeutas participando das sessões como palestrantes, mas não estão entre os países selecionados para este estudo, nenhum outro país esteve presente em mais de uma de todas as sessões realizadas. O que comprova que estes são os países que mais se destacam na produção científica, tecnológica e política da profissão.

Apresentam-se, a seguir, os escopos de prática dos fisioterapeutas e sua expansão nos países selecionados.

### 3.4.1 Reino Unido

No Reino Unido os fisioterapeutas são profissionais de saúde e, de acordo com o HCPC, lidam com a função humana e ajudam a alcançar o maior potencial físico usando abordagens físicas para promover, manter e restaurar o bem estar. Com o objetivo de melhorar a saúde física das pessoas acometidas por doenças, lesões, deficiências ou envelhecimento que comprometam o movimento corporal, os programas de tratamento fisioterapêutico utilizam terapia manual, como a massagem, exercícios terapêuticos e eletroterapia assim como devem promover o bem estar, a prevenção de lesões e gerar condições para o autocuidado. São



pacientes de fisioterapia, em geral, as crianças, os idosos, os pacientes neurológicos e esportistas.

O fisioterapeuta deverá trabalhar com pacientes que apresentem comprometimento das funções neurológicas, neuromusculares, cardiovasculares e respiratórias, temporárias ou por longos períodos. É de responsabilidade do fisioterapeuta: avaliar, diagnosticar e tratar as condições físicas e desenvolver programas de tratamento que encorajem a prática de exercícios e de movimentos utilizando uma série de técnicas, além de envolver pais e cuidadores no tratamento, no sentido de orientar os pacientes e seus cuidadores a prevenir ou melhorar as condições. O fisioterapeuta deve preencher formulários de evolução dos casos e coletar estatísticas e estabelecer contato com outros profissionais para troca de informações sobre o quadro e o progresso de seus pacientes assim como referir outros profissional para atendê-los. Deve manter-se atualizado acerca das técnicas e tecnologias disponíveis para tratamento de seus pacientes; supervisionar estudantes e trabalhadores de suporte; ser legalmente responsável, ser caridoso e capaz de administrar os riscos de suas ações.

Fisioterapeutas avaliam e diagnosticam a disfunção dos movimentos e intervém por meio de exercícios terapêuticos, treinamento funcional, técnicas de terapias manuais, equipamentos e dispositivos adaptativos e assistivos e agentes físicos e modalidades de eletroterapia.

Os fisioterapeutas trabalham em equipe com médicos, dentistas, enfermeiros, educadores, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. Eles podem trabalhar em hospitais, clínicas particulares, ambulatórios ou em atendimentos domiciliares.

São expectativas do exercício da fisioterapia no Reino Unido a demanda de exigência de esforço físico com trabalho de carga e resistência cujos pacientes podem apresentar problemas complexos, pois necessita de movimentos corporais intensos e do uso de equipamentos, por vezes pesados e além da manipulação corporal dos pacientes, elevando seus membros, ajudando-os a ser movimentar, ficar de pé e caminhar; o fisioterapeuta estará sob obrigação contratual e deverá manter sigilo e ter confidencialidade dos atendimentos (CSP); como empregado pelo NHS o fisioterapeuta deve estar baseado em hospitais, centro de saúde, clínicas ou *General Practice Surgeries*, nas comunidades visitando os pacientes em domicílio; os fisioterapeutas poderão ser autônomos e realizar atendimentos particulares; os

fisioterapeutas poderão trabalhar fora do Reino Unido se enquadrando nos regulamentos exigidos pelo país onde deseje atuar.

Se o fisioterapeuta no Reino Unido trabalha em um hospital do HCPC ele estará sob uma estrutura de carreira definida e poderá ascender de especialista ao nível avançado. Inicialmente o fisioterapeuta atua em regime de rodízio, trabalhando em diferentes departamentos para adquirir mais experiência e diferentes especialidades como ortopedia e pediatria. Após esta fase inicial de experiência clínica o fisioterapeuta deverá escolher uma especialidade em uma área particular de prática como cuidado ao paciente crítico ou um grupo específico de paciente como idosos ou crianças.

Se o fisioterapeuta estiver trabalhando em função de prática avançada Escopo de Prática Estendido (EPE) ou *Extended Scope of Practice* (EPS) ele poderá associar-se à Rede Profissional de Escopo de Prática Avançada. As funções ou tarefas variam consideravelmente e podem ser desde a requisição de investigações, a administração de decisões baseadas em investigação, capacidades avançadas de raciocínio desenvolvidas por treinamento de pós-graduação e profissional, tomadas de decisão e outras habilidades como infiltração com orientação de ultrassom. Algumas EPE executam estudos de condução nervosa e podem executar pequenas cirurgias ou outros procedimentos que são usualmente realizados por médicos.

Para os fisioterapeutas há ainda oportunidades de deslocamento para atividades de administração de serviços de fisioterapia com responsabilidades de estratégia, orçamentos, funcionários, ou em administração de serviços gerais de saúde, além de oportunidade de ensino, treinamento e pesquisa. Alternativamente, o fisioterapeuta poderá trabalhar em serviço particular e progredir para sua própria prática e seu próprio negócio.

Empregadores buscam por profissionais que compreendem bem o seu papel e principalmente que tenham prestado serviços voluntários em estabelecimentos de saúde como clínicas particulares de fisioterapia, desportiva, escolas especiais ou casas de repouso ou asilos. De acordo com o National Health System – NHS, maior empregador de fisioterapeutas no Reino Unido, o trabalho voluntário demonstra o compromisso social do profissional considerando que são as áreas mais comuns de atuação profissional a assistência para idosos, os cuidados intensivos, saúde mental, a saúde ocupacional, a ortopedia, a pediatria, a neurologia e a saúde da

mulher em hospitais e clínicas, centros de saúde, escolas e centros infantis, asilos e centros-dia para idosos e doentes mentais, organizações de caridade, clínicas de esporte, clubes, ginásios e nas Forças Armadas.

No Reino Unido os fisioterapeutas podem trabalhar em inúmeros estabelecimentos, inclusive por meio período e em mais de um estabelecimento ou como autônomo. Há várias agências de emprego que gerenciam o trabalho do fisioterapeuta como *Health Jobs UK*, *Job Escalator*, *NHS Jobs for England and Wales* e *NHS Scotland Recruitment* além da *Labmed*, uma agência para especialistas.

### 3.4.2 Canadá

Associação Canadense de Fisioterapia ou Canadian Physiotherapists Association (CPA) lidera e representa a profissão de fisioterapeutas e assistentes de fisioterapeutas no Canadá e descreve a essência da profissão como sendo a compreensão dos movimentos e das funções corporais.

De acordo com a CPA os fisioterapeutas são profissionais da saúde qualificados e autônomos que oferecem serviços de fisioterapia seguros e centrados no cliente pelo compromisso de servir com disponibilidade, acessibilidade e excelência. Formado pela evidência científica, pela educação e competência, para ser efetivo, é preciso responder às novas necessidades da população e do sistema de saúde canadense.

Os fisioterapeutas atuam dentro de um escopo de prática da profissão e de competência própria. Atuam como membros e líderes da equipe de saúde e tem responsabilidade de respeitar os papéis dos diferentes membros do grupo e de sua própria área de expertise. O fisioterapeuta canadense pode desenvolver capacidades avançadas pela experiência, pela educação adicional e pelo treinamento, pela pesquisa e desenvolvimento profissional contínuo. São atividades de prática avançada do fisioterapeuta a solicitação de exames de radiologia, de hemograma e de rastreio para cirurgia ortopédica.

A fisioterapia no Canadá é uma profissão autorregulada e reconhecida como profissão de saúde com acesso direto ao serviço pelos clientes. Sua prática tem

evoluído para um alto nível de autonomia profissional com suporte legal em todas as jurisdições no Canadá.

São pressupostos da fisioterapia no Canadá: os serviços centrados no cliente e no respeito à sua autonomia e dignidade e limitados aos princípios éticos de integridade, responsabilidade e julgamento no melhor interesse do cliente; atuar dentro dos escopos e das competências profissionais; integra avaliação crítica de novo conhecimento por meio de pesquisa, educação e prática; envolve cliente de todas as idades em vários tipos de estabelecimentos de serviços de saúde com objetivo de promover e prevenir, tratar e reabilitar doenças e deficiências; atua como membro da equipe de saúde e respeita o papel dos outros membros e sua própria expertise.

No Canadá fisioterapeutas são profissionais da atenção primária com significativo papel na promoção e no tratamento das lesões e das doenças e combinam seu profundo conhecimento do corpo humano e seu funcionamento com as habilidades especializadas de terapias manuais para avaliação, diagnóstico e tratamento dos sintomas de doenças, lesões ou deficiências.

Todos os fisioterapeutas registrados no Canadá estão qualificados para prover fisioterapia segura e efetiva por meio de padrões de educação e prática, e foram aprovados em exame de competência e devidamente registrados no colégio de fisioterapeutas em suas respectivas províncias ou territórios. Fisioterapeutas trabalham no Canadá em clínicas particulares, hospitais gerais e de reabilitação, centros comunitários, em atendimentos domiciliares e asilos, em agências de visita domiciliar, em postos de trabalho e escolas.

As atividades do fisioterapeuta no Canadá estão baseadas no bem estar e na qualidade de vida do paciente/cliente promovendo melhora da mobilidade e da atividade física e, acima de tudo, saúde e bem estar; prevenindo lesões, doenças e deficiências; administrando condições crônicas e agudas, limitações de atividades e restrições de participação; melhora e manutenção da performance e da independência física e funcional; reabilitando lesões e os efeitos das doenças e das deficiências por meio de programas de exercícios e outras intervenções e, por fim, educando e planejando programas de suporte e manutenção para prevenção de recorrência, do agravamento de lesões e do declínio funcional.

A fisioterapia está ancorada nas ciências do movimento e tem como objetivo aumentar e restaurar a função dos múltiplos sistemas do corpo humano. A profissão

está comprometida com a saúde, o estilo e a qualidade de vida. Esta perspectiva holística incorpora uma ampla variedade de cuidados e intervenções terapêuticas físicas e fisiológicas.

No Canadá são consideradas funções primárias do fisioterapeuta a utilização de procedimentos e ferramentas de diagnóstico e avaliação com o objetivo de programar e executar intervenções preventivas e terapêuticas. A aplicação de abordagens colaborativas e fundamentadas ajuda o cliente a alcançar suas metas de saúde, em particular com foco nos sistemas musculoesquelético, cardiorrespiratório e neurológico e nas áreas de pediatria, geriatria, oncologia, saúde da mulher, da dor, saúde do trabalhador e medicina do esporte, entre outras. Os fisioterapeutas analisam o impacto da lesão, da doença e dos transtornos do movimento e da função e contribuem com o cuidado da saúde promovendo, restaurando e prolongando a independência física melhorando a capacidade funcional do cliente. Os fisioterapeutas encorajam seus pacientes a assumir a responsabilidade por sua saúde e participam da equipe de saúde na prestação de serviços.

A Associação Canadense de Fisioterapeutas (2012) criou uma tabela das intervenções em fisioterapia no país:

- Educação, consultoria e serviços de promoção e prevenção de saúde;
- Exercícios terapêuticos personalizados que promovam força, amplitude de movimento e função;
- Técnicas de terapia manual e tecidos moles, incluindo massagem, mobilização e manipulação articular periférica e espinhal;
- Agentes físicos, eletroterapêuticos e mecânicos, e acupuntura;
- Técnicas cardiorrespiratórias incluindo métodos de desobstrução das vias aéreas;
- Cuidado da pele e ulcerações;
- Controle da incontinência e reeducação do assoalho pélvico;
- Treinamento ocupacional e do trabalho e retorno ao trabalho;
- Prescrição, fabricação e aplicação de mecanismos e equipamentos assistivos, adaptativos, protetivos e de suporte;
- Mudança ambiental, focando na remoção de barreiras à função.

Conforme CPA (2012) no Canadá, a fisioterapia engloba ações de avaliação dos clientes com deficiência presente ou potencial, dor, limitação funcional, incapacidades ou outras condições de doenças relacionadas usando:

- Anamnese, testes e exames específicos estabelecendo diagnóstico e monitoramento;
- Análise dos achados na avaliação a fim de se identificar a extensão das limitações e das deficiências do cliente no contexto de suas necessidades;
- Diagnóstico resultante de achados de avaliação para determinar habilidades, necessidades funcionais e potencialidades;
- Planejamento e estratégias de intervenção que deve ser consonante com os interesses do cliente, com o status geral de saúde, com as necessidades funcionais e que deve incorporar abordagens e técnicas com suporte das melhores evidências científicas disponíveis;
- Implementação de intervenções selecionadas seguramente para alívio da dor, alcance e manutenção da mobilidade, da saúde e do condicionamento físico, independência funcional e desempenho físico, e gestão das deficiências, das incapacidades e das limitações de participação;
- Avaliação das condições de saúde por meio de medidas apropriadamente tomadas com base no monitoramento ou determinação dos resultados, dos impactos ou da eficácia da intervenção fisioterapêutica;
- Educação/orientação a outros profissionais, a clientes e a familiares com o objetivo de transferir o conhecimento e habilidades e desenvolver a compreensão, a independência e a competência; consultoria que provê aconselhamento profissional e direcionamento de soluções a uma ampla rede de serviços e problemas de condições de saúde;
- Pesquisa que envolva a aplicação do pensamento crítico, assim como a participação e a avaliação dos achados de atividades de pesquisa;
- Administração de serviços relacionados ao planejamento, direção, organização e monitoramento de oferta de serviços e a efetiva utilização de recursos;
- Comunicação com clientes, membros da equipe e outros para obtenção da colaboração e da coordenação do serviço;

- Defesa em nome dos clientes e da profissão no sentido de fortalecer a saúde individual e coletiva incluindo a promoção de saúde e a prevenção de doenças;
- Aprendizagem contínua e desenvolvimento do conhecimento e das habilidades com o propósito de melhorar os resultados e a prática da fisioterapia.

São locais de estabelecimentos de prática e serviços de fisioterapia os centros de desenvolvimento infantil, os centros comunitários de saúde, as agências de planejamento de saúde pública, os centros de treinamento e *performance* física, hospitais, hospícios, residências e cuidados domiciliares, companhias de seguro, asilos, casas de repouso e de internação, centros de saúde ocupacional, clínicas e ambulatórios, clínicas ou consultórios particulares, casas de detenção, estabelecimentos públicos de saúde coletiva, centros de reabilitação, centros de pesquisa, universidades e instituições de ensino, eventos esportivos e clínicas de medicina do esporte e empresas e postos de trabalho.

A CPA afirma que fisioterapeutas devem manter-se informados para assegurar a orientação e o suporte de prática baseados nas melhores evidências disponíveis. A variedade e a pertinência das técnicas de intervenção e abordagens aplicadas devem mudar ao longo do tempo em decorrência das evidências emergentes, das demandas pelos serviços, pela tecnologia e pelos estabelecimentos onde as práticas tomam lugar. O monitoramento do desenvolvimento das abordagens físicas e fisiológicas e da expansão das terapias alternativas permite a incorporação destas práticas às práticas regulares e podem ser consideradas terapias complementares aquelas com suficiente evidência científica.

De acordo com a CPA fisioterapeutas tem a oportunidade de desenvolver a expansão das habilidades e competências avançadas por meio da experiência, da educação de pósgraduação adicional e treinamento, do desenvolvimento profissional contínuo e da pesquisa. Historicamente, fisioterapeutas com capacidades clínicas avançadas e raciocínio crítico e clínico tiveram conferidas as práticas avançadas de prescrever raio-x e hemograma, exames de imagem para cirurgia ortopédica. Entretanto, o perfil da fisioterapia no Canadá está mudando em resposta às mudanças na saúde da população e às demandas do sistema de saúde. Para a CPA (2016) o Canadá está diante de uma evolução da profissão de fisioterapia, na qual a prática avançada previamente designada é adotada no escopo de prática

legal, por sua vez permitindo a ampliação do papel dos fisioterapeutas. A profissão, agora formalmente reconhece o especialista clínico em fisioterapia, como aquele que atua em nível clínico avançado em área reconhecidamente especializada tais como saúde da mulher, dor e oncologia. A prática clínica especializada em fisioterapia emerge como indicador da maturidade e do desenvolvimento, e beneficia o público e a profissão promovendo melhores padrões do serviço em fisioterapia.

No Canadá há profundos esforços para criar novos modelos de oferta de serviços em fisioterapia como as clínicas familiares e as redes de atenção primária com redução dos custos, do tempo de espera e tempo de trabalho dos profissionais de saúde. Os fisioterapeutas chamados de Fisioterapeutas de Práticas Avançadas ou *Advanced Practice Physiotherapists (APP)* são selecionados por critérios como Mestrado com pesquisa na área, sólida formação e experiência consistente, habilidade de decisão e liderança, evidência de prática inovadora e avaliação de resultado. São atividades de prática avançada do fisioterapeuta a solicitação de exames de radiologia, de hemograma e de rastreio para cirurgia ortopédica.

O novo modelo legislativo entrou em vigor em 2011, após 12 anos de tramitação, com oportunidades de avanço em novas políticas. Fisioterapeutas a partir de então tem competência para referir para especialistas, solicitar diagnóstico de imagem e prescrever colaborativamente com o Colégio de Farmacêuticos.

Há barreiras a serem enfrentadas em função de certa obscuridade dos propósitos das mudanças e dos avanços dos escopos de prática acerca do foco no interesse público, a discordância de muitos fisioterapeutas que não acreditam ter a habilidade para desenvolver novas competências, empregadores que precisam criar novas classificações de funções com novos encargos e salários e o convencimento e a adesão dos outros profissionais cuja competência deverá ser demonstrada. (MILLETTE, 2013)

Neste sentido, a Academia Canadense de Ciências da Saúde ou *Canadian Academy of Health Sciences (CAHS)* elaborou um documento com o título "*Optimizing Scope of Practice: new models for a new health care system*" ou Aperfeiçoando Escopos de Prática: novos modelos de cuidado para um novo sistema de cuidado em saúde no qual provê aconselhamento científico para saúde canadense desde 2004 em parceria com a *Royal Society of Canada*, a *Canadian Academy of Engineering* e o *Canadian Institute of Medicine* e garantem a ampla participação de outras disciplinas das ciências da saúde.



De acordo com a CAHS as recentes mudanças no perfil sociodemográfico e epidemiológico dos canadenses, as transformações tecnológicas, e a preocupação com o retorno dos investimentos em saúde levam ao reconhecimento da necessidade de reformulação do sistema de saúde. O modelo atual permanece localizado e a falta de estrutura ou suporte adequado exigem a observação destas questões e a otimização dos escopos de prática no cuidado em saúde que melhor venham ao encontro do paciente, da comunidade e da população. Com os profissionais de saúde na linha de frente dos serviços de saúde, a CAHS afirma ser necessário examinar a utilização dos todos os recursos humanos em saúde disponíveis, suas competências e a expansão de seus escopos de prática. (CAHS, 2014)

### 3.4.3 Austrália

Como definição, na Austrália, a fisioterapia tem enfoque holístico de prevenção, diagnóstico e gerenciamento da dor, das disordens do movimento ou melhora da função, da saúde e do bem estar da comunidade por uma perspectiva individual ou populacional. A prática da fisioterapia na Austrália usa um processo clínico baseado em evidência e os fisioterapeutas devem assumir as “funções de avaliação e tratamento de qualquer lesão, doença ou outra condição de saúde, ou prevenção e reabilitação de lesão ou condição de saúde”(APC, 2013, p-).

Desde 2006, há um esforço do Comitê de Padrões de Prática em Fisioterapia Australiano o chamado Australian Practice Standards for Physical Therapy Committee (APSPTC), elemento integrante do processo de acreditação de programas de educação básica em fisioterapia, para definir uma relação de padrões/protocolos que descrevam um quadro atualizado da prática no nível básico da formação em fisioterapia na Austrália. Com foco no cliente, o objetivo deste protocolo é prover à profissão um parâmetro para o conhecimento, as competências e os atributos para uma prática segura e efetiva da profissão e cuja justificativa é, além da performance da prática de alta qualidade, uma aspiração da profissão, promove o status da fisioterapia na comunidade.

Na Austrália a fisioterapia está comprometida com a promoção, a manutenção e o restabelecimento da saúde e com a prevenção de deficiências em pessoas de

todas as idades. Fisioterapeutas melhoram a habilidade potencial, a função física, a independência, a autonomia e a qualidade de vida por meio de práticas de reabilitação. Para alcançar tais objetivos, os fisioterapeutas adquirem extensiva compreensão dos aspectos físicos, estruturais e fisiológicos da forma e do movimento humano, assim como dos fatores relacionados à função e a aquisição dessas habilidades.

A fisioterapia australiana está envolvida com a promoção do desenvolvimento motor e da coordenação, com métodos físicos de controle da dor, com exercícios terapêuticos para lesões de sistemas musculares, com a assistência da gestão física do sistema cardiorrespiratório, ou promovendo equilíbrio e o controle motor para melhor *performance* e função.

A Associação de Fisioterapia Australiana afirma que a prática é mais do que a provisão de cuidado clínico, é qualquer função, remunerada ou não, na qual o indivíduo utiliza suas competências e conhecimento como profissional de saúde para administrar, gerenciar, educar e pesquisar com o objetivo de aumentar o impacto na segurança e na oferta de serviços de saúde. A APA define o escopo de prática da fisioterapia como um amplo espectro de funções, responsabilidades, atividades e capacidade de tomada de decisões dentro de uma profissão para a qual houve educação formal e autorização para atuar considerando-se a profundidade e a abrangência da competência e a segurança e a efetividade das garantias legais dos ambientes de trabalho.

Na Austrália, há fisioterapeutas que trabalham no tratamento de disfunções neuromusculares cuja conduta é uma combinação de terapia física e farmacológica tais como drogas esteróides, antiinflamatórios, relaxantes musculares e similares. (LANDBURY; SULIVAN, 1998) Algumas drogas tem sido usadas como adjuvantes em procedimentos fisioterapêuticos mais complexos, como iontoforese e fonoforese, para maximizar a absorção de drogas de uso tópico, ou associadas à massagem, à manipulação e à nebulização. Para Grimer, Kumar e Gilbert (2002) a dor e a inflamação são sintomas muito comuns das doenças degenerativas crônicas e a prescrição de tais drogas pode aliviar os sintomas e acelerar os efeitos do tratamento com maiores ganhos de mobilidade e recuperação funcional, sem necessidade de esperar por uma prescrição médica.

Recomendam-se que fisioterapeutas sejam proativos em se preparar para participar dos modelos inovadores do cuidado em saúde emergentes das reformas

da força de trabalho em saúde australiana. Um dos desafios apontados pelas mudanças da força de trabalho é a prescrição de medicamentos (Non-Medical Prescription – NMP) e percebe-se a preocupação de unificação de padrões em relação às questões regulatórias e legislativas, à educação apropriada e aos critérios de credenciamento e supervisão. Há o reconhecimento da importância de uma ação unificada e planejada, no lugar de iniciativas locais ou estaduais, para elaboração de modelos de oferta de serviços regularmente avaliadas e que dêem suporte aos avanços dos escopos de prática com eficiência, segurança, equidade e centrado no paciente.

#### 3.4.4 Brasil

Fisioterapia no Brasil é definida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO como uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade. As ações da fisioterapia estão fundamentadas em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patológica de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais.

Profissional de saúde com formação acadêmica superior, o fisioterapeuta está habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Fisioterapêutico), à prescrição das condutas fisioterapêuticas, à sua ordenação e indução no paciente bem como, ao acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e às condições para alta do serviço.

Classificada como atividade de saúde, a atuação do fisioterapeuta está regulamentada pelo Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Resoluções do COFFITO, Decreto 9.640/84, Lei 8.856/9. A fisioterapia clínica pode ser realizada em ambulatórios, consultórios, centros de reabilitação, hospitais e clínica. Em saúde coletiva, o fisioterapeuta poderá atuar em ações básicas de saúde, fisioterapia do trabalho, programas institucionais e de vigilância sanitária. Em atividades de ensino, o fisioterapeuta está autorizado a atuar na direção e coordenação de cursos nos

níveis: secundário e superior, de extensão e de pesquisa, bem como na supervisão técnica e administrativa. O fisioterapeuta pode atuar ainda no esporte e em indústria de equipamentos de uso fisioterapêutico.

São atribuições gerais do fisioterapeuta:

- Prestar assistência fisioterapêutica - Hospitalar, Ambulatorial e em Consultórios;
- Elaborar o Diagnóstico Cinesiológico Funcional, prescrever, planejar, ordenar, analisar, supervisionar e avaliar os projetos fisioterapêuticos, a sua eficácia, a sua resolutividade e as condições de alta do cliente submetido a estas práticas de saúde.

Em atendimentos clínicos o fisioterapeuta deve ser capaz de:

- Avaliar o estado funcional do cliente, a partir da identidade da patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional e exame da cinesia, funcionalidade e sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas.
- Elaborar o Diagnóstico Cinesiológico Funcional, planejar, organizar, supervisionar, prescrever e avaliar os projetos terapêuticos desenvolvidos nos clientes.
- Estabelecer rotinas para a assistência fisioterapêutica, fazendo sempre as adequações necessárias.
- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução do quadro funcional do cliente, sempre que necessário e justificado.
- Recorrer a outros profissionais de saúde e/ou solicitar pareceres técnicos especializados, quando necessário.
- Reformular o programa terapêutico sempre que necessário.
- Registrar no prontuário do cliente, as prescrições fisioterapêuticas, sua evolução, as intercorrências e as condições de alta da assistência fisioterapêutica.
- Integrar a equipe multiprofissional de saúde, sempre que necessário, com participação plena na atenção prestada ao cliente.
- Desenvolver estudos e pesquisas relacionados a sua área de atuação.
- Colaborar na formação e no aprimoramento de outros profissionais de saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento em serviço.
- Efetuar controle periódico da qualidade e da resolutividade do seu trabalho.
- Elaborar pareceres técnicos especializados sempre que solicitados.

Em atendimentos em consultórios o fisioterapeuta deve ser capaz de:

- Elaborar o Diagnóstico Cinesiológico Funcional, a partir da identidade da patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional e exame da cinesia, da funcionalidade e do sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas.
- Estabelecer o programa terapêutico do cliente, fazendo as adequações necessárias.
- Solicitar exames complementares e/ou requerer pareceres técnicos especializados de outros profissionais de saúde, quando necessários.
- Registrar em prontuário ou ficha de evolução do cliente, a prescrição fisioterapêutica, a sua evolução, as intercorrências e as condições de alta em Fisioterapia.
- Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária.
- Efetuar controle periódico da qualidade e funcionalidade dos seus equipamentos, das condições sanitárias e da resolutividade dos trabalhos desenvolvidos.

Nos Centros de Recuperação Bio-Psico-Social (Reabilitação) o fisioterapeuta deve:

- Avaliar o estado funcional do cliente, através da elaboração do Diagnóstico Cinesiológico Funcional a partir da identidade da patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional e do exame da cinesia, da funcionalidade e do sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas.
- Desenvolver atividades, de forma harmônica na equipe multiprofissional de saúde.
- Zelar pela autonomia científica de cada um dos membros da equipe, não abdicando da independência científico-profissional e da isonomia nas suas relações profissionais.
- Participação plena na atenção de saúde prestada a cada cliente, na integração das ações multiprofissionalizadas, na sua resolutividade e na deliberação da alta do cliente.
- Participar das reuniões de estudos e discussões de casos, de forma ativa e contributiva aos objetivos pretendidos.
- Registrar no prontuário do cliente, todas as prescrições e ações nele desenvolvidas.

A principal atribuição do fisioterapeuta que atua em saúde coletiva são a educação, prevenção e assistência fisioterapêutica coletiva, na atenção primária em saúde. As atribuições específicas em programas institucionais devem ser:

- Participar de equipes multiprofissionais destinadas a planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em Saúde Pública.
- Contribuir no planejamento, investigação e estudos epidemiológicos.
- Promover e participar de estudos e pesquisas relacionados a sua área de atuação.
- Integrar os órgãos colegiados de controle social.
- Participar de câmaras técnicas de padronização de procedimentos em saúde coletiva.
- Avaliar a qualidade, a eficácia e os riscos a saúde decorrentes de equipamentos eletro-eletrônicos de uso em Fisioterapia.

Nas Ações Básicas de Saúde o fisioterapeuta deve:

- Participar de equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, a implementação, ao controle e a execução de projetos e programas de ações básicas de saúde.
- Promover e participar de estudos e pesquisas voltados a inserção de protocolos da sua área de atuação, nas ações básicas de saúde.
- Participar do planejamento e execução de treinamentos e reciclagens de recursos humanos em saúde.
- Participar de órgãos colegiados de controle social.

Como Fisioterapeuta do Trabalho é atribuição do profissional:

- Promover ações terapêuticas preventivas a instalações de processos que levam a incapacidade funcional laborativa;
- Analisar os fatores ambientais, contributivos ao conhecimento de distúrbios funcionais laborativos;
- Desenvolver programas coletivos, contributivos à diminuição dos riscos de acidente de trabalho.

Como membro de equipe de Vigilância Sanitária é atribuído ao fisioterapeuta:

- Integrar a equipe de Vigilância Sanitária.
- Cumprir e fazer cumprir a legislação de Vigilância Sanitária.

- Encaminhar às autoridades de fiscalização profissional, relatórios sobre condições e práticas inadequadas à saúde coletiva e/ou impeditivas da boa prática profissional.
- Integrar Comissões Técnicas de regulamentação e procedimentos relativos a qualidade, a eficiência e aos riscos sanitários dos equipamentos de uso em Fisioterapia.
- Verificar as condições técnico-sanitárias das empresas que ofereçam assistência fisioterapêutica à coletividade.

Se o fisioterapeuta atuar na educação deverá ser capaz de dirigir, coordenar e supervisionar cursos de graduação em Fisioterapia/Saúde; de lecionar disciplinas básicas e profissionalizantes dos Cursos de Graduação em Fisioterapia e outros cursos na área da saúde, de elaborar planejamento de ensino, ministrar e administrar aulas, indicar bibliografia especializada e atualizada, equipamento e material auxiliar necessários para o melhor cumprimento do programa e de coordenar e/ou participar de trabalhos inter e transdisciplinares, ser capaz de realizar e/ou participar de atividades complementares à formação profissional, de participar de estudos e pesquisas em Fisioterapia e Saúde, de supervisionar programas de treinamento e estágios, de executar atividades administrativas inerentes à docência, de planejar, implementar e controlar as atividades técnicas e administrativas do ano letivo, quando do exercício de Direção e/ou Coordenação de cursos de graduação e pós-graduação e de orientar o corpo docente e discente quanto à formação do fisioterapeuta, abordando visão crítica da realidade política, social e econômica do país, além de promover a atualização didática pedagógica em relação à formação profissional do Fisioterapeuta.

Nas funções relacionadas à industrialização e à comercialização de equipamentos e produtos para fisioterapia, o fisioterapeuta deverá estar apto a desenvolver/projetar protótipos de produtos de interesse do Fisioterapeuta e/ou da Fisioterapia, de desenvolver e avaliar a utilização destes produtos no meio social. E ainda de ser capaz de elaborar manual de especificações e promover a qualidade e o desempenho dos produtos, de coordenar e supervisionar as demonstrações técnicas do produto junto aos profissionais fisioterapeutas, de assessorar tecnicamente a produção e de supervisionar e coordenar a apresentação do produto em feiras e eventos, de desenvolver material de apoio para treinamento, de participar de equipes multiprofissionais responsáveis pelo desenvolvimento dos

produtos, pelo seu controle de qualidade e análise de seu desenvolvimento e risco sanitário.

Se pretender trabalhar na área desportiva, o fisioterapeuta terá dentre suas atribuições as de planejar, implantar, coordenar e supervisionar programas destinados à recuperação funcional de atletas, realizar avaliações e acompanhamento da recuperação funcional do cliente, elaborar programas de assistência fisioterapêutica ao atleta de competição e integrar a equipe multiprofissional de saúde do esporte com participação plena na atenção prestada ao atleta.

Quanto às práticas avançadas da fisioterapia no Brasil, não há inovações muito significativas quanto à prescrição de medicamentos. Recomendação elaborada pelo Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) tem objetivo de orientar os fisioterapeutas sobre algumas intervenções de prevenção/tratamento de fisioterapia respiratória (desobstrução das vias aéreas; reexpansão pulmonar; posicionamento no leito; aspiração das vias aéreas; inaloterapia; tosse assistida), que auxiliam no processo de reabilitação de pacientes pediátricos e neonatais em unidade de terapia intensiva em ventilação pulmonar mecânica e até 12 horas após a extubação. A reabilitação inclui desde a avaliação e prevenção de alterações cinético-funcionais às intervenções de tratamento (fisioterapia respiratória e/ou motora), controle e aplicação de gases medicinais, cuidados da ventilação pulmonar mecânica invasiva e não invasiva, protocolos de desmame e extubação, insuflação traqueal de gás, protocolo de insuflação/desinsuflação do balonete intratraqueal, aplicação de surfactante, entre outros.

Fisioterapeutas brasileiros não estão autorizados a prescrever medicação, sendo esta prerrogativa exclusiva dos médicos, e estendida aos dentistas, aos farmacêuticos e aos enfermeiros para prescrever determinados medicamentos. Alguns medicamentos como anti-inflamatórios e analgésicos são comercializados livremente, permitindo que sejam associados às terapias e às intervenções fisioterapêuticas. A prática da Prescrição Não Médica (PNM) por fisioterapeutas pode preencher um importante papel nos Sistemas de Saúde cujos principais benefícios são a diminuição da burocracia no acesso a medicamentos e demandas populacionais, bem como maior refinamento profissional. (COSTA, 2017)



Quadro 13 - Escopo de prática dos fisioterapeutas nos países selecionados (continua)

PAÍS	O QUE FAZEM	ONDE FAZEM	PROTOCOLO / PRÁTICAS AVANÇADAS	ESPECIFICIDADES
REINO UNIDO	<p>Promover, manter e restaurar o bem estar que comprometam o movimento corporal;            Promoção, prevenção e no tratamento. Intervenção na habilitação ou na reabilitação            Aumentar e restaurar a função dos múltiplos sistemas do corpo humano;            Preencher formulários de evolução dos casos;            Coletar estatísticas e estabelecer contato com outros profissionais;            Terapia manual, massagem, exercícios terapêuticos e eletroterapia;            Flying Start NHS</p>	<p>Hospitais, clínicas particulares, ambulatórios centros de saúde, escolas e centros infantis, asilos e centros-dia para idosos e doentes mentais, organizações de caridade, clínicas de esporte, clubes, ginásios e nas Forças Armadas, atendimentos domiciliares dentro e fora do país;            Rede Profissional de Escopo de Prática Avançada</p>	<p>Avaliar, diagnosticar e tratar as condições físicas e desenvolver programas de tratamento;            Prescrição independente de medicação            Infiltração com orientação de ultrassom;            Estudos de condução nervosa;            Pequenas cirurgias;            Mudança ambiental, focando na remoção de barreiras à função;</p>	<p>Envolver pais e cuidadores no tratamento;            Supervisionar estudantes e trabalhadores de suporte;            Ser legalmente responsável e caridoso;            Administrar os riscos de suas ações;            Escopo de Prática Estendido – EPE;            Valorização do Trabalho voluntário</p>
CANADÁ	<p>Promoção e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e deficiências;            Educação, consultoria e serviços de promoção e prevenção de saúde;            Membros e líderes da equipe de saúde            Exercícios terapêuticos;            Terapia manual; Agentes físicos, eletroterapêuticos e mecânicos, e acupuntura;            Técnicas cardiorrespiratórias;            Prescrição, fabricação e aplicação de mecanismos e equipamentos assistivos, adaptativos, protetivos e de suporte;            Treinamento ocupacional e do trabalho e retorno ao trabalho</p>	<p>Centros de desenvolvimento infantil, escolas, centros comunitários de saúde, agências de planejamento de saúde pública, centros de treinamento e <i>performance</i> física, hospitais, hospícios, residências e cuidados domiciliares, companhias de seguro, asilos, casas de repouso e de internação, centros de saúde ocupacional, clínicas e ambulatórios, clínicas ou consultórios particulares, casas de detenção, estabelecimentos públicos de saúde coletiva, centros de reabilitação, centros de pesquisa, universidades e instituições de ensino, eventos esportivos e clínicas de medicina</p>	<p>Diagnóstico e avaliação para intervenções preventivas e terapêuticas;              Anamnese, testes e exames específicos para diagnóstico e monitoramento;              Análise dos achados na avaliação;              Planejamento e estratégias de intervenção; Implementação das intervenções;              Práticas avançadas: solicitação de exames de radiologia, de hemograma e de rastreio para cirurgia ortopédica.</p>	<p>Educação/orientação a outros profissionais, a clientes e a familiares;              Expansão das terapias alternativas e terapias complementares;</p>

Quadro 13 - Escopo de prática dos fisioterapeutas nos países selecionados (continuação)

		do esporte e empresas e postos de trabalho;		
AUSTRÁLIA	Promoção, a manutenção e o restabelecimento da saúde e com a prevenção de deficiências em pessoas de todas as idades; Prevenção, diagnóstico e gerenciamento da dor, das disordens do movimento ou melhora da função muscular e do bem estar da comunidade numa perspectiva individual ou populacional.	Hospitais, clínicas particulares, ambulatórios centros de saúde;	Padrões/protocolos que descrevam um quadro atualizado da prática no nível básico da Fisioterapia;  Prescrição de drogas esteróides, antiinflamatórios, relaxantes musculares e similares;  Non-Medical Prescription (NMP)	Enfoque holístico na definição da profissão;  Definição de protocolos ou padrões de atendimentos;  Impacto na segurança e na oferta dos serviços de saúde
BRASIL	Estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas;  Executa métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.	Ambulatórios, consultórios, centros de reabilitação, hospitais e clínica; Ações básicas de saúde, fisioterapia do trabalho, programas institucionais e de vigilância sanitária; direção e coordenação de cursos nos níveis secundário e superior, de extensão e de pesquisa, supervisão técnica e administrativa. Esporte	Diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Fisioterapêutico ou Diagnóstico Cineticofuncional), prescrição das condutas fisioterapêuticas, ordenação e indução no paciente.	Consultoria à indústria de equipamentos de uso fisioterapêutico; Acompanhamento da evolução clínico funcional e alta do serviço; Solicitação de exames complementares

Fonte: A autora, 2017.

#### **4 SIMILARIDADES, DIVERGÊNCIAS E PARTICULARIDADES ENTRE REINO UNIDO, CANADÁ, AUSTRÁLIA E BRASIL**

Neste capítulo pretendeu-se analisar comparativamente os países Reino Unido, Canadá, Austrália e Brasil quanto aos aspectos históricos e sociais, aos sistemas de saúde e aos processos da formação e do controle profissional da fisioterapia, mas principalmente, analisar os escopos de prática da fisioterapia nos países selecionados.

Estabelecer critérios de comparação entre países é tarefa árdua, não apenas pelo fato de que dados construídos historicamente, mesmo que guardem semelhanças, apresentam diferentes desdobramentos cujas razões nem sempre são claras ou possíveis de serem explicitadas, como também pela dificuldade de se manter o distanciamento necessário para não distorcer o foco, considerando que a autora é nacional de um dos países estudados.

Algumas considerações são apresentadas com o objetivo de facilitar a compreensão e fomentar outras tantas possíveis inferências não captadas neste estudo.

##### **4.1 Quanto aos aspectos históricos e socioeconômicos**

Considerados os aspectos socioeconômicos e da formação dos países estudados, apenas o Reino Unido apresenta formação histórica e cultural conhecida desde a Antiguidade, os demais países trazem em sua história de formação aspectos similares de ocupação por povos europeus. Os fatos que compuseram historicamente a origem das nações Canadá, Austrália e Brasil, embora todos tenham sido colonizados, não se refletem significativamente nos seus indicadores. Mesmo sendo historicamente mais antigo e um dos mais potentes países colonizadores, o Reino Unido apresenta indicadores bastante semelhantes aos de suas antigas colônias. O Brasil, entretanto, apresenta alguns dos indicadores analisados abaixo dos demais países estudados.

Como características que se destacam em cada um dos países estudados estão o fato da população brasileira ser o dobro da soma da população dos demais

países e a área do Reino Unido representa 2,9% da média das áreas dos demais países. Apenas o Brasil não tem o Inglês com idioma oficial. A densidade populacional do Reino Unido é 8,7 vezes maior do que a média dos demais países, e a Austrália e o Canadá tem as menores densidades demográficas. Brasil tem o menor Índice de Desenvolvimento Humano e o maior Índice de Gini. O Reino Unido tem o maior Produto Interno Bruto, a Austrália tem o maior Produto Interno Bruto per capita e a taxa de desemprego do Brasil é a maior sendo o dobro da média dos demais países.

O Brasil é o único país com sistema de governo presidencialista e todos os países adotam o sistema de saúde universal, com taxas de gasto com saúde do PIB aproximadas. A expectativa de vida no Brasil é a menor com diferença de 7,5 anos da média dos demais países e sua taxa de alfabetização é a menor sendo oito pontos percentuais abaixo dos dois países que apresentam as maiores taxas. O Brasil tem taxa de mortalidade infantil mais alta com 15 mortes por cada mil nascidos vivos a mais se comparados aos demais países.

Austrália é o país mais jovem (1931) e o Brasil o país que mais sofreu golpes de governo e tem o maior número de constituições. Todos os países colonizados sofreram sucessivas ondas migratórias, mas o Brasil tem recente lei de migração (2016) mais ampla do que a anterior enquanto o Reino Unido, Canadá e Austrália, também recentemente, alteraram suas regras de controle de entrada de imigrantes aumentando as restrições aos estrangeiros.

Dentre as diversas divisões a que o mundo está sujeito e conforme os critérios utilizados para criar tais divisões, os países estudados estarão mais próximos ou mais distantes, o que pode explicar, em parte, suas diferentes percepções de mundo. Numa concepção histórica, o mundo se divide em Velho Mundo (Europa, África e Ásia), do qual faz parte apenas o Reino Unido, em Novo Mundo (América) do qual fazem parte o Canadá e o Brasil, e o Novíssimo Mundo (Oceania), do qual a Austrália faz parte. O fato de ser o mais antigo e de ter descoberto os demais continentes gerou uma concepção ideológica de supremacia chamada eurocentrismo cuja abordagem coloca a Europa como principal civilização, desconsiderando as civilizações como os Maias, Os Incas e os Astecas na América e os Aborígenes na Austrália, existentes antes da chegada dos europeus e por eles dizimados. Se considerar-se o critério geográfico, Canadá e Brasil estão juntos no Hemisfério Ocidental e o Reino Unido e a Austrália no Hemisfério Oriental, assim

como Canadá e Reino Unido estão no Hemisfério Norte, enquanto Brasil e Austrália estão no Hemisfério Sul. Ou seja, dependendo da perspectiva, todos os países estudados apresentam semelhanças ou divergências que, de alguma maneira, podem estar representadas nos dados levantados por este estudo.

#### 4.2 Quanto aos sistemas de saúde

Tanaka e Oliveira (2007) afirmam que os sistemas de saúde britânico e brasileiro foram construídos em distintos contextos históricos, mas a análise realizada pelos autores das reformas destes sistemas aponta para aspectos da reformulação do primeiro que pode ser útil ao processo de aprimoramento do segundo quanto aos princípios de universalidade, integralidade e equidade, proposto por ambos, o que denota significativa semelhança entre eles.

Assim, dentre os aspectos que mais se destacam acerca dos sistemas de saúde dos países estudados está o fato de que todos apresentam sistemas de saúde universais com cobertura completa para todos os seus cidadãos sendo o sistema de saúde do Reino Unido o mais antigo.

Embora todos tenham valores aproximados de gasto em saúde considerando-se o percentual do Produto Interno Bruto destinado à saúde, o Brasil apresenta gasto em saúde per capita  $\frac{1}{4}$  do valor dos demais países.

Análise dos 34 países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE acerca do gasto com saúde de seus países membros posiciona Austrália, Canadá e Reino Unido em 2º, 5º e 30º lugares respectivamente. Caso pertencesse à OCDE, o Brasil, considerado desde 2012 um “*key-partner*” da organização, se posicionaria relativamente bem, em 22º lugar no que se refere aos gastos totais em saúde, a frente do Reino Unido, entretanto seria o antepenúltimo nos investimentos públicos, item no qual superaria apenas o Chile e o México e nos gastos per capita ficaria acima apenas da Turquia, última colocada.

Quanto aos serviços oferecidos, todos os países estudados oferecem rol de medicamentos gratuitamente e o Reino Unido e o Brasil dispõem de equipes de saúde geograficamente distribuídas. O Brasil e Reino Unido permitem seguro

privado de saúde sendo que no Brasil 24,4% da população possui plano complementar.

Os serviços na Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales são administrados separadamente, assim como no Canadá há 15 sistemas de saúde diferentes considerando as 15 províncias e territórios que administram autonomamente seus serviços pelos servidores (médicos e enfermeiros). A Província do Quebec, a mais extensa com mais de sete milhões de habitantes e única majoritariamente francófona, foi a última província a implantar o seguro de saúde universal.

Conforme descrito por RODRIGUES (2011) todos os países estudados possuem agências locais ou regionais de regulação do sistema de saúde que utilizam de contratos de gestão entre governo e as agências, autonomia administrativa e financeira das unidades de saúde dentro de parâmetros fixados por lei e nos contratos de gestão e monitoramento e avaliação por desempenho.

Importante ressaltar mais alguns aspectos observados como o fato de que os modelos dos sistemas de saúde nos países acompanham as recomendações das organizações internacionais de saúde como a Organização Mundial de Saúde – OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, mas alguns instrumentos de regulação ainda são incipientes como no caso do Brasil onde a gestão da rede de serviços de saúde pública está a cargo dos municípios ou dos estados, em atendimento à política de descentralização e as contratações entre unidades de saúde e gestores é quase inexistente. (RODRIGUES, 2011)

O setor saúde no Brasil sempre esteve vinculado aos setores da educação, da justiça e do trabalho, de acordo com os interesses no desenvolvimento de suas ações. As principais mudanças no modelo de saúde pública brasileiro seguiram as importantes mudanças políticas e se refletiram também no setor da educação. As reformas da saúde, em geral estavam acompanhadas das reformas da educação e vice e versa. HOCHMAN (2005) afirma que a relação entre as reformas da saúde e as mudanças e ideologia do regime político instaurado indicam permanências e rupturas em relação ao período anterior, assim como os impactos das reformas sobre a saúde pública brasileira contemporânea.

A similaridade da universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os países estudados, embora com algumas divergências e particularidades nas formas de organização e oferta, é a principal característica desta análise específica

e conhecer a história da formação e dos sistemas de saúde dos países selecionados facilita a abertura para novas proposições e inferências ao longo deste estudo.

### 4.3 Quanto ao processo de profissionalização

OTOSSON (2015, p.297) diz que “comparada às outras profissões do setor do cuidado em saúde, fisioterapeutas raramente usam referências históricas para definir ou empoderar sua identidade profissional”, entretanto foram encontrados por meio de busca eletrônica de livros e artigos científicos a partir dos descritores: História da Fisioterapia + Brasil; + Reino Unido; + Canadá e + Austrália uma extensa produção nacional e internacional.

Magali Larson (1977) afirma que conhecer a história é a única forma de acessar a continuidade e a descontinuidade de um processo de profissionalização e, embora sendo recente, a história da fisioterapia é bastante intensa, visto que em menos de cem anos no Reino Unido e menos de cinquenta anos nos demais países estudados, a fisioterapia tornou-se profissão com todos os processos de profissionalização devidamente configurados.

A sociologia das profissões enumera uma seqüência de processos que determinam a profissionalização de uma categoria. O modelo de processo de profissionalização descrito por WILENSKY em 1970 constou de cinco passos: o trabalho de tempo integral; as escolas de treinamento e transmissão do corpo de conhecimento; a formação de associações profissionais; a regulamentação da profissão e a criação do código de ética. A partir destas etapas verifica-se que a fisioterapia, observando-se o quadro abaixo, as cumpriu exatamente conforme o modelo por ele descrito. As práticas avançadas foram incluídas porque mostram o dinamismo e as conquistas mais recentes da profissão em relação aos seus campos de atuação.

Quadro 14 - As etapas do processo de profissionalização da fisioterapia nos países estudados

ETAPA	REINO UNIDO	CANADÁ	AUSTRÁLIA	BRASIL
PRIMEIRAS ATIVIDADES (em tempo integral)	1894	1894	1858	1879
PRIMEIRAS ESCOLAS	1900	1929	1900	1951
PRIMEIRAS UNIVERSIDADES	1920	1943	1933	1956
PRIMEIRAS ASSOCIAÇÕES	1894	1935	1906	1959
REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO	1960	1954	1950	1969
PRIMEIRO CÓDIGO DE ÉTICA	1968	1969	1976	1978
PRÁTICAS AVANÇADAS	1986	1989	1985	
PRESCRIÇÃO INDEPENDENTE	2012	2013	2013	

Fonte: A autora, 2017.

Em todos os países os relatos disponíveis das primeiras atividades da fisioterapia como atividade profissional de tempo integral ocorreram na viragem do século dezenove, tendo corrido simultaneamente no Reino Unido e no Canadá. As primeiras escolas de formação em fisioterapia surgiram mais tardiamente no Brasil, mas foi o país onde, mais rapidamente, a universidade foi instituída como instância de formação.

Interessante observar que, embora o Brasil e o Canadá estivessem mais atrasados em relação ao Reino Unido e à Austrália quanto ao surgimento das primeiras escolas formadoras de fisioterapeutas, aqueles países conseguiram o reconhecimento da profissão em menor tempo, ou seja, o Reino Unido levou sessenta anos para reconhecer a profissão, a Austrália, cinqüenta, o Canadá reconheceu a profissão vinte três anos após o surgimento da primeira escola e o Brasil, em apenas dezoito anos reconheceu a fisioterapia como profissão de nível superior.

Reino Unido e Austrália criaram associações mais precocemente, enquanto que, no prazo de vinte anos, todos os países tiveram a profissão regulamentada e em dez anos elaboraram seus dos códigos de ética como é chamado no Brasil, ou código de conduta como é chamado nos demais países.



Figura 4 - Educação em fisioterapia em 1980



Fonte: <https://www.anererkennung-in-deutschland.de>

A figura 4 retrata uma aula de terapia manual em curso de graduação na Alemanha em 1980, mas poderia ser reconhecido em qualquer outro país. Naquela década a formação em fisioterapia ganhou grande abrangência pelo mundo por meio da disseminação de métodos e técnicas de tratamento como Kabat ou Facilitação Neuromuscular Proprioceptica, Maitland, Bad-Ragaz e o mais popular no Brasil, o Método de Reeducação Postural Global (RPG), desenvolvido por um francês que, apesar de não ser fisioterapeuta na época, alcançou grande aceitação dos profissionais brasileiros, principalmente os médicos, que buscavam métodos mais eficazes de tratamento dos desvios posturais, já que não havia, até então, tratamento com resultados comprovados.

Observa-se que, embora haja variados períodos de intervalos entre cada uma das etapas da profissionalização, todas elas ocorrem em períodos aproximados, levando a ideia de que haveria um determinante social, político ou econômico, ou todos eles associados, mas de origem global, que impelisse para ocorrência dos fatos. Ainda que recentemente a determinação social, política, econômica, cultural e ambiental do processo saúde-doença seja mais facilmente reconhecida, ela só se deu a partir dos anos 90 com as Cúpulas Mundiais das Nações Unidas. (CARVALHO, 2013) Neste sentido, há outra questão a ser investigada: quais fatores contribuíram para a equiparação cronológica dos fatos que compuseram os

processos de profissionalização da fisioterapia em países geográfica e historicamente diversos?

#### **4.4 Quanto à formação e ao controle profissional**

Todos os países estudados possuem Instituições de Ensino Superior - IES privadas e públicas, entretanto o Brasil, além de possuir dez vezes mais IES (2.364) do que o Canadá, segundo país (240) em número de IES, e quatro vezes mais estudantes no ensino superior, também se destaca por apresentar a maior relação entre IES privadas e públicas de 9:1. Os países têm, em média, trinta e cinco mil cursos de graduação e tecnológicos, mas o Brasil tem doze vezes mais cursos de fisioterapia (560) do que o Reino Unido (45), segundo país com maior número de cursos de graduação em fisioterapia. É verdade que a população brasileira é mais de três vezes maior que a população do Reino Unido, entretanto, o Brasil apresenta menor taxa de alfabetização com 91% da população, enquanto os demais países apresentam, em média, 98% da população alfabetizada. O Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada – IPEA fazem as principais recomendações de políticas para o Brasil e afirma a necessidade de elevação da eficiência do sistema público de ensino superior, por meio da implantação de mecanismos de incentivos similares aos da pós-graduação, do aumento relativo do pagamento de bolsas e da concessão de financiamentos para estudos no setor privado e do investimento massivo nos níveis inferiores, como forma de elevar a equidade do sistema. (IPEA, 2012)

Dos sistemas públicos de controle da formação profissional apenas o Brasil não compartilha esta função com outros órgãos. No Reino Unido, no Canadá e na Austrália há Instituições de representação profissional que também fiscalizam, orientam e recomendam os cursos de graduação em fisioterapia. Da mesma forma o controle do exercício profissional ocorre igualmente em todos os países estudados, entretanto no Reino Unido e na Austrália este controle é compartilhado entre o estado (público) e os profissionais (por representação).

Ainda quanto à formação, a Austrália se destaca por desenvolver um sistema educacional que promove a articulação entre o ensino médio e o ensino superior facilitando o processo de ingresso e permanência dos estudantes assim como

orienta o deslocamento entre instituições e entre outros cursos, o que permite maior flexibilidade e conseqüentemente maior adaptação aos diferentes objetivos de cada estudante. As atribuições de capacidade de adaptação e de flexibilidade são exigências do mercado de trabalho e, neste sentido, a formação em fisioterapia na Austrália está bastante avançada. Entretanto, assim como no Brasil, a Austrália é o único país que refere preocupação com o aumento do número de profissionais e a possível dificuldade dos novos fisioterapeutas encontrarem oportunidades de emprego.

Mas é no Brasil que o número de fisioterapeutas é bastante discrepante entre os demais países. Há quatro vezes e meia o número de fisioterapeutas no Brasil (243 mil) do que o segundo país com maior número de profissionais como o Reino Unido (53 mil). Dos fisioterapeutas inscritos em seus órgãos de representação nos países estudados, a taxa de fisioterapeutas ativos é bastante diversa. No Reino Unido 51% dos fisioterapeutas inscritos estão em atividade, no Canadá praticamente todos os fisioterapeutas estão em atividade, assim como na Austrália onde 97% dos fisioterapeutas estão ocupados. No Brasil o número de fisioterapeutas cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES representa 21,8% do total de fisioterapeutas inscritos no Conselho Federal da categoria, que controla o exercício da profissão. Tal dado não pode ser analisado isoladamente e requer o desdobramento do estudo porque, embora haja uma grande chance de haver fisioterapeutas desempregados ou subempregados, há também milhares de fisioterapeutas brasileiros atuando como autônomos ou em atividade não declarada.

Os dados tratados até aqui são reafirmados pelos seguintes, a taxa de fisioterapeutas em atividade por mil habitantes é igualmente diversa entre os países estudados. No Reino Unido há um fisioterapeuta para cada mil habitantes (1FT/1000HAB), no Canadá há cinco fisioterapeutas para cada mil habitantes (5FT/1000HAB), na Austrália há dois fisioterapeutas para cada mil habitantes e no Brasil esta relação é de 0,28FT/1000HAB.

A Organização Mundial da Saúde – OMS recomenda a relação de um fisioterapeuta para cada mil 1000 habitantes (1:1.000) e em todos os países, exceto o Brasil, apresentam satisfatoriamente esta relação, entretanto estudos realizados apontam para a discrepância entre esta relação nas diferentes regiões dos países estudados. (SCHOFER, 2007; BURY, STOKES, 2013) Com exceção do Reino Unido, os demais países estudados apresentam extensa área territorial com

consequências para a distribuição de profissionais de saúde, como o caso do Brasil. (TOMMASO, PIERANTONI, 2015), mas apenas Canadá e Austrália apresentam programas de formação em fisioterapia com conteúdo voltada para práticas em áreas rurais.

A Austrália se destaca mais uma vez por lançar a discussão acerca do envelhecimento da força de trabalho em fisioterapia. Sendo uma profissão de aproximadamente 50 anos, seus precursores estão se aposentando e poderá haver carência de profissionais nos próximos anos. Neste caso, conforme Schofield e Fletcher (2007) afirmam, torna-se necessária a criação de estratégias de manutenção ou reposição destes profissionais, numa clara visão de competência do controle profissional.

#### **4.5 Quanto às especializações**

Os países estudados reconheceram a necessidade e iniciaram seus programas de especialização nos anos 80. A Austrália foi o primeiro país a reconhecer a necessidade e a implantar a proposta de estrutura das especializações e a estrutura de carreira do Fisioterapeuta de Escopo de Prática Estendida (Extended Scope Physiotherapist), fisioterapeuta pós-graduado ou o equivalente com certificado adicional de treinamento em área de prática externa da prática de escopo normal da fisioterapia. Bennett (2004) propôs a inclusão da especialização em área rural alegando que esta prática requer habilidades e competências muito específicas.

O Brasil apresenta o maior número de especialidades reconhecidas pelo COFFITO (15) três vezes maior se comparado ao Canadá com o menor número (6). Todos os países estudados reconhecem, temporariamente, como especialistas aqueles fisioterapeutas que tenham competência e experiência comprovada em uma determinada área, entretanto apenas no Brasil esta designação é por tempo indeterminado e requer, muitas vezes, apenas a conclusão de um curso de pós-graduação no qual, nem sempre, há atividades práticas incluídas. Enquanto em todos os demais a designação de especialista tem validade por, no máximo, dez anos. D. J. Magee em 1986 afirmava que as especializações em fisioterapia no Canadá deveriam promover a alta qualidade do cuidado em saúde por

fisioterapeutas e promover a teoria e a prática por meio de avaliação crítica dos métodos de tratamento, entretanto, o autor já antecipava que seriam necessários longos anos para que se alcançasse o certificado de especialista considerando-se o longo percurso para validação deste título, numa crítica à burocracia do processo naquela época.

Particularmente no Brasil, não há profissionais correlatos à fisioterapia como nos demais países nos quais há profissões como quiropatas e osteopatas, e em especial no Reino Unido há quiropodistas, ortesistas e protesistas, todos profissionais de nível superior e representados por conselhos ou associações de suas categorias. Assim como não há no Brasil a profissão de assistente ou auxiliar de fisioterapeuta. A fisioterapia, como em todos os demais países, teve o início de suas atividades por meio de técnicos, que se tornaram, mais tarde, os assistentes de fisioterapeutas, entretanto no Brasil, em 1982, ocorreu a extinção da função de auxiliar de fisioterapia por falta de candidatos ao processo de regulamentação.

Ainda como particularidade do caso brasileiro não há exame de competência para a autorização do exercício profissional. Em todos os demais, além do exame ser obrigatório e ter validade determinada, devendo ser renovado periodicamente, em média a cada dez anos, os fisioterapeutas devem apresentar comprovantes de cursos de atualização realizados durante o mesmo período.

#### **4.6 Quanto ao escopo de prática e às práticas avançadas**

Uma profissão é assim chamada se apresentar as características formais e legítimas de controle sobre o conhecimento, sobre a produção dos profissionais e sobre o mercado de trabalho. A fisioterapia apresentou, até aqui, um rápido avanço da condição de ocupação técnica para a profissional e uma profunda semelhança de seus processos de profissionalização entre os países estudados.

Em todos os países a conquista e a defesa da manutenção da autonomia profissional são constantemente celebradas. O discurso afirmativo dos vários representantes da categoria demonstra que há um permanente esforço em garanti-las. Em todos os países apresentam-se a capacidade de decidir sobre o diagnóstico funcional, a programação e a execução do tratamento como competência exclusiva do fisioterapeuta. O acesso direto do paciente, recentemente chamado de cliente, o

que denota um caráter mais técnico voltado para a *performance* administrativa da profissão, é valorizado e apontado como conquista fundamental para a comemorada autonomia.

Embora tenha sido impulsionada pela necessidade de reabilitação de soldados feridos nas duas Grandes Guerras, a reabilitação não é mais o maior foco da atuação da fisioterapia, que ganhou maior abrangência, principalmente a partir da implantação de novos modelos de sistemas de saúde nos países. Desta forma, a promoção, a prevenção e o tratamento das condições de doença neuromusculoesqueléticas são apontados como princípios fundamentais do exercício da profissão em todos os países, assim como a exigência da segurança dos serviços prestados alcançada pela atualização técnica e pelos procedimentos baseados em evidências.

Algumas observações podem ser feitas a partir da análise dos escopos de prática da fisioterapia nos países estudados. No Reino Unido e na Austrália a perspectiva de trabalhar fora do país é significativamente valorizada e o incentivo a esta oportunidade está evidente nas políticas de formação e capacitação.

O Reino Unido é único país que discute e alerta seus fisioterapeutas por meio de órgãos de representação (HSPC; CSP) quanto à demanda de esforço físico exigida pela profissão. Tal característica da prática profissional pode atrair ou afastar, em algum momento, os fisioterapeutas de seus campos de trabalho e mais, desmotivar a busca pela formação, mas, ao mesmo tempo, pode reduzir o número de jovens que se frustram após o ingresso nos cursos de graduação e evitar, assim a evasão. Ainda como particularidade, o Reino Unido utiliza o termo “caridoso” para qualificar o perfil do fisioterapeuta, o que demonstra a orientação para o perfil altruísta e empático do profissional do cuidado em saúde.

Particularmente, o Canadá utiliza o termo “pensamento crítico” para se referir às competências relacionadas à conduta do fisioterapeuta frente às demandas de decisão e liderança. Além disso, assim como a Austrália, apresenta uma perspectiva holística, como qualidade da atualização do fisioterapeuta, bem como recomenda o uso de terapias complementares e alternativas na conduta fisioterapêutica.

Como características especiais da fisioterapia na Austrália, destacam-se a criação em 2012 de protocolos e padrões de procedimentos fisioterapêuticos que garantam a qualidade e a segurança da conduta profissional.

No Brasil, pode-se destacar a valorização de duas condutas como de exclusiva execução do fisioterapeuta, a execução do diagnóstico cinético-funcional, que justifica e orienta sua conduta e a decisão de alta do paciente do tratamento fisioterapêutico.

Quanto às práticas avançadas é possível verificar que no Reino Unido, precursor destas atividades, os fisioterapeutas estão aptos a realizar infiltrações, pequenas cirurgias, procedimentos invasivos como a introdução de eletrodos para realização de exames e tratamento neurológico, prescrição de medicamentos para tratamento de dor, de processos inflamatórios, como terapia associada. O fisioterapeuta está autorizado a solicitar exames de imagem, exames clínicos, como hemograma, por exemplo. No Canadá os fisioterapeutas também podem solicitar exames de imagem e clínicos em caso de acompanhamento de evolução de tratamento. Na Austrália os fisioterapeutas podem prescrever esteróides, relaxantes musculares, anti-inflamatórios, medicamentos para iontoforese<sup>1</sup> e fonoforese<sup>2</sup> bem como medicação associada à nebulização, à massagem e à manipulação.

No Brasil, os fisioterapeutas estão autorizados a solicitar exames complementares, desde que tenham o objetivo de diagnóstico cinético-funcional ou de acompanhar a evolução do tratamento, entretanto, a experiência mostra que, embora haja esta prerrogativa, as instituições, os usuários (pacientes e familiares), os planos de saúde e os demais profissionais não reconhecem este direito profissional e, portanto, talvez por isso, esta prática avançada não tenha se consolidado.

<sup>1</sup> Aplicação de fármacos por meio de corrente elétrica de acordo com polaridade, desagravo e medicamento. Introdução de substância no corpo com objetivos terapêuticos por meio de corrente direta.

<sup>2</sup> Uso de ultrassom para incrementar a introdução de agentes farmacológicos ativos através da pele.

#### **4.7 Algumas percepções acerca do escopo de prática da fisioterapia nos países estudados**

Para perceber e compreender melhor os valores relacionados ao conceito de profissão contidos nas formas como as instituições estão organizadas e como desempenham sua função de representar uma categoria profissional e na tentativa de encontrar alguns sentidos do escopo de prática do fisioterapeuta dos países estudados, fez-se uma breve análise do discurso que constitui o texto que discute as similaridades, as divergências e as particularidades do escopo de prática nos países estudados. Embora este texto tenha sido escrito pela autora deste estudo, as ideias que o compuseram foram fieis àquelas encontradas nos textos disponíveis nos sites eletrônicos e nos documentos oficiais das instituições que representam a fisioterapia nos países estudados. Foram resgatadas informações dos conselhos, associações e organizações governamentais regulação a formação e o exercício da profissão.

Para GREGOLIN (1995) desenvolver a análise do discurso implica na tentativa de compreender e explicar como se constrói o sentido de um texto e como esse texto se articula com a história e a sociedade que o produziu. A análise do discurso pode constituir-se um valioso instrumental de trabalho já que oferece os meios para a reflexão sobre a estrutura e a geração do sentido do texto.

BOURDIEU (2008) nos ensina que uma análise de discurso consiste da observação das evidências de qualidades performativas do discurso nas quais as práticas discursivas são práticas sociais por relação de poder. Há um tronco comum às abordagens da análise do discurso como a partilha da ideia de linguagem como meio não-transparente e não neutro onde qualquer mensagem é ambígua e requer esforço interpretativo do investigador. A linguagem não é objetiva, não espelha o mundo, mas é intencional e interpretativa.

Dentre os aspectos que compõem a metodologia de uma análise de discurso estão a variabilidade, a função e a construção. Todas são lentes através das quais se faz possível observar alguns aspectos do discurso.

1. Variabilidade - procura as regularidades baseadas numa repetição consistente de observações ou afirmações. Encontra-se uma variedade e diversidade de significados, evidenciam-se contradições e funções e conseqüências do uso da linguagem;



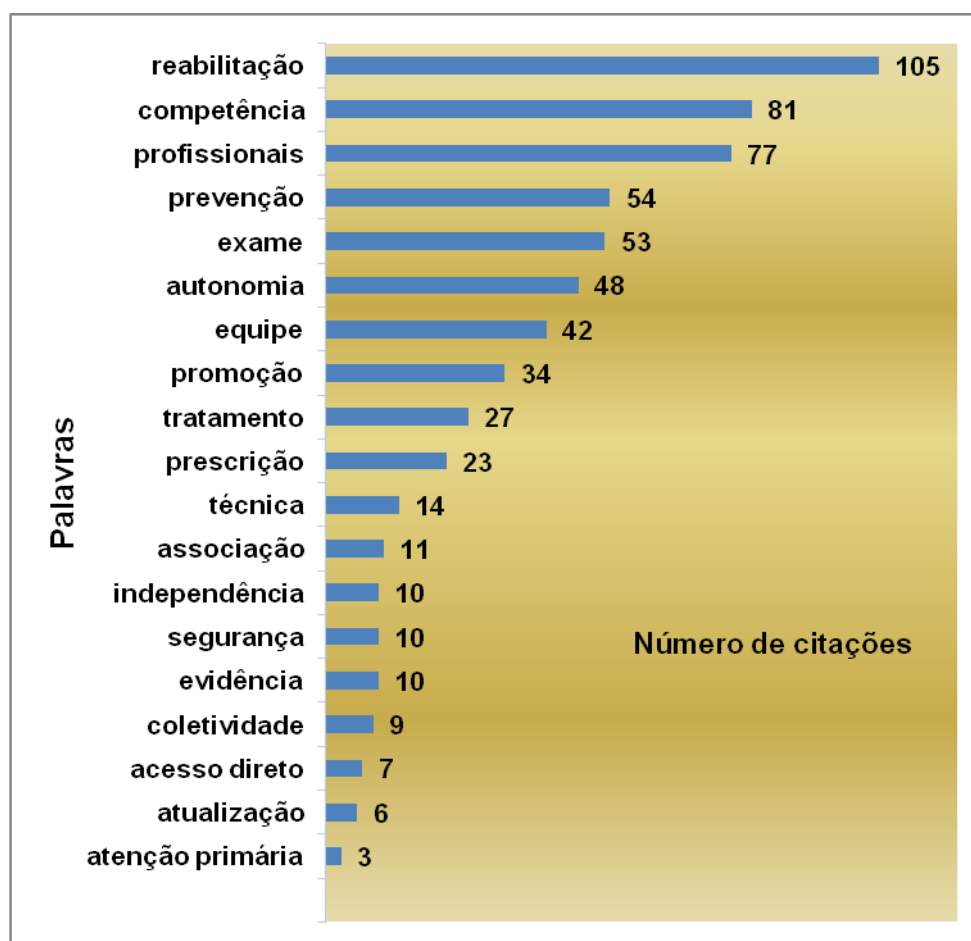
2. Função – procura utilizações e efeitos da linguagem nos comentários que apresentam sempre outros efeitos, de reforço ou de subversão, de ironia ou de apoio etc.;
3. Construção – procura na linguagem seu uso como meio de construção de sentido, mais do que uma descrição, onde os significados são construídos pelo contexto.

A exaustiva busca eletrônica das informações pertinentes a este estudo gerou um grupo de palavras ou descritores que foram utilizados para que se fizesse uma análise do discurso dos textos apresentados no item 1.4 Escopo de Prática da Fisioterapia. Considerando que a palavra escopo tem como definição aquilo que se quer atingir, o alvo, a finalidade, o intento, em grego *skopos* = “aquele que protege, que vigia”, o escopo de prática de uma profissão deve explicitar com alguma clareza suas principais características e seus principais objetivos.

Assim, foram selecionadas algumas palavras que se referem ao conceito de escopo de prática e em seguida somados o número de vezes em que elas foram citadas no texto selecionado pela técnica da lexicometria – estudo da mensuração e matematização das possíveis relações entre as palavras e seus conceitos, no Programa Word do Office da Microsoft por meio do sistema Windows 7.0 que permitiu localizar palavras inteiras. Foram incluídos os verbos, os adjetivos no singular e no plural, no feminino e no masculino, quando fosse o caso, relativos aos substantivos, por exemplo: profissão(ões), profissional(is), profissionalizar e profissionalismo. O número de citações está entre parêntesis. Os resultados obtidos foram: reabilitação (105); competência (81); profissional (77); prevenção (54); exame (53); autonomia (48); equipe (42); promoção (34); tratamento (27); prescrição (23); técnica (14); associação (11); independência (10); evidência (10); coletividade (9); segurança (10); acesso direto (7); multiprofissional (7); atualização (6); atenção primária (3). Não foram encontradas as palavras: profissionalismo, atenção secundária, atenção terciária, insegurança e dependência.

Com sete mil palavras e setenta e nove palavras, o texto que trata o tema escopo de prática da fisioterapia apresenta as dezenove palavras mais freqüentemente citadas 626 (8,9%) vezes conforme quadro abaixo.

Gráfico 1 - Número de citações das dezenove palavras selecionadas



Fonte: A autora, 2017.

### Análise dos resultados

Nesta breve análise procurou-se identificar o aspecto da variabilidade e da regularidade por meio da quantificação com que os termos foram citados. Feito isso, a categorização das palavras por afinidade de conceito foi realizada a fim de facilitar a consolidação da análise.

Categorizar é agrupar entidades (objetos, ideias, ações, etc.) por semelhança. Processo mental habitual do homem que desde a Antiguidade já havia a preocupação com as práticas de nomear, definir e categorizar. rmações do mundo a que pertencemos e como respondemos a elas. Na categorização, o reconhecimento das similaridades e diferenças leva à criação de um conhecimento novo, pelo agrupamento de entidades, de acordo com as similaridades e diferenças observadas. (LIMA, 2010)

### Análise dos dados

A análise dos dados obtidos neste breve exercício de pesquisa foi, no mínimo, divertida, por que, embora ancorada na mediação teórica da análise de discurso, surgiu despretensiosamente e tornou-se um interessante modelo para o fechamento desta parte do estudo.

Quadro 15 - Termos categorizados segundo seus conceitos

PALAVRAS	CITAÇÕES	CATEGORIA
Prescrição	23	Escopo de Prática (O que faz)
Técnica	14	
Tratamento	22	
Promoção	34	
Prevenção	54	
Reabilitação	105	
Atenção primária	3	
Exame	53	
Acesso direto	7	
<b>TOTAL</b>	<b>315 (50,31%)</b>	
Associação	11	Competência (como faz)
Autonomia	48	
Independência	10	
Profissional	77	
Coletividade	9	
Atualização	6	
Evidência	10	
Segurança	10	
Competência	81	
Equipe	49	
<b>TOTAL</b>	<b>311 (49,68%)</b>	

Fonte: A autora, 2017.

Para Greimas (1975) um texto é formado por uma estrutura que articula diferentes elementos e constitui um sentido coeso e coerente. Assim, como os termos *escopo de prática* e *competência* são considerados fundamentos de um processo de profissionalização nas teorias sociológicas das profissões conforme apresentado na PARTE I, a repetição deles no texto que se dedica a tratar o escopo

de prática da fisioterapia sugere, ao menos, que haja um relativo esforço do grupo profissional para se firmar como profissão.

Segundo Abbott (1987) a profissionalização tem como características, dentre outras, a da competência especial através do exercício de tarefas com discernimento complexo. Tais tarefas se materializam nas palavras Prescrição, Tratamento, Promoção, Prevenção, Reabilitação, Atenção primária, Exame e Acesso direto que dizem respeito ao escopo de prática do fisioterapeuta e definem os fundamentos e os objetivos das suas ações. Segundo a análise, quarenta e oito por cento das palavras selecionados como as mais citadas no texto sobre escopo de prática se referiram aos tipos de ações executadas pelos fisioterapeutas. O que leva à confirmação de que fisioterapeutas estão bastante interessados na afirmação e na preservação de seu campo de atuação.

As palavras Associação, Autonomia, Independência, Profissional, que somam cinquenta e um por cento das palavras selecionadas, estão relacionadas à competência e diz respeito à forma como os fisioterapeutas se relacionam com seus colegas, com seus clientes, com os demais profissionais, diz respeito ao grau de liberdade de decisão sobre seu trabalho, à importância que dão aos agrupamentos e às associações no sentido de que criam barreiras que delimitam o pertencimento. Neste sentido, a fisioterapia apresenta um poderoso discurso de valorização da profissionalização. Da mesma forma as palavras Atualização, Evidência, Segurança, Competência, Equipe e Coletividade, todas se referem às habilidades dos fisioterapeutas e, em todos os países estudados, fazem parte do perfil profissional esperado. Ser capaz de trabalhar em equipe, ter senso de coletividade, oferecer segurança e ter responsabilidade com sua conduta baseada em evidências mantendo-se atualizado, são características que compõem as competências profissionais do fisioterapeuta. Ainda que as formas de garantia destas competências sejam diferentes nos diferentes países estudados, uma vez que, nem todos exigem exame de competência e sua renovação, nem todos exigem comprovação de educação continuada, nem todos desenvolvem políticas e programas de saúde que contemplem o trabalho em equipe, em todos os países tais competências estão citadas nos documentos norteadores elaborados pelos seus órgãos formadores e/ ou de controle do exercício profissional. As regularidades observadas pelas repetições das palavras e de seus conceitos apontam para uma consistente construção de significados que evidenciam o perfil profissional que se

quer desenvolver e que, retomando uma visão panorâmica deste estudo, o escopo de prática e a competência são termos que definem adequadamente uma profissão e confirmam a teoria sociológica das profissões.

## CONCLUSÃO

Durkheim acreditava que as profissões gerariam maior coesão social. A divisão social do trabalho, ou a divisão técnica do trabalho, em que pessoas desenvolvem diferentes tarefas, cada vez mais complexa e interdependente, exige diálogos e consensos gerando maior coesão social. Neste sentido, não apenas pela interdependência econômica, mas principalmente pela necessidade de acordos, as profissões, fruto da divisão do trabalho, equilibrariam as disputas, o individualismo, gerando uma identidade coletiva, que geraria princípios de diálogo mútuo com as demais profissões e clientes.

Ele se esqueceu que a disputa e a expansão do escopo de prática seriam uma disputa de poder e de dominação

Uma profissão apresenta características que a definem e que podem estabelecer condições para sua manutenção. Tais características acompanham e muitas vezes representam os modelos sociais, econômicos e culturais das sociedades em que se desenvolvem. Da mesma forma o dinamismo das mudanças desses modelos impele novas forças e reconfigura continuamente os cenários exigindo reação e readaptação dos grupos profissionais.

Este estudo pretendeu analisar a profissão de fisioterapia a partir do núcleo da discussão e da concepção das profissões, ou seja, seu escopo de prática. A comparação internacional, entre os países selecionados, aponta para a base da desnaturalização da percepção do trabalho profissional. Se o escopo de prática é diferente em cada país, ele não é da natureza, ou seja, é fruto do trabalho humano

Ser um profissional significa estar apto a exercer determinadas tarefas, algumas vezes exclusivas, outras vezes compartilhadas, e ainda outras, disputadas e concorridas. Tais condições podem incrementar o avanço do escopo de prática de uma profissão ou reduzi-lo, no caso daquelas que não reagiram eficazmente no sentido de vencer tais disputas. Assim vemos profissões surgirem ou desaparecerem ao longo da história. No caso da fisioterapia, o que vemos é a tentativa de expansão de seu escopo de prática e a luta incessante da categoria profissional em manter sua autonomia.

Pode-se afirmar que a fisioterapia é uma das mais bem sucedidas profissões de saúde aliadas à medicina considerando-se sua trajetória de construção social. Há mais de quinhentos mil fisioterapeutas no mundo e em quase todos os países. Mais

de trezentos e cinquenta mil profissionais de cento e dezoito países são membros da Confederação Mundial de Fisioterapeutas. A fisioterapia é uma das mais antigas das profissões de saúde, originária do século dezoito e predecessora da maioria das outras profissões de saúde como a terapia ocupacional, a nutrição e fonoaudiologia, além da radiologia e da podiatria, presentes em alguns países. Suas primeiras técnicas foram inspiradas nas terapias da Antiguidade e hoje desempenha importante papel no desenvolvimento do cuidado em saúde.

Os fisioterapeutas têm acompanhado médicos e enfermeiros em alguns dos mais significativos eventos da história da humanidade desde o século passado. Chamados de massagistas, os fisioterapeutas desempenharam importante função na reabilitação de soldados nas duas grandes guerras mundiais e desenvolveram sistemas de reabilitação na recuperação de pessoas vítimas das grandes epidemias de gripe, tuberculose e poliomielite.

Encontram-se fisioterapeutas trabalhando em quase todos os estabelecimentos de serviço em saúde, além de empresas, escolas e clubes, mas não fazem parte da equipe de saúde em todos os países com sistemas universais de saúde. São educadores, profissionais ou *practitioners* e pesquisadores atuando nas diversas áreas da saúde como na assistência às disfunções cardiorrespiratórias, musculoesqueléticas agudas e crônicas, na doença mental, nos quadros dolorosos em geral, na neurologia, na pediatria, na saúde do homem, da mulher e do idoso, do nascimento aos cuidados paliativos, ou seja, em todos os períodos da vida.

A atuação confiável, segura e acolhedora do fisioterapeuta tem sido recompensada pelo prestígio, pelos privilégios e pelo status em quase todos os países. Seus títulos são protegidos por códigos e leis, o que torna o acesso aos serviços de fisioterapia seguro dentro dos sistemas de saúde.

Fisioterapeutas são respeitados pelo seu trabalho que requer sensibilidade e contato íntimo com as pessoas sem provocar suspeita ou constrangimento. No “corpo” de profissionais que compõem uma equipe de saúde dos sistemas de saúde ou dos serviços de saúde, seguramente, os fisioterapeutas são um dos “membros”. Ao lado dos médicos e dos enfermeiros, os fisioterapeutas provêm os principais mecanismos de recuperação dos movimentos e das funções corporais, reduzindo a dor e a rigidez, restaurando o condicionamento físico e o bem estar.

Em muitos países, vários fatores estimularam as mudanças na prática e na oferta de cuidado em saúde nas últimas décadas. Como resultado, vemos a

fisioterapia assumindo papéis mais diversos na provisão dos serviços em saúde, materializados na expansão das suas especialidades e na preocupação em identificar e maximizar seu potencial por meio da promoção, da prevenção, do tratamento e da reabilitação, como por exemplo, a assistência aos idosos cujo aumento da expectativa de vida em todo o mundo fomenta o papel da fisioterapia de restabelecer ou melhorar a função física e o bem estar.

Este estudo defende a tese da mudança do paradigma da regulação profissional, baseado na atribuição de tarefas exclusivas aos grupos profissionais, para o compartilhamento delas. As similaridades encontradas tanto na formação quanto nos sistemas de controle e regulação profissional, com algumas divergências na implantação de escopos avançados entre os países estudados, permite propor a revisão e a expansão dos escopos de prática dos fisioterapeutas.

As semelhanças históricas da profissionalização, das características da formação, das formas de controle e dos escopos de práticas reforçam a ideia de que há um modelo profissional que norteia o comportamento e as escolhas da categoria profissional. Resumidamente, as similaridades se encontram: i - na trajetória histórica do surgimento da profissão, com seu processo de profissionalização firmado nas duas Grandes Guerras e em resposta às grandes epidemias, demonstrando seu compromisso e interesse pela saúde coletiva, ii - na organização universalista dos sistemas de saúde dos países estudados, que hoje passa por um processo de revisão e reestruturação quanto à capacidade de atender às demandas populacionais, científicas e tecnológicas, iii - na formação dos profissionais e no controle do exercício profissional, regulados simultaneamente, com algumas divergências quanto ao poder decisório, pelas associações profissionais e pelo Estado, e finalmente, iv – no interesse em expandir seus escopos de prática e aumentar a oferta e a eficácia dos serviços de saúde seguros à população, mesmo que este interesse explicitamente coletivo também esteja fundamentado em interesses individuais de manutenção ou promoção de uma autoridade profissional munida de autoridade cultural e intelectual efetivada pelo Estado por meio da proteção da lei sobre o sistema de regulação e sobre o sistema de ensino. Nas palavras de Durand (1975) a ideologia da profissão revela o elevado poder de dissimulação das relações de classe operado pelo aparelho escolar, do qual profissionais são apenas produtos.



Há mais de vinte anos a produção científica voltada para o estudo da regulação e dos avanços dos escopos de prática como alternativa de solução para alguns dos problemas dos sistemas de saúde em todo o mundo demonstram a importância do tema. No Brasil, PIERANTONI (2003, 2006, 2012), GIRARDI (1994, 1995, 2000, 2002, 2008), DAL POZ (2013), assim como na Austrália, nos Estados Unidos, no Canadá e no Reino Unido dezenas de estudos tratam da relação entre a formação, a regulação e a oferta dos serviços em saúde.

A expansão do escopo de prática das profissões é terreno árido de disputa pela exclusividade de tarefas que compõem o campo de atuação como uma das formas de manutenção e sobrevivência de uma profissão. No caso da fisioterapia brasileira esta forma reacionária é explícita. No site do CREFITO II, autarquia à qual estão obrigatoriamente registrados todos os fisioterapeutas dos Estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo, há a seguinte recomendação enviada por e-mail no dia 4 de agosto de 2017 a todos os fisioterapeutas registrados:

“A Quiropraxia é uma especialidade da Fisioterapia e os princípios metodológicos dos procedimentos manipulativos e/ou de ajustamento osteoarticular pertencem ao escopo da formação acadêmica do fisioterapeuta. Não há justificativa para que seja regulamentada como uma profissão à parte. Participe da Consulta Pública do Senado Federal e vote contra o PLS 599/2011 Diga Não e fortaleça a Fisioterapia.”

Numa das poucas oportunidades de se observar o uso do termo “escopo” difundido mundialmente, mas não encontrado nos documentos oficiais do órgão, fica explícito o interesse de preservação da exclusividade do exercício de uma especialidade. A quiropraxia, que ganha força no Brasil em decorrência de sua ampla abrangência, eficácia e aplicabilidade, em todos os demais países estudados tornou-se uma atividade profissional reconhecidamente independente. Vale ressaltar que a própria profissão de fisioterapia percorreu a mesma trajetória ao se tornar uma profissão antes exercida sob a supervisão médica e na qualidade de técnicos.

Neste sentido, a fisioterapia brasileira se destaca por sua eficiência na conquista de espaço no mercado de trabalho por meio da ingerência sobre outras atividades profissionais. Assim como baniu do mercado de trabalho a formação dos técnicos de fisioterapia em 1982 e desmantelou a especialidade médica de Fisiatria, criada em 1972 pela Associação Médica Brasileira e que foi oferecida em mais de

quinze programas de residência médica, hoje apenas a Universidade de São Paulo mantém este programa, mas não recebe candidatos desde 2014.

O escopo de prática de uma profissão é definido a partir de um processo historicamente construído. Mudanças do escopo de prática são inerentes aos sistemas de saúde e seus serviços e estão relacionadas às mudanças demográficas, aos avanços tecnológicos, ao financiamento na saúde, aos avanços dos procedimentos, das práticas e das técnicas baseadas em evidências e muitos outros fatores sociais e ambientais. Afinal, porque as profissões, que desfrutam de relativo autocontrole por meio de suas regulamentações profissionais cedidas pelo Estado, não expandem livremente seus escopos de prática na medida de seus próprios interesses e criam monopólios profissionais ou atos privativos que reservem seus mercados? Responderiam Girardi e Seixas (2002) que as estruturas especiais de regulação pública respondem pela segurança da saúde pública, do patrimônio e do bem estar público.

Como visto no conteúdo deste estudo, as profissões envolvem habilidades complexas de alto teor científico e técnico adquiridas nas instituições de ensino superior reguladas pelos seus governos e que por eles devem ser controladas no que se refere à qualidade e aos resultados do trabalho dos profissionais já que não são passíveis de julgamento pelo público leigo. Em outras palavras, a regulação profissional está submetida aos sistemas de controle profissionais, mas também aos sistemas de controle do estado ao defender os interesses públicos por meio da regulação da formação profissional, principalmente no caso brasileiro, e do exercício profissional, como nos casos dos demais países estudados.

Desde as corporações de ofício, na Idade Média, que a exigência de treinamento e promoção gradual, o pagamento pelo título, o reconhecimento social, as condições socioeconômicas determinando quem decide sobre quem pode ingressar no grupo profissional estão presentes na definição de quem e como serão formados os novos ocupantes de uma categoria profissional. Ou seja, a função econômica, embora menos explícita ou disfarçada pela questão meritocrática, exerce fundamentalmente seu papel primordial na escolha e na vida profissional dos indivíduos.

Durkheim diz que as funções econômicas estão, nos últimos dois séculos, em primeiro plano, e diante dela vemos recuar as funções militares, religiosas, administrativas, entretanto, ele acredita que só as funções científicas estão em

condições de disputar-lhe o lugar. (DURKHEIM, 2004, p-VIII) As corporações profissionais, portanto, ainda que em disputa ou concorrência, estão em relação, e as profissões, neste caso a fisioterapia, podem adquirir uma função social de profunda relevância estando técnica e cientificamente amparada e exercendo suas tarefas a favor do bem estar social.

Os sistemas de saúde podem beneficiar a adoção de modelos de cuidado que permitam que fisioterapeutas ou outros profissionais prescrevam ou administrem alguns tipos de medicamento, a fim de atender a carência de uma assistência e oferta de medicação. Na Austrália e no Brasil, apenas os médicos, dentistas e farmacêuticos estão legalmente aptos a prescrever e ofertar medicamentos, regulados pelos estados da federação ou por lei ou decretos federais. Entretanto, mudanças na disponibilidade e nas vendas de medicamentos tem sido nos últimos anos, uma tendência em alguns países com a permissão de outros de prescrever sob algumas circunstâncias especiais, como treinamento e tempo de experiência. Nestes países, anti-inflamatórios de uso oral ou tópico são vendidos livremente em farmácias e supermercados sem a necessidade de prescrição ou recomendação de um profissional de saúde.

Os fisioterapeutas são frequentemente requisitados por seus clientes sobre o uso de certos medicamentos, eles procuram por aconselhamento e recomendação porque, nos ambientes de atendimento de fisioterapia, se sentem mais à vontade para expressar suas preocupações e mesmo sem autorização, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde acabam por indicar alguma medicação como antiinflamatórios, relaxantes musculares ou analgésicos, que, em geral, são medicamentos que seus clientes já fazem uso ou são vendidos livremente, mas o problema poderá estar na dosagem e na associação com outras drogas. Esta situação aponta para a carência na assistência ao uso de medicamentos e para a demanda de adequação ou adoção de modelos inovadores de cuidado e práticas avançadas de equipes multidisciplinares, dos quais a maioria dos profissionais não está apta a prescrever medicamentos.

Reino Unido e Canadá adotaram modelos chamados de prescrição não-médica a partir de mudanças legais adotadas pelo Serviço Nacional de Saúde e seus benefícios foram observados nas últimas décadas. No Reino Unido, fisioterapeutas prescrevem medicamentos sob aprovação médica desde 1990, prescrevem injeções desde 1995 e aumentaram seu escopo de prática para

prescrição suplementar desde 2005. Como resultado, consumidores e o sistema de saúde foram beneficiados em termos da disponibilidade e oferta de medicamentos sem comprometer a segurança do paciente, mas introduzindo um modelo mais flexível de equipe profissional a partir da extensão dos escopos de prática. Em 2013, os fisioterapeutas do Reino Unido, que trabalhavam como profissionais de escopo de prática avançado foram os primeiros a serem reconhecidos como prescritores independentes reduzindo a burocracia e aliviando a carga sobre os médicos. A lista de medicamentos que podem ser prescritos foi expandida para qualquer medicamento licenciado pelo Formulário Nacional Britânico, para qualquer condição dentro da área de expertise e competência do fisioterapeuta.

Tais efeitos também são vistos em alguns estados e províncias do Canadá onde os escopos de prática foram estendidos, em especial em Quebec, onde fisioterapeutas demonstram boa prática na prescrição segura de antiinflamatórios e analgésicos com alto grau de aceitação por pacientes e médicos. A aceitação e engajamento e o apoio dos médicos e outros prescritores é fundamental para o sucesso na adoção desta prática. Além disso, esta parece ser uma tendência nos países onde modelos de escopo de prática avançada têm sido implementados.

A extensão do escopo de prática na prescrição de medicamentos que são utilizados nas intervenções fisioterapêuticas sem a necessidade de referir ao médico poderá aumentar significativamente a eficácia dos tratamentos. O uso de medicamentos disponíveis no mercado sem prescrição podem agilizar ou facilitar a continuidade da conduta do fisioterapeuta garantindo a autonomia profissional.

No Brasil, a alta demanda de pacientes, a carência de profissionais de saúde em áreas geograficamente distribuídas, a burocracia da assistência e a carga referencial, além do trabalho desnecessário de alguns profissionais são temas que merecem ser discutidos, entretanto a preocupação com a formação insuficiente em farmacologia nos programas de educação em fisioterapia, embora esta disciplina seja oferecida na maioria deles e conste de todos os programas de formação em fisioterapia dos países estudados, ainda assim pode ser aprofundada por meio de treinamento e nas especializações.

A história profissional de lutas e conquistas no campo da saúde tornou a fisioterapia um modelo de sucesso até aqui, mas as transformações sociais e

tecnológicas que assolam a humanidade deverão ser repensadas pela profissão como projeto para o futuro.

Nicholls (2017) escreveu em seu livro mais recente “O Fim da Fisioterapia” que a história da fisioterapia associada à medicina tornou fisioterapeutas elitistas, inferindo superioridade sobre profissões como os massoterapeutas, os quipráticos, os treinadores físicos, mas não os instigou a pensar numa perspectiva crítica sobre si mesmos, negligenciando uma cultura que encoraje o criticismo sobre seu próprio desenvolvimento.

O autor neozelandês desafia fisioterapeutas a pensar diferentemente sobre a profissão e afirma que é preciso mudar. O panorama da profissão sobre as condições históricas e sociais que contribuíram para sua trajetória, ou seja, o que fisioterapeutas fizeram no passado irá tornar fisioterapeutas obsoletos no futuro.

Fisioterapeutas não estão treinados para pensar sobre si mesmos como uma cultura conectada a questões mais amplas da sociedade. A invasão de outras profissões, a redução do protecionismo legislativo e as reformas dos sistemas de saúde com a menor percepção de que são essenciais, são poderosas ameaças para os fisioterapeutas.

A visão biomédica limitada e pouco sofisticada dos fisioterapeutas sobre o corpo, seus movimentos e sua função e sobre sua posição na sociedade poderá determinar seu fim. (NICHOLLS, 2017)

Retiradas da essência da fisioterapia, a filosofia e a sociologia que permitem desenvolver uma visão da própria profissão sobre seus modos de pensar e agir foram reduzidas às técnicas e à sua eficácia. Pensar de onde vem, o que fazem ou não fazem, seu passado, seu presente e seu futuro e identificar mais claramente as ideias e princípios que compõem e que mudaram na profissão é a proposta de David Nicholls para a sobrevivência da profissão, assim como foi aquela a que este estudo tentou realizar.

## REFERÊNCIAS

- A. THOMAS Jr. A geografia do mundo do trabalho na viragem do século XXI. **Rev. Pegada**, 2011. [www.revistafct.unesp.br](http://www.revistafct.unesp.br). acesso em 20 de maio de 2015.
- ABBOTT, Andrew. **The System of Professions. Na Essay on Division of Expert Labor**. Chicago: The University of Chicago Press, 1987.
- AIKEN A. Improved use of allied health professionals in health care system: the case of advanced practice physiotherapist in orthopedic care. **World Hosp Health Serv**. 2012;48 (1):28-30
- ALBROW, Martin. **The global age, state and society beyond modernity**. Stanford: Stanford University, 1977.
- ALBUQUERQUE, Verônica Santos; GIFFIN, Karen Mary. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. **Trab. Educ. saúde** vol.6 n.3 Rio de Janeiro 2008. Disponível em [HTTP://dx.doi.org/10.15590/S1981-77462008000300007](http://dx.doi.org/10.15590/S1981-77462008000300007). Acesso: 16/7/2016.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **The Lancet**. Saúde no Brasil – maio de 2011. Disponível em [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) para conteúdo WebExtra. Acesso: 21/7/ 2016.
- ALMEIDA THOMAS Jr. A geografia do mundo do trabalho na viragem do século XXI. **Rev. Pegada**, 2011. [www.revistafct.unesp.br](http://www.revistafct.unesp.br). acesso em 20 de maio de 2015.
- ALVES, G. **O novo e precário mundo do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2000.
- AMARO, R. A. Da qualificação à competência: deslocamento conceitual e individualização do trabalhador. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, 9(7):89-111. 2008.
- ANDRÉ, Adriana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench; SANTELLE, Odete. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev. Saúde Pública** vol.47 no.1 São Paulo Feb. 2013.
- ANGHANS, Franz P. **As Corporações dos ofícios mecânicos: subsídios para a sua história**. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.
- ANTUNES, Ricardo e PRAUN, Luci. A sociedade do adoecimento no trabalho. **Rev. Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n.123, p-407-427, jul/set. 2015.
- ANTUNES, Ricardo. **A nova morfologia do trabalho e suas principais tendências**. In: Riquezas e miséria do trabalho no Brasil I. Ricardo Antunes (org) São Paulo: Boitempo, 2013.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. 6ed. São Paulo: UEC, 1999.

ANTUNES, Ricardo. **Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho?** Mesa 1 do Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho - São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008.

ARISTÓTELES, **Política**. I, 1253b, 15. Série O Pensador. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

ASHTON, David; LAWDER, Hugh; BROWN, Phillip. **The Global Auction: The Broken Promises of Education, Jobs and Income**. Oxford: Oxford University Press, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO EM FISIOTERAPIA – ABENFISIO. **Diretrizes Curriculares nacionais para cursos de fisioterapia**. Disponível em [abenfisio.com.br/as-diretrizes-curriculares-nacionais-para-os-cursos-de-fisioterapia-um-tecer-de-muitas-maos-2/](http://abenfisio.com.br/as-diretrizes-curriculares-nacionais-para-os-cursos-de-fisioterapia-um-tecer-de-muitas-maos-2/). Último acesso em 10 de setembro de 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **Regras gerais da Associação Brasileira de Normas Técnicas - NBR 6023**

AUSTRÁLIA. Australia Government. Australian Institute of Health and Welfare 2012. Health expenditure Australia 2012–13. Health and welfare expenditure series No. 52. Disponível em <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129548869>. Último acesso em 19 de março de 2017.

AUSTRALIA. Australian Institute of Health and Welfare 2014 Australia's health 2014. **Australia's health series** no. 14. Cat. no. AUS 178. Canberra: AIHW Disponível em <http://www.aihw.gov.au/australias-health/2014/health-system/#t0>. Último acesso em 19 de março de 2017.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Education and Training. **Higher Education Reform Package - 2017**. Disponível em [https://docs.education.gov.au/system/files/doc/other/ed17-0138\\_-\\_he\\_-\\_glossy\\_budget\\_report\\_acc.pdf](https://docs.education.gov.au/system/files/doc/other/ed17-0138_-_he_-_glossy_budget_report_acc.pdf). Último acesso em 30 de julho de 2017

AUSTRALIAN HEALTH PRACTITIONERS REGULATING AGENCY – AHPRA. Disponível em <https://www.ahpra.gov.au/>. Último acesso em 31 de julho de 2017.

AUSTRALIAN QUALIFICATIONS FRAMEWORK (AQF). **National Policy for Regulated Qualification in Australian Education and Training – 2013**. Disponível em [www.aqf.edu.au/sites/aqf/files/aqf-2nd-edition-january-2013.pdf](http://www.aqf.edu.au/sites/aqf/files/aqf-2nd-edition-january-2013.pdf). Último acesso em 10 de setembro de 2017.

AZEVEDO, José. Metodologias Qualitativas. Análise do Discurso. In: ESTEVES, José; AZEVEDO, José. (Ed.). **Metodologias qualitativas para as ciências sociais**: instituto de sociologia da faculdade de letras. Porto: Universidade do Porto, 1998. p. 107-114.

BARBOSA, Dayse V. Santos; BARBOSA, Nelson B.; NAJBERG, Estela. **Regulação em saúde: desafios à governança do Sistema Único de Saúde – SUS.** Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24(1): 49-54.

BARBOSA, M.L. **Meritocracia à brasileira: o que é desempenho no Brasil?** Revista do Serviço Público, v. 120, n. 3, p. 59-102, set./dez 1996.

BARDIN, Laurance. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARNES, B., 1990, La naturaleza del poder. Barcelona. Pomares-Corredor.

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

BARROS, Fábio Batalha Monteiro de. A fisioterapia na saúde da população: atuação transformadora. **Revista Fisiobrasil**, n.78, p24-33, 2002

BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. **A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia.** Dissertação apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro; s.n; 2002. 121 p.

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

BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.3, pp.941-954.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização: as conseqüências humanas.** Tradução Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida.** Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

BELL, Daniel. **Notes on the post-industrial society. The public interest.** New York: Basic Books, 1967.

BELL, Daniel. **O Advento da Sociedade Pós-Industrial.** São Paulo: Cultrix, 1974.

BENNETT, Cameron *et al.* Specialization in Physiotherapy: a mark of maturity. **Australian Journal of Physiotherapy** 2004 Vol. 50 Disponível em [specialization%20in%20physiotherapy%20a%20mark%20of%20maturity.pdf](#). Acesso em 14 de setembro de 2017.

BERLINGUER, Giovani. **Globalização e saúde.** Estud. Av. vol.13 no.35 São Paulo Jan/Apr. 1999.

BERTALANFFY, Ludwig Von. **Teoria Geral dos Sistemas.** Petrópolis: Ed. Vozes, 1975.



BESSETTE J, CAMDEN C. How are Canadian universities training and supporting undergraduate medical, physiotherapy and occupational therapy students for global health experiences in international low-resources settings? **Can J Public Health**. 2016 Dec 27;107(4-5):e373-e380.

BISPO JUNIOR, José Patrício. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online]. 2009, vol.16, n.3, pp.655-668.

BOLTANSKI, L. How a social group objectified itself: “Cadres” in France 1936-45. **Social Science Information**, v.23, n.3, p.409-491.

BOURDIEU, Pierre. Análise do Discurso. Parte II In: **A Economia das Trocas Lingüísticas**. O que falar quer dizer. São Paulo: EDUSP, 2008.

BRANDÃO, C.A. **Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global**. Campinas: Editora do Unicamp, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. CONSELHO NACIONAL de EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES 4/2002**. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. Último acesso em 6 de agosto de 2017

BRASIL. Ministério da Educação e da Cultura. Exame Nacional de Desempenho Escolar para graduação em Fisioterapia de 2004, 2007 e 2013. Relatório do Perfil do Estudante.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira- INEP. Diretoria de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior. Censo da Educação Superior 1997 a 2012: Resumo Técnico, 2012. Ministério da Educação e da Cultura. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – INEP. Censo da Educação Superior. 2013-14 para graduação em fisioterapia.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2006) Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. (2007) **Entendendo o SUS**. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>. Acessado em 19 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Out 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO – MEC. Censo da Educação Superior – 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO - MEC. Resolução CNE/CES 4/2009. Diário Oficial da União, Brasília, 7 de abril de 2009, Seção 1, p. 27.

BRASIL. Portal Saúde - Lei 8.080 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Governo Federal; 2012 [Acesso em 26 de março de 2016]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

BRASIL. Portal Saúde - Lei 8.080 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Governo Federal; 2012 [Acesso em 26 de março de 2016]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

BROWN, Philip; LAUDER, Hugh. **The Global Auction: The Broken Promises of Education, Jobs and Income**. Oxford: Oxford University Press, 2011.

BURRAGE, M. & TORSTENDAHL, R. **Professions in Theory and History: Rethinking the Study of the Professions**. London: Stage, 1990.

BURY TJ, STOKES EK. [Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union](#). **Physiotherapy**. 2013 Dec; 99 (4):285-91.

CALIFORNIA HEALTH CARE FOUNDATION. **Scope of practice laws in health Care: Exploring new approaches for California**. Issue Brief. San Francisco: UCPRESS, 2008.

CAMARA, A.M.C.S.; SANTOS, L.L.C. Um estudo com egressos do curso de fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - 1982-2005. **Rev. bras. educ. med.** vol.36 no.1 supl.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2012.

CAMARGO, Silvio. **Trabalho imaterial e produção cultural: a dialética do capitalismo tardio**. Coimbra: Coimbra Ed, 2012.

CAMERON, H. Monitoring Standards for Professional Education. **Journal of Vocational Education and Training**. 53 (2): 279-300, 2001.

CAMPANHOLE, Adriano e LOBO, Hilton - **Profissões regulamentadas: leis, decreto-leis, decretos e outros atos específicos**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

CANADA. Governo. **Statistics Canada**. Disponível em <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/z01/cs0002-eng.htm>. Acesso em 31 de julho de 2017.

CANADIAN ACADEMY OF HEALTH SCIENCE (CAHS). Optimizing scope of Practice. New Models of Care for a New Health Care System. Report of the Expert Panel appointed by the Canadian Academy of Health Sciences: Nelson S, Turnbull J, Bainbridge L, Caulfield T, Hudon G, Kendel D, Mowat D, Nasmith L, Postl B,

Shamian J, Sketris I. (2014) Disponível em CANADA%20Optimizing-Scopes-of-Practice\_REPORT-English.pdf. Acesso em 20 de agosto de 2017.

CANADIAN COUNCIL OF PHYSIOTHERAPY UNIVERSITY PROGRAMS – CCPUP (2014). **Programs, Departments and Schools of Physiotherapy on campuses across Canada.** Disponível em [www.physiotherapyeducation.ca/CanadianPrograms.html](http://www.physiotherapyeducation.ca/CanadianPrograms.html). Último acesso em 26 de julho de 2017.

CANADIAN COUNCIL OF PHYSIOTHERAPY UNIVERSITY PROGRAMS – CCPUP (2009) **Entry-to-Practice Physiotherapy Curriculum: Content Guidelines for Canadian University Programs.** Disponível em [www.physiotherapyeducation.ca/CanadianPrograms.html](http://www.physiotherapyeducation.ca/CanadianPrograms.html). Último acesso em 10 de setembro de 2017.

CANADIAN COUNCIL OF PHYSIOTHERAPY UNIVERSITY PROGRAMS – CCPUP (2011) **Entry-to-Practice Physiotherapy Curriculum: A Companion Document Clinical Education Guidelines for Canadian University Programs.** Disponível em [www.physiotherapyeducation.ca/Resources/ClinEdGuidelines\\_FINAL\\_%202011.pdf](http://www.physiotherapyeducation.ca/Resources/ClinEdGuidelines_FINAL_%202011.pdf). Último acesso em 30 de julho de

CANÇADO, Andrea Aparecida Lopes. O contrato de trabalho do século XXI e o esquecido princípio da fraternidade. **Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg.**, Belo Horizonte, v.49, n.79, p.123-148, jan./jun.2009.

CAPLOW BOUDON, R. **As desigualdades de oportunidades.** Universidade de Brasília, Brasília, 1981.

CAPLOW, Theodore. **The sociology of work.** New York: McGraw-Hill, 1964.

CARIA, Telmo H. (2008), O uso do conceito de cultura na investigação sobre profissões. *Análise Social*, nº189, pp. 749 -773.

CARIA, Telmo H. (2010), A mobilização de conhecimento em situação de trabalho profissional. In Vera Fartes e Maria Roseli Gomes de Sá (orgs.), *Currículo, formação e saberes profissionais: a revalorização epistemológica da experiência.* Salvador: Editora EDUFBA, pp.126 -148.

CARIA, Telmo H.; Biltres, Raquel; César, Filipa (2012), Saber profissional metodológico na condução de entrevistas em Ciências Sociais. In Fartes, Vera e Caria, Telmo H., *Pensar a educação, o trabalho e o saber profissional.* Bahia: EDUFBA [no prelo]

CARNEIRO, João Marinônio Aveiro & CARNEIRO, Iara Elfriede Enfre. **Metodologia do ensino superior.** Rio de Janeiro: Folha Carioca, 2000.

CARNEIRO, Tânia Silva Gomes, *et al.* O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate | Rio de Janeiro**, V. 38, N. 102, P. 429-439, JUL-SET 2014

CARTER, Renee; RIVERIN, Bruno; LEVESQUE, Jean-Frédéric; GARIEPY, Geneviève & QUESNEL-VALLÉE, Amélie. The impact of primary care reform on

health system performance in Canada: a systematic review. **BMC Health Services Research** - BMC series – open, inclusive and trusted 2016,16:324 DOI: 10.1186/s12913-016-1571-7, 2016

CARVALHO, Antonio Ivo. Determinantes Sociais, Econômicos e Ambientais da Saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde soc.** vol.2 no.1 São Paulo 1993.

CASSIANI, S.H.de B.; ZUG, K. E. Promovendo o papel da prática avançada em enfermagem na América latina. **Rev. Bras. Enferm.** 2014, set-out;67 (5):675-6

CASTELL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTELLS, Manuel. **O poder da comunicação.** São Paulo: Paz e Terra, 2016.

CASTELLS, Manuel. **The rise of the network society. The information age: economy, society and culture.** Vol. I , 2ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2009.

CENTRO DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA DE ORIOLE. **The History of the First Physiotherapists in Canada.** Disponível em: <http://www.oriophysio.com/canadas-first-physiotherapists-history>

CHARTERED SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY (CSP). **Quality Assurance Standards for Physiotherapy Service Delivery** - 2012. Disponível em: [csp\\_quality\\_assurance\\_standards.pdf](#). Acesso em 9 de setembro de 2017.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas e o novo papel dos recursos humanos nas organizações.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CHIPCASE, Lucy *et al.* Looking back at 100 years of physiotherapy education in Australia. **Australian Journal of Physiotherapy.** Editorial Vol 52, 2006.

CLOT, YVES. **Trabalhar e o poder de agir.** Série Trabalho e Sociedade. Fabrefactum, 2013.

COCCO, G. Giuseppe Cocco, **Trabalho e Cidadania.** São Paulo: Cortez, 2000.

COELHO, E. C. **As profissões Imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930.** Rio de Janeiro: Record, 1999.

COLLINS, Harry e PINCH, Trevor. **Doutor Golem – Como pensar a medicina.** Fabrefactum, 1999.

COMBS, C. Donald. VIRGINIA, THE PEW COMMISSION AND THE REGULATION OF HEALTH PROFESSIONS. Seventeenth Annual Meeting of the Council on Licensure, Enforcement and Regulations, September, 1997, Norfolk, Virginia.

CONILL, Eleonor Minho. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(4):963-971, out-dez, 2000

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. **Leis, Decretos, Resoluções e Portarias**. Brasília, DF, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – CREFITO – II. Livro de Legislação. Rio de Janeiro: Multiformas, 2014.

COOPER H, SPENCER-DAWE E, MCLEAN E. Benning the processo f teamwork: design, implementationa and evaluation of na inter-professional education intervention for first year undergraduate students. **J Interprof Care**. 2005 Oct; 19 (5):492-508.

COSTA, Valton da Silva. Prescription medication by physiotherapists: a Brazilian view of the United Kingdom, Canada, Australia and New Zealand. **Ciênc. saúde coletiva** vol.22 n.7 Rio de Janeiro Jul. 2017

BRASIL. DATASUS. **Informações em Saúde: Sistema de Informação Hospitalar** [Internet]. Brasília; 2014 [citado em 2015 dez 30]. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

DE MASI, Domenico. **O futuro do trabalho: fadiga e ócio na sociedade pós-industrial**. 6ed. São Paulo: José Olympio, 1999.

DILÉLIO, Alitéia Santiago; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; *et al.* Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. *Cad. Saúde publica. Rep. Public health*; 30(12): 2606-2606, 12/2014.

DRUCKER, Peter F. **Managing in a time of change**. New York, 1995.

DRUCKER, Peter. **Sociedade pós-capitalista**. 6ed. São Paulo: Pioneira, 1997.

DUARTE, Fábio. **Global e local no mundo contemporâneo: integração e conflito em escala global**. São Paulo: Moderna, 1998.

DURAND, José Carlos Garcia. A serviço da coletividade. Crítica à sociologia das profissões. **Rev. adm. empres.** vol.15 no.6 São Paulo Nov./Dec. 1975. Disponível em [scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75901975000600005](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901975000600005). Acesso em 4 de novembro de 2017.

DURHAM, R. Eunice. **Educação superior, pública e privada (1808-2000)**. In BROCK, Colin & SCHWARTZMAN, Simon. Os desafios da educação no Brasil. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 197-240, 2005.

DURKHEIM, Emile. **As formas elementares da vida religiosa**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

DURKHEIM, Émile. **Da Divisão do Trabalho Social**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

DURKHEIM, Émile. **Lições de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

EBERT, Paulo Roberto Lemgruber. O direito do trabalho no século XXI: em busca de uma nova estruturação. **Rev. TST**, Brasília, vol. 78, no 2, abr/jun 2012.

ESTADOS UNIDOS. Federation of State Medical Boards – FSMB. **Assessing Scope of Practice in Health Care Delivery: critical questions in assuring public access and safety**. 2005. ESTADOS UNIDOS. Institute of Medicine. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21<sup>st</sup> century**. National Academy Press, 2001

FELIPPE, Jonis Manhães Sales. Profissões, Corporações e Moral na Sociologia de Durkheim. **Persp. On line: hum & sociais aplicadas**. Campos dos Goytacazes, 12 (5), 17-24, 2015. Disponível em [seer.perspectivaonline.com.br](http://seer.perspectivaonline.com.br)

FIGUERÔA, Regina M. **Aspectos da evolução histórica da fisioterapia no Brasil em especial no Rio de Janeiro**. Monografia apresentada ao programa de pós-graduação *Lato sensu* em Docência Superior do Instituto de Educação da UFRJ, 1996.

FILHO, R.L.L.; MONTEJUNAS, P.R.; HIPÓLITO, O.; LOBO, M.B. de C.M. A evasão no ensino superior brasileiro. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 641-659, set./dez. 2007.

FONTELLES, M.J.*et al.* Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para elaboração de um protocolo de Pesquisa. **Rev para. Med.**;23(3), jul.-set. 2009.

FRANCO Jr., Hilário. **A Idade Média: Nascimento do Ocidente**. 2ed. São Paulo: Brasiliense, 2001.

FREIDSON, Elliot. **O renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política**. São Paulo: EDUSP, 1994.

FREIDSON, Elliot. **Occupational autonomy and labor market shelters**. Chicago: University of Chicago Press, 1982.

FRIEDMAN, Thomas L. **O mundo é plano: Uma breve história do século XXI**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

FURTADO, Celso. **Os desafios da nova geração**. *Rev. de Econ. Pol.* n.24, 2004. p. 483-486

GALLEY, P. Ethical principles and patient referral. **Australian Journal of Physiotherapy** XXI: 97-100, 1975.

GALVÃO, AMF. A fisioterapia e o tempo. **Revista Fisiobrasil**, n.38, out., 2000.

GIBSON BE, NIXON SA, NICHOLLS DA. Critical reflections on the physiotherapy profession in Canada. **Physiother Can.** 2010 Spring;62(2):98-100, 101- 3.

GIDDENS, Anthony. **As Conseqüências da Modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GIRADI, Sabado, CARVALHO, C.L. **Sinais de Mercado e Regulação Institucional do trabalho em Saúde no Brasil dos anos 90**. Brasília: CGDRH – Ministério da Saúde, 1995.

GIRADI, Sabado. **A regulação institucional da força de trabalho em saúde nos Estados Unidos e Canadá: políticas de transição**. Relatório Técnico de Pesquisa, Washington DC: Panamerican Health Organization.

GIRADI, Sabado. **Apuntes para La Aplicacion de um Abordaje Regulacionista al Campo de los recursos Humanos em Salud**. Uasb Y Salud, Universidade Andina, v 2, 1994.

GIRADI, Sabado. Dilemas da Regulação Profissional em Saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Latinoamericana de Estudios Del Trabajo**. N.15, 2002. P. 67-85.

GOLDTHORPE, J. **Problems of Meritocracy**. In Halsey, Brown & Wells: Education: Culture, Economy, Society. Oxford University Press, Oxford, 1997.

GOTLIB, Joanna; BIALOSZEWSKI, Dariusz; OPAVSKY, Jaroslav; GARROD, Rachel; FUERTES, Nicolas E.; GALLARDO, Lucia P.; LOURIDO< Berta P.;

MONTERDE, Sonia; SERRANO, Carmem S.; SACCO, Marc e KUNICKA, Irena. Attitudes of European physiotherapy students towards their chosen career in the context of different educational systems and legal regulations pertaining to the practice of physiotherapy: implications for university curricula. **Physiotherapy** 98 (2012) 76–85: Elsevier.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Os desafios aos sistemas de saúde no século XXI**. Disponível em <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/OS-DESAFIOS-AOS-SISTEMAS-DE-SA%C3%9ADE-NO-S%C3%89CULO-XXI.pdf>

GREGOLIN, M. R. V. Discourse analysis: concepts and aims. **Alfa** (São Paulo), v.39, p.13-21, 1995. **Alfa**, São Paulo, 39: 13-21,1995

GREIMAS, A. J. **Sobre o sentido; ensaios semióticos**. Rio de Janeiro: Vozes, 1975.

GRIMMER K, KUMAR S, Gilbert A, MILANESE S. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs):Physiotherapists' use, knowledge and attitudes. *Aust J Physioth* 2002; 48(2):82-92

GRUSKY, D. & SORENSEN, J. **Can class analysis be salvaged?** In American Journal of Sociology, v.103, n.5, p. 1187-1234.

GUIMARÃES, A.S.; SILVA, H.D. **A reforma universitária e os centros universitários. Revista de Educação do Cogeime.** A n o 14 - n . 27 – dez. / 2005

GUIMARÃES, Samuel Pinheiro. **Desafios brasileiros na era dos gigantes.** Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

HADDAD, A.E.; MORITA, M.C.; PIERANTONI, C.R. BRENELLI, S.L.; PASSARELLA, T. e CAMPOS. F.E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, 2010.

HAMMOND R, CROSS V, MOORE A. The construction of professional identity by physiotherapists: q qualitative study. *Physiotherapy*. 2016 Mar; 102 (1):71-7.

HAMMOND, Louis *et al.* Letter to the editor. **Australian Journal of Physiotherapy** XXII: 1:53, 1976)

HARVEY, David. Do Fordismo à Acumulação Flexível. In: **A condição pósmoderna.** São Paulo: Loyola, 1993, p. 135-176

HERÁCLITO. São Paulo, Abril Cultural, 1973. (Coleção Os pensadores)

HIGGS, Joy. **Clinical Reasoning in Health Professions.** New York: Butterworth Heinemann, 2008.

HIND, Martin *et al.* Interprofessional perceptions of health care students. **J Interprof Care.** 2003 Feb;17(1):21-34

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil (1930-1945). **Educar em Revista.** V.21.n.25.2005. Disponível em <http://revistas.ufpr.br/educar/article/view/2242>. Último acesso em 23 de setembro de 2017.

HORN, J.S. **Medicina para Milhões.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21<sup>st</sup> century.** Institute of Medicine: National Academy Press, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Último acesso em 22 de agosto de 2016.



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [Internet]. Brasília: IBGE; 2011 Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/Estatistica/populacao/estimativa\\_2011/POP2011\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/Estatistica/populacao/estimativa_2011/POP2011_DOU.pdf)

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA E APLICADA – IPEA (2012). VONBUM, Christian; MENDONÇA João Luis de Oliveira. **Educação Superior uma Comparação Internacional e suas lições para o Brasil**. Disponível em [http://flacso.org.br/files/2017/05/td\\_1720.pdf](http://flacso.org.br/files/2017/05/td_1720.pdf). Último acesso em 30 de julho de 2017

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. MELO, Valdir; NOGUEIRA, Roberto P. **Estudo 2010 da carga global de doença: crítica da formação da ponderação dos indicadores**. Texto para discussão. Brasília: IPEA, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. MELO, Valdir; NOGUEIRA, Roberto P. **Estudo 2010 da carga global de doença: crítica da formação da ponderação dos indicadores**. Texto para discussão. Brasília: IPEA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISA ANÍSIO TEIXEIRA – INEP. **Sinopse Estatística da Educação Superior 2015**. Brasília: INEP, 2016. Disponível em [www.portal.inep.gov.br/basica-censo-escolar-sinopse-sinopse](http://www.portal.inep.gov.br/basica-censo-escolar-sinopse-sinopse). Acesso em 10 de setembro de 2017.

JAMOUS, Haroun & PELOILLE B. **Professions and Professionalization**. In

LARSON, M. S. **The rise of professionalism: a sociological analysis**. Berkeley: University of California Press, 1977.

JARDIM, Silvia. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Rev. Bras. Saúde ocup.** 36(123)jan.-jun. 2011.

KANAN, Lilia Aparecida; ARRUDA, Marina Patrício. A organização do trabalho na era digital. **Estud. Psicol.** Vol. 30n.4.Capinas:Oct/Dec.2013.

LAMPARD, Robert. **Alberta's Medical history: Young, Lusty and Full of Life**. Alberta: Friesen's corporation, 2008. Disponível em <http://www.robertlampard.ca/Books/Alberta's%20Medical%20History.pdf>. Último acesso em 19 de março de 2017.

LANSBURY G.; SULLIVAN G. Physiotherapists and drug administration: a survey of practices in New South Wales. **Aust J Physiother** 1998; 44(4):231-237.

LARSON, Magali Sarfatti. **The rise of professionalism: a sociological analysis**. Berkeley: University of California Press, 1977.

LÉVY, Pierre. **A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço**. 4.ed. São Paulo: Loyola, 2003.

LÉVY, Pierre. **A revolução contemporânea em matéria de comunicação**.

FAMECOS, Porto Alegre, n.9, dez. 1998. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/File/3009/2287>>. Acesso em: 26 jun.2016

LÈVY, Pierre. **Cibercultura**. 2ed. São Paulo: Editora 34, 2000.

LIMA, Gercina Ângela B, de O. Modelos de categorização: apresentando o modelo clássico e modelo de protótipos. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.15, n.2, p.108-122, maio./ago. 2010

LINDEMAN, R.; TEIRICH-LEIBE, H e HEIPERTZ, W. **Tratado de rehabilitación**. Barcelona: Labor, 1970

LUCAS, Ricardo Wallace Chagas. Fisioterapia: denominação inadequada para uma atuação profissional moderna. **Revista Conhecimento Interativo**, São José dos Pinhais. Paraná, V 1, n.1, p.89-97 jul/dez 2005.

LUKÁCS, G. **As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem**. Coleção Temas de Ciências Humanas São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978.

MACHADO da Silva, L.A. **Mercado de Trabalho Ontem e Hoje: Informalidade e Empregabilidade Como Categorias de Entendimento**. In Além da Fábrica - trabalhadores, sindicatos e a nova questão social. SANTANA, M.A. & RAMALHO, J.R. (orgs). São Paulo: Boitempo, 2003. p.140-178

MACHADO, Maria Helena. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

MAGEE, D.J. Physiotherapy specialization in Canadá: um update. **Physiother Can**. 1986 Mar-Apr;38(2):102-5

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARQUES, Amélia Pasqual; SANCHES, Eugênio Lopes. Origem e evolução da Fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Rev. Fisioter**. USP, São Paulo, v.1,n.1, p.1-48 – jul/dez, 1994.

MATTOS, Luis Alves de. **Primórdios da educação no Brasil: o período heróico (1549-1570)**. Rio de Janeiro: Gráfica Aurora, 1958.

MAYR, Ernest. **O Desenvolvimento do Pensamento Biológico**. Brasília: Editora Universidade de Brasília - DF, 1998.

McMEEKEN, Joan. Physiotherapy education – what are the costs? **Australian Journal of Physiotherapy**. Editorial Vol 54, 2008.

MEDEIROS, Fernando. **Um mar de possibilidades. A medicina no passado, presente e futuro**. São Paulo: B24h, 2010.

MEYER, Heinz-Dieter, JOHN, Edward P.St., CHANKSELIANI, Maia e URIBE, Lina. (Eds.) **Fairness in Access to higher education in a global perspective. Reconciling excellence efficiency and justice.** Rotterdam: Sense Publishers, 2013.

MILES-TAPPING, Charles. Sponsorship and sacrifice in the historical development of Canadian physiotherapy. **Physiotherapy Canada** 41(2):72-80, March, 1989.

MILL, John Stuart.(1844) **On the definition of political economy and on the method of philosophical investigation in that science.** In: The Collected Works of John Stuart Mill. J.M. Robson Editor. Toronto: University of Toronto Press, 1991.

MILLETTE, Diane. Advanced Practice in Alberta, Canada. College of Physical Therapists of Alberta **Forum State Board Physical Therapy Annual Meeting – 2013.**

MOORE, Wilbert. **The professions: roles and rules.** New York: Russel Laye Foundation, 1970.

MORETTI, Amanda; LABEGALINI, Célia M. G.; BALDISERRA, Vanessa D. A. Percepções acerca das demandas do cuidar. **Cienc. Da Saúde – Enf.** Estudo apresentado no Encontro de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - 2014. Disponível em [www.eaic.uem.br](http://www.eaic.uem.br)

MOURA FILHO, A G. **Brasil: a fisioterapia e o tempo.** Salvador, 1999.

MOURA, M.C. Mudanças na gestão dos sistemas de saúde - o modelo canadiano. **J Port Gastreterol** 2006; v.13, p.105-110. Disponível em: [http:// www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ge/v13n2/v13n2a07.pdf](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ge/v13n2/v13n2a07.pdf)

NATIONAL PHISIO THERAPY ADVISORY GROUP – NPAG. **Essential Competency Profile for physiotherapists and assistants of physiotherapists in Canada – 2012.** Disponível em <http://npag.ca/PDFs /Joint% 20 Initiatives / PTA%20profile% 202012 %20English.pdf>. Último acesso em 9 de setembro de 2017.  
NESE, Cristiana Eugenia. **Mundo globalizado e trabalho digno: realidade ou utopia.** 2014. 126 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Nove de Julho, São Paulo.

NICHOLLS David A, *et al* . Connectivity: an emerging concept for physiotherapy practice. **Physiother Theory Pract.** 2016;32(3):159-70.

\_\_\_\_\_ **The end of physiotherapy.** New York: Routledge, 2017.

NOVAES, R.R.J. Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia e de suas entidades representativas. **Revista Estudos**, Santos, 2000.

NOVAES, Washington. **Os desafios do século XXI.** Estud. Av.vol.14 n.40 São Paulo Sept./Dec. 2000.

OLIVEIRA André Luiz, NUNES Edson D. Physiotherapy: a historical analysis of the transformation from an occupational to a profession in Brazil. **Braz J Phys Ther.** 2015 Jul-Aug; 19(4):286-93

OLIVEIRA, Valéria Rodrigues da Costa. **A História dos Currículos de Fisioterapia: A Construção de uma Identidade Profissional.** Dissertação de Mestrado em Educação apresentada à Universidade Católica de Goiás. Goiana, 2005.

OLSON, Mancur.. **A lógica da ação coletiva.** São Paulo: EDUSP, 1999.

ORGANIZAÇÃO DE COOPERAÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. OECD (2016). **Education at a Glance 2016: OECD Indicators,** OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.187/eag-2016-en>

ORGANIZAÇÃO DE COOPERAÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. OECD. Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health Data 2003, 2nd edition.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Gerenciando as saídas da força de trabalho em saúde.** Relatório Mundial de Saúde. 2006

Organização Mundial da Saúde – OMS. **Relatório Mundial da Saúde: Trabalhando juntos pela saúde. 2006.** Disponível em [http:// www.who.int /whr /2006 /06\\_ overview](http://www.who.int/whr/2006/06_overview)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Trabalhadores de saúde: um perfil global.** Relatório Mundial de Saúde. 2006

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Why do health systems matter? The definition of to recognize, tough to define.** Albany Times-Union 12 de novembro de 2009.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Why do health systems matter?The definition of to recognize, tough to define.** Albany Times-Union 12 de novembro de 2009.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Health Statistics 2015.** Disponível em: [www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm).

ORLANDI, Eni. **Análise de discurso: Princípios e Procedimentos.** Campinas: Ed. Pontes, 2001.

ORLANDI, Eni. **Discurso e Texto: formulação e circulação dos sentidos.** Campinas: Ed. Pontes, 2001.

ORTIZ, Maribel Rocha. Origenes y Fundamentos de la Talasoterapia. **Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.** Vol. 2- año 2004. Disponível em [www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSREV04\\_002.pdf](http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSREV04_002.pdf). Acesso em 14 de outubro de 2017.

OTOSSON, Anders. *One History or Many Herstories? Gender politics and the history of physiotherapy's origins in the nineteenth and early twentieth century*. *Women's History Review Journal*. Vol 25, 2016. ISSUE 2 (p. 296-319)

PADILHA, Valquíria. *Qualidade de vida no trabalho num cenário de precarização: a panacéia delirante*. **Trab. Educ. saúde** vol.7 n.3 Rio de Janeiro Nov. 2009.

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. **Lancet**. (Série Brasil) [Internet]. 2011; 11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>

PAIM, Jairnilson S.; BOSI, Maria Lúcia M. *Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional*. **Ciênc. Saúde coletiva** [51] vol.15 no. 14. Rio de Janeiro. July, 2010.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luis Antonio. *Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores*. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35

PASTORE, José. **Crescimento de 6%: e a mão de obra?** Folha de São Paulo, (08/12/2009). Disponível em [www.josepastore.com.br/artigos/ed/ed\\_045.htm](http://www.josepastore.com.br/artigos/ed/ed_045.htm) Acesso em Junho de 2014.

PASTORE, José. **Mudanças nos Cenários das Profissões: Educação e Empregabilidade**. Palestra realizada no Congresso Brasileiro de Contabilidade, Gramado, (RS), 28/08/2008. Disponível em [www.josepastore.com.br/artigos](http://www.josepastore.com.br/artigos). Acesso em Junho de 2014.

PASTORE, José. **O pior é a informalidade**. *Jornal O Globo*, (21/03/2007). Disponível em [www.josepastore.com.br/artigos](http://www.josepastore.com.br/artigos). Acesso em Junho de 2012.

PAULA, Maria de Fátima Costa de e LAMARRA, Norberto Fernandez (Org.). **Reformas e democratização da educação superior no Brasil e na América Latina**. São Paulo: Ideias e Letras, 2011.

PET-Saúde - O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Governo Federal; 2012 [Acesso em 26 de março de 2016]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1597](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597)

PEW HEALTH PROFESSIONS COMMISSION. **Report Reforming healthcare workforce regulation: policy considerations for the 21<sup>st</sup> century**. Taskforce on healthcare workforce regulation, 1995.

PHYSIOTHERAPY BOARD OF AUSTRALIA – PBA. **Registration Standards for Physiotherapists - 2016**. Disponível em [www.physiotherapyboard.gov.au/Registration.Aspx](http://www.physiotherapyboard.gov.au/Registration.Aspx)

PHYSIOTHERAPY BOARD OF AUSTRALIA. **Physiotherapy Board of Australia Code of conduct for registered health practitioners.** <http://www.physiotherapyboard.gov.au/Codes-Guidelines.aspx>. Acesso em 21 de setembro de 2017.

PIERANTONI, Celia R. TOMMASO, Maria Cristina; SOARES, Vânia Correa Pinto; SOUZA, Marinêz de. Internet e saúde: como uma comunidade virtual pode ser resolutiva para doentes celíacos. **Anais CALASS**, 2015.

PIERANTONI, Célia Regina, *et al.* A Formação Médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos Sistemas de Saúde. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v 3, n.1, p.91-102, 2006.

PIERANTONI, Célia Regina, *et al.* Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em secretarias estaduais e municipais de Saúde. **Divulg. Saúde debate**. 2012. Mai;(47):45-55.

PIERANTONI, Célia Regina, *et al.* **Gestão do trabalho e educação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ObservaRH, 2012.

PIERANTONI, Celia Regina. 20 anos do sistema de saúde brasileiro: o Sistema Único de Saúde. **Physis** vol.18 no.4 Rio de Janeiro 2008

PIERANTONI, Célia Regina. Desafios para a Formação de Gestores do Sistema de Saúde: Processos e Produtos. In: Pierantoni, CR (Org.). **Gestão de sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: Segregar, 2003. P: 9-13.

PIERANTONI, Regina Celia, *et al.* **Graduações em saúde no Brasil: 2000-2010**. Rio de Janeiro: Cepesc. IMS-UERJ, 2012.

PIERANTONI, Regina Celia, DAL POZ, Mario Roberto e FRANÇA, Tania, (Orgs.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS-UERJ: ObervaRH, 2011.

PIKETTY, Thomas. **A economia das desigualdades**. São Paulo: Actual, 2014

PIKETTY, Thomas. **O capital no século XXI**. São Paulo: Intrínseca, 2013.

Portal Saúde - Lei 8.080 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Governo Federal; 2012 [Acesso em 26 de março de 2016]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

PRADO, Eleutério; PINTO, José Paulo Guedes. Subsunção do trabalho imaterial ao capital. **Cad. CRH**. Vol.27, n.70,p 61-74, 2014.

PRANDI, Reginaldo. **Os favoritos degradados. Ensino superior e profissões de nível universitário no Brasil hoje**. São Paulo: Loyola, 1982.

PRETORIUS A, KARUNARATNE N, FEHRING S. Australian physiotherapy workforce at a glance: a narrative review. **Aust Health Rev**. 2015 Nov 5.

BRASIL. PRÓ SAÚDE - Programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Governo Federal; 2012. Acesso em 26 de março de 2016. Disponível em: <http://www.prosaude.org/>

PUTNAM, Robert D. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

QUINTANEIRO, Tânia. BARBOSA, Maria. OLIVEIRA, Marcia. **Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

RAMALHO, J. R. & SANTANA, M.A. **Trabalhadores, sindicatos e a nova questão social. In Além da Fábrica - trabalhadores, sindicatos e a nova questão social**. Santana, M.A. & Ramalho, J.R. (Orgs). São Paulo: Boitempo, 2003 p11-43

RAMALHO, José. R. **Trabalho na Sociedade Contemporânea**. MORAES, Amaury C. (Coord). **Sociologia**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria da Educação Básica, 2010, p. 85-99

RAPOSO, Clarissa T.M. **As particularidades da questão social na realidade brasileira contemporânea: superpopulação, precarização do trabalho e superexploração da força de trabalho**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2015.

REBELATO, José Rubens, BATONÉ, Sílvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil - perspectivas de evolução como campo profissional e como área de conhecimento**. São Paulo: Manole, 1987.

REBELATTO, José Rubens e BOTOMÉ, Sílvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 1999.

REEVES, Steve *et al*. It teaches you what to expect in future: interprofessional learning on a training ward for medical, nursing, occupational therapy and physiotherapy students. **Med Educ**. 2002 Apr; 36(4):337-44.

REYNAUD, Jean-Claude. **Aparição e características das novas profissões**. Entrevista com Jean-Claude Reynaud. In: As novas Profissões. Biblioteca Salvat de Grandes Temas. Rio de Janeiro: Salvat, 1979.

RICOUER, Paul. **A Memória, a História e o Esquecimento**. Trad. Alain François. Campinas: UNICAMP, 2007.

ROBERTSON, Rolan; **Globalization. Social theory a global culture**. London: Stage, 2002.

ROBSON M, KITCHEN SS. Exploring physiotherapy students' experiences of interprofessional collaboration in clinical setting: a critical incident study. **J Interprof Care**. 2007 Feb; 21(1):95-109.

RODRIGUES, José Albertino. **Durkheim**. São Paulo: Editora Ática, 1995.

RODRIGUES, M.R. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apóio a Saúde da Família (NASF). **Com. Ciências Saúde**. 2010; 21(3): 261-266

RODRIGUES, Maria de Lurdes. **Profissões: lições e ensaios**. Lisboa: Almedina, 2012.

RODRIGUES, Paulo Henrique e SANTOS, Isabela Soares. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. 2 ed. revista e ampliada. São Paulo: Atheneu, 2011.

ROSALEM, Vagner; SANTOS, Antônio Carlos. Globalização social: desafios do século XXI. **Rev.Ad. UFSM**, Santa Maria, v.3, n.2, p.183-190, mai./ago. 2010.

SANCHES, E. L. Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo. **Revista Atualização Brasileira de Fisioterapia**. Ano II, Vol. I, n.3, 1984.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues de. **Saúde e História**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SCHIMITT, K. and SHIMBERG, B. **Desmystifying occupational and professional regulation: answers to questions you may be afraid to ask**. Council of Licensure and Regulation, 1996.

SCHIMITT, K. and SHIMBERG, B. **Promising scope of practice models for the health professions**. Disponível em [http:// futurehealth .ucsf.edu/ pdf files/ scope%20 odels%20fall%202007.pdf](http://futurehealth.ucsf.edu/pdf_files/scope%20odels%20fall%202007.pdf)

SCHOFER, DJ; Fletcher SL. The physiotherapy workforce is ageing, becoming more masculinised, and is working longer hours: a demographic study. *Aust. J. Physiotherapy*. 2007;53(2):121-6.

SCHWARTZMAN, Simon. **Os desafios da educação no Brasil**. In **Os desafios da educação no Brasil**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005 (9-51)

SENNETT, Richard. **A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SENNETT, Richard. **A cultura do novo capitalismo**. Rio de Janeiro, 2006.

SENNETT, Richard. **Carne e pedra. O corpo e a cidade na civilização ocidental**. 3ed. Rio de Janeiro, 2003.

SENNETT, Richard. **O artífice**. 2ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SHAW JA, DEFORGE RT. Physiotherapy as bricolage: theorizing expert practice. **Physiother Theory Pract**. 2012 Aug; 28(6):420-7.



SHAW, James; DeForce, Ryan. **Physical Therapy as a bricolage**. Department of Health & Rehabilitation Sciences, Elborn College. University of Western Ontario, London, Ontario. 2013.

SILVA, D.J.; DA ROS MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1673-1681. 2007.

SILVA, E.L. **A formação profissional no século XXI: desafios e dilemas. Ciências da Informação**. Brasília. V.31, n.3, p.77-82, set/dez 2012.

SOUZA, Laura de Mello e. Porque estudar história? **A Folha de Gragoatá**. 9 de abril de 2012. Disponível em [http://afolhadogragoata.blogspot.com.br/2012/04/por-que-estudar-historia-laura-de-mello\\_09.html](http://afolhadogragoata.blogspot.com.br/2012/04/por-que-estudar-historia-laura-de-mello_09.html). Acesso em 12 de outubro de 2017.

STARR, Paul. **The social transformation of American medicine: the rise of a sovereign profession and the making a vast industry**. New York: Basic Books, 1982.

SUBIRATS, Marina. **As novas profissões. Livros GT. As profissões liberais**. Rio de Janeiro: Salvat, 1979. (p 44-56)

TAFNER, P. Carvalho M. **Ensino Superior Brasileiro: a evasão dos alunos e a relação entre formação e profissão**. 30º Encontro Anual da ANPOCS. GT 06 – Educação e Sociedade. 24 a 28 de outubro de 2006.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi e OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Soc.** vol.16 n.1 São Paulo Jan./Apr. 2007

TAVARES, Riani Costa Larissa *et al.* Distribuição territorial de fisioterapeutas no Brasil: análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES/2010. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. **ConsSaude**.v15n1.6152

TEIXEIRA, Anísio. **Ensino Superior no Brasil: análise e interpretação de sua evolução até 1969**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

THOMAZ JUNIOR. Antonio. A Geografia do mundo do trabalho na viragem do século XXI. **Geosul**, Florianópolis, v. 19, n. 37, p 7-26, jan./jun. 2004 .

THOMPSON, Sarah *et al.* **International Profiles of Health Care Systems**, 2012 Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. Commonwealth Fund pub. no. 1645. Disponível em [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645\\_Squires\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_systems\\_2012.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf).

TOCQUEVILLE, Alexis. **Democracy in America**. Volumes One and Two. trans. Henry Reeve. A Penn State Electronic Classics Series Publication. 2002. Disponível em <http://dl4a.org/uploads/pdf/Alexis-de-Tocqueville-Democracy-in-America.pdf>. Acesso em 12 de out de 2017.

TOMMASO, Maria Cristina. **Expansão do ensino superior e mercado de trabalho: o caso da fisioterapia.** Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

TOMMASO, Maria Cristina. **Geografia dos recursos humanos em saúde: distribuição regional dos Profissionais da Assistência Direta em Saúde - PADS no Brasil.** Texto completo apresentado no Colóquio Científico do UniFOA – Volta Redonda, 2015.

TOMMASO, Maria Cristina. **Perfil socioeconômico dos estudantes de graduação de fisioterapia.** Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração - MBA em Saúde do COPPEAD da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.

TOMMASO, Maria Cristina. **Razão da escolha profissional: pesquisa do perfil dos acadêmicos de fisioterapia do UniFOA.** Comunicação Oral. Congresso Brasileiro de Ensino em Fisioterapia. Vitória-ES. 2003

TOMMASO, Maria Cristina; PIERANTONI, Célia Regina; História, Formação e Distribuição dos Fisioterapeutas no Brasil e alguns reflexos para a profissão. CALASS (2014)

TOMMASO, Maria Cristina; SOARES, Ana Paula Caetano de Menezes; SOARES, Vânia Correa Pinto; SOUZA, Marinez de. **Viva sem glúten: a lente sociológica para compreender uma comunidade virtual.** UniFOA- Centro Universitário de Volta Redonda. Anais XXI Colóquio Técnico Científico. 2015

TURNER, Paul. The occupational prestige of physiotherapy: perceptions of student physiotherapy in Australia. **Aust J Physiother.** 2001; 47(3):191-7

UNITED NATIONS. **Convention on the Rights of Persons with Disabilities.** New York, USA: United Nations; 2006. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>. Acesso 22 julho 2017

UNITED NATIONS. **United Nations Population Fund. World Population Trends.** Disponível em <https://nacoesunidas.org/acao/populacao-mundial/>. Último acesso em 13 de julho de 2016.

UNITED NATIONS. United Nations Population Fund. World Population Trends. Disponível em <https://nacoesunidas.org/acao/populacao-mundial/>. Último acesso em 13 de julho de 2016.

WILENSKY, Harold L. **Organizational Intelligence.** New York: Basic Books, 1967

WILENSKY, Harold L. **The Professionalization of everyone? In: The Sociology of Organizations: basic studies.** GRUSKY & MILLER, eds. New York, The Free Press, 1970. P. 483-501

WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY. **Policy statement: Regulation of the physical therapy profession.** London, UK: WCPT; 2017. [www.wcpt.org/policy/ps-regulation](http://www.wcpt.org/policy/ps-regulation). Acesso em 22 julho de 2017

WORLD BANK. **Human world development report 2001/2001. Attacking poverty: opportunity, empowerment and security.** Washington (DC): World Bank, 2001.  
WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY. **Ethical Principles.** London, UK: WCPT; 2017. [www.wcpt.org/ethical-principles](http://www.wcpt.org/ethical-principles). Acesso em 22 julho 2017

WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY. **Policy statement: Autonomy.** London, UK: WCPT; 2017. [www.wcpt.org/policy/ps-autonomy](http://www.wcpt.org/policy/ps-autonomy). Access date 10th March 2017

WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY. **Policy statement: Direct access and patient/client self-referral to physical therapy.** London, UK: WCPT; 2017. [www.wcpt.org/policy/ps-direct-access](http://www.wcpt.org/policy/ps-direct-access). Acesso 22 julho 2017

WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY. **Policy statement: Education.** London, UK: WCPT; 2017. [www.wcpt.org/policy/ps-education](http://www.wcpt.org/policy/ps-education). Acesso 22 julho 2017

WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY. **Policy statement: Ethical responsibilities of physical therapists and WCPT members.** London, UK: WCPT; 2017. [www.wcpt.org/policy/ps-ethical-responsibilities](http://www.wcpt.org/policy/ps-ethical-responsibilities). Acesso 22 julho 2017

WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY. **Policy statement: Specialisation.** London, UK: WCPT; 2017. <http://www.wcpt.org/policy/ps-specialisation>. Acesso 22 julho 2017

WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY. **WCPT guideline for physical therapist professional entry level education.** London, UK: WCPT; 2011. [www.wcpt.org/guidelines/entry-level-education](http://www.wcpt.org/guidelines/entry-level-education). Acesso 22 julho 2017

WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY. **WCPT guideline for the development of a system of legislation/regulation/recognition of physical therapists.** London, UK: WCPT; 2011. [www.wcpt.org/guidelines/regulation-legislation](http://www.wcpt.org/guidelines/regulation-legislation). Acesso em 22 julho 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health.** Geneva, Switzerland: WHO; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Disability.** Geneva, Switzerland: WHO; 2011.

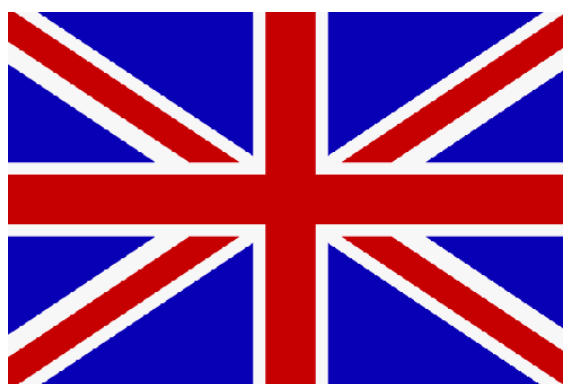
## APÊNDICE A - Aspectos históricos e socioeconômicos dos países selecionados

### REINO UNIDO

O Reino Unido é o termo usado para descrever o estado soberano constituído pela Inglaterra, Países de Gales e Escócia, que juntos compõem a Ilha da Grã-Bretanha, e Irlanda do Norte. Juntos formam o Estado Soberano do Reino Unido da Grã-Bretanha e da Irlanda do Norte sendo essa a entidade nas relações intergovernamentais e de estado-membro das Nações Unidas, bem como sob a lei internacional visto que Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales não estão na lista de países da Organização Internacional para Padronização (ISSO), no entanto, esses países têm instituições separadas, por exemplo, para os esportes e podem participar individualmente de competições esportivas internacionais e são referidos como *Home Nations*.

A bandeira do Reino Unido, cujo desenho está definido desde 1801, é tradicionalmente chamada de “*Union Jack*” ou “*Union Flag*” numa referência à união da Inglaterra e da Escócia, que o compuseram em 1606 no reinado de James I. Composta pela cor azul, no fundo, com a cruz vermelha de São Jorge (patrono da Inglaterra) e bordas brancas, sobreposta à cruz vermelha, em diagonal, de São Patrício (patrono da Irlanda do Norte), esta por sua vez é sobreposta à cruz branca de Santo André (patrono da Escócia).

Figura 5 - Bandeira do Reino Unido



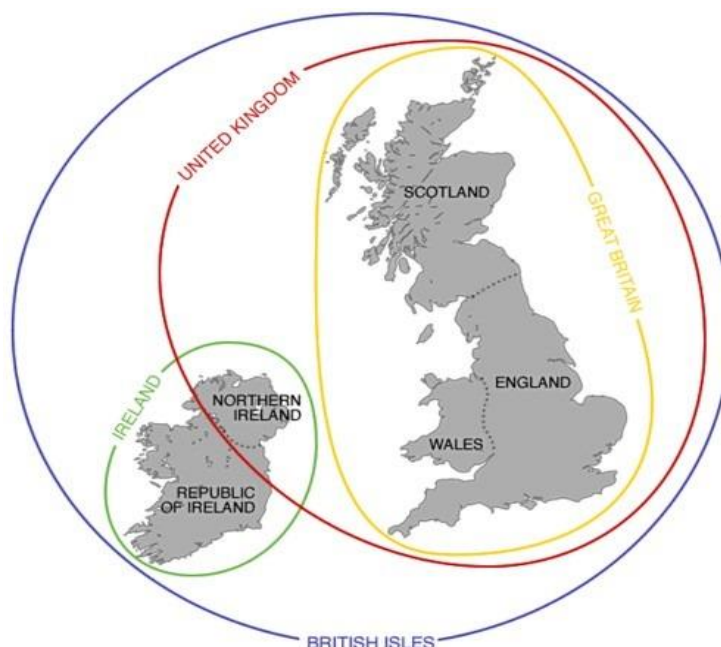
Fonte: [www.gov.uk](http://www.gov.uk)

O parlamento e o governo do Reino Unido lidam com todos os temas relacionados à Irlanda do Norte e à Escócia, todas as questões não-transferidas para o País de Gales, mas não interferem em temas atribuídos à Assembléia da

Irlanda do Norte e ao Parlamento Escocês e à Assembléia Galesa. A Inglaterra permanece sendo de responsabilidade do Parlamento do Reino Unido. As Ilhas do Canal e a Ilha de Man são dependências do Reino Unido e são conhecidas na lei britânica como as Ilhas Britânicas. Em 23 de junho de 2016 em decisão por referendo, o Reino Unido retirou-se da União Européia e as repercussões desta medida inédita ainda não estão completamente estabelecidas.

A área total do Reino Unido é de 245 mil km<sup>2</sup> sendo que o litoral estende-se por oito mil quilômetros. A população do Reino Unido é de aproximadamente 63,4 milhões de pessoas e a densidade demográfica de 261,6 habitantes por quilometro quadrado, sendo que 53 milhões estão na Inglaterra, 5,3 milhões na Escócia, 3 milhões no País de Gales e 1,8 milhões na Irlanda do Norte. Com expectativa de vida em torno de 81,5 anos, a maioria dos habitantes é descendente dos primeiros colonizadores, vindos da Europa continental. Mais de 80 por cento da população mora na Inglaterra.

Figura 6 - Mapa geográfico do Reino Unido



Fonte: [www.gov.uk](http://www.gov.uk)

O inglês é o idioma mais corrente no Reino Unido. Algumas pessoas também falam galês, escocês ou irlandês. Cerca de dois terços da população é de cristãos, a maioria dos quais pertence a igrejas protestantes. O Reino Unido também tem

grupos de muçulmanos, hindus, siques e judeus. O idioma falado é o inglês, mas outros idiomas oficiais como o galês, o escocês e o gaélico e a taxa de alfabetização está em torno de 99%. O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (2014) é de 0,91 e o Índice de GINI (2014) é de 32,57.

Um dos líderes mundiais em business, o Reino Unido é um dos dez principais produtores do mundo e possui as maiores indústrias da Europa para as áreas de Ciências da Vida, Tecnologia de Informação e Comunicação e Indústria Criativa. A moeda oficial do Reino Unido é a libra esterlina (*pounds sterling*).

A religião principal do Reino Unido é o cristianismo, entretanto, trata-se de uma região multi-religiosa, que recebe e aceita outras religiões.

O sistema de governo é a democracia parlamentar – isto significa que o governo é eleito pelo povo. Uma nova eleição é realizada a cada cinco anos. O Primeiro Ministro lidera o governo com o suporte do gabinete e dos ministros. A Rainha é chefe de Estado no Reino Unido. Como uma monarca constitucional, Sua Majestade não governa o país, mas a família real desempenha importantes papéis cerimoniais e formais relacionados ao Governo.

O Índice de Democracia examina o estado da democracia em 167 países pela Revista *The Economist* por cinco categorias ou indicadores: o processo eleitoral e o pluralismo, as liberdades civis, o funcionamento do governo, a participação política e a cultura política. Cada indicador é pontuado de zero a dez e classificado como democracias plenas, democracias imperfeitas, regimes híbridos ou regimes autoritários. O Índice de Democracia do Reino é de 8.3, ou seja, o país está classificado como uma Democracia Plena.

Ocupando o lugar de quinto maior Produto Interno Bruto (PIB) do mundo com US\$ 2.858.003 em 2016, o Reino Unido também sofre o impacto da crise global deflagrada a partir de 2008, com a crise da imigração e do desemprego com taxa de 4,6% em 2016 de acordo com *Trading Economics* (2017) e com a expectativa dos efeitos de sua saída da União Européia. O PIB per capita está em torno de quarenta e um dólares (USD 41,7) anual com taxa de desemprego em torno de 7,2%. O gasto com saúde representa 9% do PIB e a taxa de mortalidade infantil é de 4.43%.

O comércio internacional, as finanças e o setor de seguros são importantes para a economia do Reino Unido. O país exporta equipamentos elétricos, automóveis, aeronaves e petróleo, além de produtos de aço e de ferro.

Palco do início da primeira revolução industrial, o Reino Unido foi potência mundial até a segunda metade do século XX por consequência das grandes guerras mundiais, entretanto mantém importância geopolítica por ser uma potência nuclear e ter um dos maiores gastos com defesa no mundo. Faz parte do G8, da Organização Mundial do Comércio (OMC), da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) e do Conselho de Segurança das Nações Unidas. Assim como a Europa. O Reino Unido já foi mais aberto às imigrações, principalmente em momentos de pós-guerra, que serviram como uma maneira de “reposição” de pessoas além de servir como mão de obra para sua reconstrução do país, entretanto, a crise no Oriente gerou ondas migratórias que são relacionadas aos problemas socioeconômicos, principalmente após a crise de 2008. Hoje, esta abertura não está mais liberada e leis são criadas para controlar a entrada de imigrantes que não provenham de países da União Européia. Finalmente, o Reino Unido caracteriza-se pela importante influência cultural, em especial na música e na literatura, cujos clássicos são reconhecidos mundialmente.

### **Processo histórico da formação das nações britânicas**

O Reino Unido foi invadido muitas vezes no começo de sua história. As Ilhas Britânicas foram ocupadas pelos celtas no século VIII a.C. e por volta de 300 a.C. o povo celta, vindo da Europa continental, chegou às ilhas da Grã-Bretanha e da Irlanda. No século I a.C. os romanos chegaram à Inglaterra e ao País de Gales que fizeram parte do Império Britânico até o século V d.C. Povos chamados anglos, saxões e jutos invadiram o território, vindos do norte da Alemanha, e se espalharam por toda a Inglaterra o que tornou o povo do país conhecido como anglo-saxão. Em 1215, nobres ingleses impõem ao rei a Magna Carta, com poderes aos senhores feudais, e tendo o monarca de consultar o Parlamento, formado por representantes do clero e da nobreza.

Entre os séculos VIII e IX os vikings, do norte da Europa, atacaram as costas da Inglaterra, mas foram derrotados pelos anglo-saxões no final do século IX. Menos de cem anos depois, os anglo-saxões estabeleceram pela primeira vez um reino unido.

A Guerra dos Cem Anos entre Inglaterra e França nos séculos XIV e XV trouxe prejuízos para a Inglaterra, que ao perder possessões na França, viveu conflitos internos gerando A Guerra das Duas Rosas (1455/1485), disputa pelo poder entre as famílias York e Lancaster. A paz é restabelecida pelo rei Henrique VII, que reina de 1485 a 1509. O rei Henrique VIII (1509-1547) rompe com a igreja católica por não conceder o seu divórcio, e então funda a Igreja Anglicana da qual se torna o seu chefe. O reino inglês cresceu por meio de conquistas ao longo de centenas de anos. No final do século XIII, o rei da Inglaterra tomou o País de Gales, que reunia vários reinos celtas. Em 1536, o Parlamento inglês incorporou oficialmente o País de Gales à Inglaterra.

A Escócia travou muitas batalhas contra a Inglaterra a fim de manter sua independência, mas em 1603 os dois países se uniram sob um mesmo rei. O rei Charles I, no poder de 1625 a 1649, após divergências religiosas e tributárias dissolve o Legislativo. Em 1640 uma rebelião na Escócia, faz com que o rei convoque o Parlamento, que recusa a aprovar recursos para reprimir o movimento. Depois de uma guerra civil entre as forças da monarquia e as parlamentares, lideradas por Oliver Cromwel, o rei é deposto e executado, e é proclamada a República em 1649.

A monarquia é restaurada em 1660 com Charles II, da família Stuart. Em 1688 ocorre a Revolução Gloriosa que depõe o rei James II e consolida a monarquia constitucional. O Reino Unido é instituído em 1707, e compreende a Inglaterra, Escócia e Países de Gales. A Irlanda integra-se ao Reino Unido em 1801. Em 1922 a Irlanda do Sul se separa e se torna conhecida como Eire. A Irlanda do Norte possui o seu próprio Parlamento, mas envia 12 membros ao Parlamento do Reino Unido.

A Inglaterra conquistou grande parte da Irlanda no final do século XII. Assim como a Escócia, a Irlanda resistiu ao domínio inglês, no entanto, por volta do final do século XVII a Inglaterra mantinha controle firme sobre a ilha e em 1801, a Irlanda uniu-se oficialmente à Inglaterra, à Escócia e ao País de Gales. Essa nova união passou a se chamar Reino Unido da Grã-Bretanha e da Irlanda, ou apenas Reino Unido. A Inglaterra havia começado a estabelecer colônias em outras regiões do mundo e fixar assentamentos na América, na Ásia, na África e em outras regiões. A esse grupo de colônias chamou-se de Império Britânico. O Reino Unido tornou-se um dos mais ricos e mais poderosos países do mundo. No século XIX e no começo



do XX, o Império Britânico dominava mais de um quarto da população mundial e 20% da superfície da Terra.

Componente desde 1993 da União Europeia, bloco econômico que uniu interesses de países da Europa, o Reino Unido teve sua saída decidida em plebiscito em 23 de junho de 2016, com prazo de dois anos para reorganizar leis acordos comerciais com perspectivas de restrições para os imigrantes e de imprevisibilidade para a economia.

#### Quadro 16 - Série histórica da formação do Reino Unido

300 aC	Povo celta chega às ilhas britânicas
Século I aC	Romanos chegam à Inglaterra e ao País de Gales
Século V dC	Povos anglos, saxões e jutos invadem o território
1215	Magna Carta
Séculos XIV e XV	Guerra dos Cem Anos
1455/1485	Guerra das Rosas
1509-1547	Rei Henrique VIII funda a Igreja Anglicana
1536	País de Gales se une à Inglaterra
1603	Escócia se une à Inglaterra
1649	Proclamação da República
1660	Restauração da Monarquia
1688	Revolução das Rosas cria a Monarquia Constitucional
1707	Os Parlamentos da Escócia e da Inglaterra se unem e Inglaterra, Escócia e País de Gales passam a ser chamar Reino da Grã-Bretanha
1801	Irlanda uniu-se oficialmente à Inglaterra, à Escócia e ao País de Gales
1922	A República da Irlanda separou do Reino Unido
1993	Criação da União Europeia, bloco econômico do qual o Reino Unido faz parte
2016	Brexit

Fonte: A autora, 2017.

## CANADÁ

Do indígena iroquês *k'anata*, que significa "pequena povoação" ou "a vila" no idioma algonquiano referindo-se a Stadona, um povoado próximo onde hoje está a cidade de Québec. O povo iroquês, do qual fazia parte também a comunidade dos *cherokees*, habitava grandes áreas do continente norte-americano. A palavra foi trazida para o vocabulário das línguas ocidentais pelo explorador Jacques Cartier em 1535 para se referir à região nordeste da América do Norte.

A bandeira canadense apresenta três bandas nas cores vermelha e branca, cores oficiais do país desde 1921 remetendo-se à Cruz de São Jorge e a folha de bordo ou *maple*, como é chamada, como símbolo nacional.

Figura 7 - Bandeira canadense



Fonte: [www.america-flags.com/canada.htm](http://www.america-flags.com/canada.htm)

Segundo maior país do mundo em extensão, com 9.970.610 quilômetros quadrados, cuja capital é Ottawa, o Canadá divide-se em dez províncias e dois territórios e tem como sistema político uma monarquia constitucional e um estado federal com um parlamento democrático.

Com aproximadamente 35,6 milhões de habitantes, é um dos países com menor densidade demográfica do mundo – 3,1 habitantes por quilometro quadrado -, com expectativa de vida de 81,29 anos, taxa de mortalidade infantil de 4,71% e IDH 0.914. Com a população concentrada no sul, na única divisa com outro país, os Estados Unidos, sua composição é de 98% de origem européia, na maioria, britânicos e franceses com dois idiomas oficiais, sendo o inglês falado por 59,3% dos canadenses e o francês por 23,2% deles. Os franceses concentram-se, em sua maior parte, na província de Quebec, onde o francês é a língua oficial e cuja província de mesmo nome caracteriza-se por acentuadas intenções separatistas. As religiões predominantes são a católica com 42,6% da população e a protestante com 23,3% de adeptos.

Figura 8 - Mapa geográfico do Canadá



Fonte: [www.america-mapas.com/canada.htm](http://www.america-mapas.com/canada.htm)

A Rainha Elizabeth II do Reino Unido é a Chefe de Estado do Canadá. A Rainha delega seus poderes a seu representante, o Governador-Geral do Canadá. O Chefe de Governo do Canadá é o Primeiro Ministro que, juntamente com seu gabinete, exerce o Poder Executivo. O Poder Legislativo é representado pelo Parlamento composto pela Câmara dos Comuns (308 deputados representantes dos distritos eleitorais) e pelo Senado (105 senadores nomeados). As eleições federais são geralmente convocadas a cada quatro anos. Em geral, o partido que ganha o maior número de cadeiras nos distritos eleitorais forma o governo. O líder deste partido torna-se o Primeiro Ministro do Canadá. O Parlamento é responsável por propor, debater e finalmente aprovar as leis federais. Os parlamentos de cada província seguem o mesmo processo. A Constituição do Canadá de 1867 estabeleceu o federalismo como forma de governo e distribuiu os poderes e as funções entre o governo federal e os governos provinciais. O Canadá tem dois sistemas legais: o direito comum Inglês, que é base da lei federal em vigor em nove das dez províncias e nos três territórios, e o Código Civil aplicado na província do

Québec. O Índice de democracia canadense é de 9.08 sendo classificado como uma Democracia Plena.

Os índios canadenses ou Primeiras Nações, termo preferido, somam aproximadamente 540 mil indivíduos registrados, ou seja, 1,8% do total da população do país com reconhecimento por lei federal que garante direitos, privilégios e benefícios como áreas específicas e demarcadas de terra com mais de 2.200 reservas distribuídas em 605 Primeiras Nações, a maioria localizada em zonas rurais isoladas. Atualmente os índios ou aborígenes, que já foram nações auto-sustentáveis, passam por período de transição procurando o renascimento cultural, social, político e econômico.

Em 19 de novembro de 2016 o Ministério de Imigração do Canadá alterou o programa de imigração *Express Entry* com objetivo de atrair mão de obra altamente qualificada.

O Canadá pode ser considerado uma extensão da economia dos Estados Unidos em função do forte relacionamento comercial entre os dois países, intensificado com a criação do Nafta - *North American Free Trade Agreement* – ou Tratado Norte-Americano de Livre Comércio, bloco econômico composto pelos países da América do Norte.

Com excelente padrão de vida, o Índice de Gini é de 32,6 sendo o décimo quarto no ranking mundial e a taxa de alfabetização de 99%. Com elevado nível industrial e agropecuário, o Canadá apresenta-se limitado pelos fatores climáticos. As baixas temperaturas e a cobertura do solo pela neve durante quase todo o ano em grande parte do território, faz com a população viva dentro da faixa de 300 quilômetros da fronteira meridional do país. Ao longo dos séculos, a adaptação às mudanças climáticas fez com os canadenses aprendessem a prestar atenção ao seu clima variável e a se proteger contra as excentricidades climáticas e desenvolver um forte sentimento de respeito pela natureza.

A moeda canadense é o dólar canadense – CAD\$ e a economia canadense se baseia em importantes recursos minerais como o ferro, o níquel, a platina, o ouro e o zinco, como recursos energéticos destacam-se o urânio e o petróleo e um grande potencial hidráulico com as regiões dos Grandes Lagos e do Vale do Rio São Lourenço onde se localizam Toronto, Montreal e Ottawa que se destacam na produção metalúrgica de alumínio, e na produção de papel e celulose assim como Vancouver na costa do pacífico. Ao norte a economia destaca-se na pesca e na

extração madeireira. Lideram as exportações os veículos e peças automotivas, maquinário e equipamentos, produtos de alta tecnologia, óleo, gás natural, metais e produtos florestais e agrícolas. O país importa maquinário e equipamento industrial, inclusive equipamentos de comunicação e eletrônicos, veículos e peças automotivas, matérias primas industriais, (ferro e aço, metais preciosos, produtos químicos, plásticos, algodão, lã e outros produtos têxteis), assim como produtos manufaturados e alimentos. As principais indústrias são: automobilística, papel e celulose, siderúrgica, maquinário e equipamentos, produtos de alta tecnologia, mineração, extração de combustível fóssil, madeireira e indústria agrícola (CANADÁ, 2016)

Os indicadores econômicos do país apontam para Produto Interno Bruto - PIB de aproximadamente 1.552.53 bilhões de dólares canadenses em 2016 e PIB per capita de CAD\$ 52,177, com taxa de desemprego de 7,2% em queda desde 2010.

O gasto em saúde é de 11,2% do PIB e todos os canadenses têm livre acesso à assistência médica, com exceção dos serviços odontológicos com. O Canadá também possui uma rede extensiva de seguro social, que inclui aposentadoria para os idosos, auxílio-família, seguro-desemprego e previdência social.

Em 1999 foi criado o Território de Nunavut – “nossa terra” na língua *inuktitut*, falada pelos *inuits* ou esquimós, povo que ganhou autonomia e é formado por 28 comunidades com aproximadamente 600 mil pessoas que ocupam um quinto do território canadense e adquiriram o direito à autodeterminação e que, por isso, puderam conservar melhor sua cultura e suas tradições.

A Embaixada do Canadá (2016) discorre brevemente sobre a história do Canadá em sua página eletrônica e cujo resumo apresenta-se a seguir.

### **Processo histórico da formação da nação canadense**

As primeiras colônias de Nova França e Nova Inglaterra surgiram por volta de 1600 e cresceram durante todo o século, quando exploradores franceses e ingleses, que embora procurassem um novo caminho para os mercados do oriente, encontraram as ricas águas e abundantes populações de animais de peles valiosas.

Quando a América do Norte tornou-se foco das rivalidades entre Inglaterra e França o Tratado de Paris de 1763, firmado após a queda da Cidade de Quebec, concedeu à Inglaterra todo o território francês do Mississipi, mas as ilhas de Saint Pierre e Miquelon. Em 1774 o Ato de Quebec reconheceu os direitos civis e a liberdade religiosa e lingüística dos 65 mil habitantes de língua francesa do Canadá. Após a independência dos Estados Unidos da América em 1776 muitos colonos de língua inglesa que pretendiam manterem-se fiéis à Coroa Britânica refugiaram-se nas colônias canadenses de Nova Escócia e Novo Brunswick.

O aumento da população levou, em 1791, à criação do Alto e Baixo Canadá, hoje Ontário e Quebec com suas representações governamentais próprias, mas que não impediram as rebeliões que levaram à unificação das duas colônias na Província do Canadá em 1841 cujo governo tornou-se autônomo, exceto para questões de relações exteriores. Preocupados com a possibilidade de anexação ao território dos Estados Unidos, mais poderosos após a Guerra Civil, as colônias britânicas norte-americanas, Canadá, Nova Escócia, Novo Brunswick, Ilha do Príncipe Eduardo e Terra Nova, que haviam crescido e prosperado, uniram-se sob os termos do Ato da América do Norte Britânica e tornaram-se Domínio do Canadá.

A expansão do Canadá para o noroeste começou pela Terra de Rupert, uma área que se estendia pelo sul e oeste, por centenas de quilômetros a partir da Baía de Hudson, comprada pelo Canadá da Companhia da Baía de Hudson, que havia ganhado o vasto território do Rei Carlos da Inglaterra, em 1670. Em 1869, Louis Riel liderou uma insurreição dos Métis na tentativa de defender seus direitos pela terra. Só em 1870 houve consenso e a província de Manitoba foi delineada a partir da Terra de Rupert.

A Colúmbia Britânica, colônia da Coroa desde 1858, decidiu juntar-se ao Domínio em 1871, com a promessa de uma ferrovia que a ligasse com o resto do país. Em 1873, seguida pela Ilha do Príncipe Eduardo. Em 1898, o território de Yukon, ao norte, foi oficialmente estabelecido a fim de assegurar a jurisdição canadense sobre a área durante a corrida do ouro de Klondike. Em 1905, duas novas províncias se formaram a partir da Terra de Rupert: Alberta e Saskatchewan e os demais se tornaram os Territórios do Noroeste. Terra Nova preferiu continuar como colônia inglesa até 1949, quando se tornou a décima província do Canadá.

Entre 1858 e 1949 as colônias britânicas foram, sucessivamente, se juntando ao Domínio que receberam mais de 400 mil imigrantes em 1913 durante o período

pré-guerra com o qual o Canadá lucrou com a próspera economia mundial e se estabeleceu como uma potência industrial e agrícola. Sua contribuição durante a Primeira Guerra Mundial destacou-se de maneira que o Canadá obteve representação distinta da Grã-Bretanha na Liga das Nações e sua autonomia constitucional foi, finalmente, confirmada com a aprovação do Tratado de Westminster em 1931.

A Grande Depressão de 1929 trouxe tempos difíceis com o desemprego e a seca e servir às Forças Aliadas, durante a Segunda Guerra foi o que fez o Canadá emergir da guerra como a quarta maior potência industrial.

Atualmente o Canadá destaca-se pela expansão da economia, pelos programas sociais do governo que permitem excelente padrão e qualidade de vida, o que atrai imigrantes desde 1945 vindos do sul da Europa, da Ásia, da América do Sul e das ilhas do Caribe.

No cenário internacional, Canadá tem participado das Nações Unidas desde a sua criação, é a única nação a participar das mais importantes operações da ONU, é membro da Comunidade Britânica, da la Francophonie, do Grupo dos Sete países industrializados, da OTAN (Organização do Tratado do Atlântico Norte) e da Defesa Aeroespacial da América do Norte (NORAD).

Colonizado por dois povos rivais, enriquecido por várias culturas, línguas e religiões e marcado por uma geografia altamente diversificada, o Canadá tornou-se uma terra de concessões. O espírito de modernização e tolerância caracteriza a federação canadense e asseguram a sua sobrevivência.

Morton (2008) em *A Short History of Canada* diz que, embora arredo à conectar o presente, o passado e o futuro, afirma que desde a primeiras nações anteriores à chegada do europeus o sistema constitucional canadense tem sofrido várias mudanças ao longo dos anos, às vezes de modo bem extensivo, mas sempre pacífica e gradualmente. Nas décadas de 80 e 90, dois grandes esforços foram feitos para a sua reforma. O Acordo de Meech Lake (1987) tentava trazer Quebec de volta à família constitucional canadense, através do atendimento, por parte do governo, de cinco condições constitucionais estabelecidas por Quebec. As condições estavam centradas na participação da província na nomeação de juizes da Suprema Corte e senadores, na fórmula de emenda da Constituição, em maiores poderes para as províncias sobre assuntos de imigração, em alguma diminuição nos gastos do governo e uma declaração constitucional afirmando que Quebec era

uma "sociedade distinta". Entretanto, o Acordo não foi implementado por não obter anuência legislativa de todas as províncias e do governo federal - requisito da fórmula de emendas de 1982.

Em 1991 e 1992, foi iniciada outra reforma constitucional, levando ao Acordo de Charlottetown. O Acordo defendido pelo Primeiro Ministro, 10 premiês provinciais, os dois líderes territoriais e quatro líderes aborígenes nacionais, requeria uma reforma no Senado e mudanças na divisão de poderes legislativos entre os governos federal e provincial e defendia o direito dos povos aborígenes de ter autonomia de governo e reconhecia Quebeque como uma sociedade distinta. Contudo, o Acordo foi rejeitado pelos canadenses em plebiscito realizado em 26 de outubro de 1992.

Hoje, o sistema parlamentarista constitui a forma de governo canadense e a estrutura federal, com a divisão de poderes, levando em conta as realidades geográficas do país, a sua diversidade cultural e a sua dupla herança legal e lingüística.

#### Quadro 17 - Série histórica da formação da nação canadense

1600	Primeiras colônias Nova França e Nova Inglaterra
1759	Tratado de Paris
1774	Ato de Quebec
1776	Colônias canadenses recebem refugiados do Estado Unidos
1791	Criação do Alto e Baixo Canadá
1848	Unificação da Província do Canadá
1867	Ato da América do Norte Britânica tornaram-se Domínio do Canadá
1870	Província de Manitoba
1871	Colúmbia Britânica junta-se ao Domínio do Canadá
1873	Ilha do Príncipe Eduardo junta-se ao Domínio do Canadá
1898	Estabelecimento do Território de Yukon
1905	Formação das Províncias de Alberta e Saskatchewan
1913	Canadá recebeu mais 400 mil imigrantes
1931	Tratado de Westminster
1949	Província de Terra Nova
1987	Acordo de Meech Lake
1992	Acordo de Charlestown – rejeitado
2016	Express Entry

Fonte: A autora, 2017.

## AUSTRÁLIA



O nome Austrália vem da palavra em latim *australis*, que significa "austral", ou seja, "do sul"; e sua origem data de lendas do século II sobre a "terra desconhecida do sul" (*terra australis incognita*). O país tem sido chamado coloquialmente como Oz desde o início do século XX. *Aussie* é um termo comum e coloquial para "australiano".

A Bandeira Nacional Australiana possui uma grande estrela com sete pontas, um conto de cinco estrelas, o Cruzeiro do Sul, e uma pequena bandeira do Reino Unido. A estrela de sete pontas é conhecida como Estrela da Federação, pois cada extremidade dela representa um dos seis estados e os territórios do país.

Figura 9 - Bandeira australiana



Fonte: AUSTRALIAN GOVERNMENT. <http://www.environment.gov.au>

Ao sudeste da Oceania, Austrália é um país jovem, mas ocupa lugar de destaque econômico e social no cenário mundial. O território de 7.713.364 km<sup>2</sup>, pouco menor que o brasileiro abriga uma população de cerca de 21,2 milhões de habitantes resultando em uma densidade demográfica de aproximadamente 2,9 habitantes por quilômetro quadrado. A população australiana possui uma boa qualidade de vida, demonstrada pelos indicadores sociais como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,937, o segundo mais elevado do mundo, conforme dados da Organização das Nações Unidas (PNUD,2014)). Além de apresentar uma expectativa de vida de mais de 81 anos, a mortalidade infantil também reflete a boa qualidade de vida no país, o índice atual é de 4,57 mortes a cada mil nascimentos. O índice de alfabetização é de 99%, muito elevado e superior às médias mundiais.

Dos mais de 21,2 milhões de habitantes australianos, cerca de 95% tem origem europeia, com predominância britânica e o idioma oficial é o inglês embora existam minorias nacionais, como as de origem aborígene. A religião cristã é a maior com 74,3% sendo o restante distribuído entre agnósticos, ateus e outras religiões.

A maior parte da população do país concentra-se no sudeste do território, em regiões nas quais estão estabelecidos os principais parques industriais. O alto índice de industrialização gera uma população urbana superior à população rural sendo mais de 85% dos habitantes vivem em cidades. Os centros urbanos de maior concentração de pessoas são Melbourne (cerca de 3,7 milhões de habitantes), Brisbane (cerca de 980 mil), Perth (1,5 milhão) e Adelaide (1,1 milhão). A população geral se compõe de ingleses (36,1%); australianos (35,4%); irlandeses (10,4%); italianos (4,6%); alemães (4,5%); chineses (4,3%); indianos (2%); residentes estrangeiros (24%); indianos (2%). (ABS, 2016)

Em 18 de abril de 2017 o Canadá extinguiu o visto 457, visto temporário para trabalhadores estrangeiros com o objetivo de garantir postos de trabalho para os australianos.

Figura 10 - Mapa da Austrália



Fonte: [www.googlemaps.com](http://www.googlemaps.com)

A Austrália está dividida em seis estados e três territórios sob o sistema de governo de Monarquia Parlamentarista. O Índice de Democracia australiano é 9.01 sendo classificado como uma Democracia Plena.

O clima é árido na maior parte do país, mas os indicadores econômicos são bastante positivos. O Produto Interno Bruto – PIB (nominal) em 2016 foi de US\$ 1,339.14 bilhão e o PIB per Capita, no mesmo ano, de US\$ 50.962. A produção agrícola baseia-se no trigo, cana-de-açúcar, algodão, uva e outras frutas, a pecuária de bovinos, suínos, ovinos e aves e a indústria alimentícia se destaca assim como a de bebidas, tabaco, máquinas e equipamentos metalúrgica, extração de petróleo, carvão, química, gráfica e editorial, madeireira, papel. A riqueza mineral produz o carvão, o minério de ferro, o chumbo, o cobre, o ouro, a prata, o petróleo e o gás natural e a bauxita. O turismo é uma das atividades que mais gera emprego no país, empregando cerca de 500 mil pessoas. A Austrália recebe mais de seis milhões de turistas ao ano, gerando uma receita de mais de 94 bilhões de dólares por ano e sendo considerado o principal serviço de exportação do país. O sucesso do país nesse setor se deve ao crescente número de estudantes que buscam o país para realizar seus programas de intercâmbio.

Austrália está em um dos continentes mais secos do mundo com longos períodos de estiagem e que se caracteriza pelos constantes desastres naturais como enchentes, incêndios florestais, tempestades, deslizamentos de terra e terremotos que causam grande prejuízo e perda de vidas.

As experiências traumáticas com os desastres naturais desenvolveram no povo australiano o sentimento de resiliência que favorece o restabelecimento e o sentimento de identidade nacional. Ao final de 2017 a Austrália deverá quebrar o recorde da Holanda com o maior crescimento contínuo na era moderna. Esse constante crescimento econômico é fruto de uma gestão efetiva de suas políticas públicas, acompanhadas por um índice de inflação baixo e estável, além de uma taxa baixa de juros.

A cultura australiana é baseada nas histórias de batalhadores, foragidos escondidos na mata e intrépidos soldados, heróis do esporte, trabalhadores e migrantes impetuosos. A justiça, vida ao ar livre e uma boa dose de ironia compõem as características culturais do país. Atualmente a Austrália se define pela herança aborígine, o vibrante mix de culturas, ideias inovadoras e uma próspera vida artística.

## Processo histórico da formação da nação australiana

Os primeiros povos a habitarem o sudeste da Austrália migraram de prováveis pontes de terra e cruzamentos marítimos há mais de 40 mil anos, entretanto, a Oceania, ao contrário da América do Norte e do Sul e das Índias, não fora território de interesse dos colonizadores, principalmente portugueses e espanhóis, pois as altas temperaturas, o deserto e a presença dos aborígenes dificultavam sua ocupação – nunca houve consenso acerca da população nativa australiana variando entre 300 mil a um milhão, segundo autores (Radcliffe-Brown, 1930 e L.R.Smith, 1980) no período das descobertas e assentamentos europeus – e foi somente em 1642 quando Abel Tasman chegou a uma das ilhas australianas ao sul chamando-a de Tasmânia.

A partir do final de século XVIII a colonização européia encontrou indígenas etnicamente melanésios, horticultores e caçadores-coletores com uma complexa cultura oral e valores espirituais com reverência à terra.

Avistado pela primeira vez por Willem Janszoon em 1606, o continente australiano teve seu litoral oeste traçado pelo navegador e em 1770, o litoral oeste foram delineado por James Cook, mas a primeira tentativa de colonização só ocorreu em 26 de janeiro de 1788, quando a formou-se a colônia penal pela Coroa Britânica de Nova Gales do Sul. Esta data tornou-se o Dia da Austrália, o principal feriado nacional do país. A Terra de Van Diemen, hoje conhecida como Tasmânia, foi colonizada em 1803 e tornou-se uma colônia separada em 1825. O Reino Unido reclamou a parte ocidental da Austrália em 1828. (AUSTRÁLIA, 2016)

Colônias separadas foram esculpidas a partir de partes de Nova Gales do Sul: Austrália Meridional em 1836, Vitória em 1851, e Queensland em 1859. O Território Norte foi fundado em 1911, quando ele foi retirado da Austrália Meridional. A Austrália Meridional foi fundada como uma “província livre”, que nunca foi uma colônia penal. Vitória e Austrália Ocidental também foram fundadas como “livres”, mas depois aceitaram transportar presos. Uma campanha de colonos da Nova Gales do Sul levou ao fim o transporte de condenados para a colônia; o último navio com condenados chegou em 1848. (Australian Government, 2016).

Historiadores disputam a veracidade dos fatos ocorridos durante o período colonial, como o que foi considerado genocídio o sequestro de crianças aborígenes,

que explicaria o declínio da população nativa. Para alguns políticos tais histórias são consideradas exageradas carregadas de ideologia. Este debate é chamado de Guerras da História, entretanto o governo federal legislou a favor dos aborígenes a partir de 1967, mas o reconhecimento da propriedade das terras tradicionais – “*native tittle*” só ocorreu em 1992 quando a Suprema Corte da Austrália derrubou a noção de terra de ninguém – “*terra nullius*” anterior à ocupação européia.

A descoberta de ouro gerou uma corrida no início de 1850 e um primeiro sinal de insurgência contra a Coroa se deu em 1854 contra as taxas de licença de mineração. No período entre 1855 e 1890, as seis colônias individualmente adquiriram um governo responsável sobre seus assuntos, enquanto Império Britânico, por meio do Instituto Colonial em Londres, manteve o controle sobre os negócios estrangeiros, a defesa e o transporte marítimo internacional. A seguir apresenta-se um quadro com a série histórica dos fatos que definiram o futuro da colônia australiana:

#### Quadro 18 - Série histórica da formação da nação australiana (continua)

1606	Wilhem Janszoon avista o continente australiano
1642	Chegada a uma das ilhas australianas denominada Tasmânia
1770	James Cook delinea o continente australiano
1788	Colônia Penal da Coroa Britânica de Nova Gales do Sul
1803	Colonização da Tasmânia
1825-1859	Separação das colônias de Austrália Meridional, Victoria e Queensland
1848	Chegada do último navio com condenados
1850	Corrida do ouro
1854	Insurgência contra taxas de mineração
1855-1890	Conquistas de independência parcial das colônias
1901	Realizada a primeira federação das colônias após uma década de planejamento, consulta e votação.
1907	Criação da Comunidade da Austrália tornando domínio do Império Britânico.
1911	Formação do Território da Capital Federal, mais tarde território da Capital da Austrália com sede em Melbourne entre 1901 e 1927
1911	Transferência do Território do Norte para o Parlamento Federal.
1914	Austrália foi aliada do Reino Unido na I Guerra Mundial com apoio dos Partidos Liberal e Trabalhista
1915-1916	Derrota das Forças Armadas da Austrália e da Nova Zelândia – ANZA na sua primeira grande ação militar em Galípoli na Turquia foi moralmente considerada como o nascimento da nação australiana.
1931	Criado o Estatuto de Westminster – fim das ligações constitucionais entre Austrália e Reino Unido.
1942	Austrália adotou o estatuto com efeitos retroativos a 1939 para validar a legislação durante a II Guerra Mundial.
1951	Austrália aliada militar dos Estados Unidos sob troca de proteção contra invasão dos japoneses.

1967	Reconhecimento do “ <i>native little</i> ”
1970	Promoção da imigração com abolição da “Austrália Branca”
1986	Extinção dos últimos laços constitucionais entre Austrália e Reino Unido por meio do <i>Australia Act</i> .
1999	Um referendo rejeita a proposta, com 55% dos votos, do país se tornar uma república
2017	Extinção do visto 457

Fonte: A autora, 2017.

Desde a eleição do governo Whitlam em 1972, tem existido um foco crescente na política externa dos laços com outras nações do Pacífico, mantendo laços estreitos com os aliados tradicionais da Austrália e com parceiros comerciais. (DAVISON, HIRST & MACINTYRE, 2003)

## BRASIL

De acordo com a filologia o termo brasil tem origem da árvore de pau-brasil (*Caesalpinia echinata*), que em tupi era denominada ibirapitanga (“pau-vermelho”), abundante na Mata Atlântica no período colonial português e extraída até quase a extinção, que por sua vez foi assim chamado por causa da sua madeira avermelhada, da cor de brasa (brasil em português arcaico). Há quem afirme que o termo tem procedência de uma lenda celta e significa “terra das delícias”. (GLASMAN, 2011). Posteriormente foi dado o nome pau-brasil para a madeira nativa e abundante empregada na tinturaria de tecidos e na construção do célebre Cruzeiro da denominada, por Pedro Álvares Cabral, de “Terra do Santo - Cruzeiro de Brasil”.

A bandeira brasileira chamada de Auriverde substituiu a bandeira do Império Português em 19 de Novembro de 1889. As cores verde, amarelo, azul e branco representam, respectivamente, as matas e florestas, as riquezas, os rios e o céu e o desejo pela paz. As 27 estrelas representam os 26 estados e o Distrito Federal e a expressão “Ordem e Progresso” foi inspirada no positivismo de Augusto Comte: “O amor como princípio e a ordem como base; o progresso como meta”.

Figura 11 - Bandeira brasileira



Fonte: <http://www2.planalto.gov.br/acervo/simbolos-nacionais/bandeira>

Quinto maior país em extensão territorial do mundo, o Brasil ocupa uma área de 8.515.767 km<sup>2</sup>, ou seja, 47% da extensão da América do Sul. Com uma população de aproximadamente 205 milhões de pessoas cuja expectativa de vida é de 74,1 anos e a taxa de mortalidade infantil de 19/1000 nascimentos, a densidade demográfica é de 23 hab./km<sup>2</sup>, variando de 365 hab./km<sup>2</sup> na cidade do Rio de Janeiro a 2 hab./km<sup>2</sup> em Manaus, capital do Estado do Amazonas. (IBGE, 2010)

A extensão territorial, a localização, o relevo e a dinâmica das massas de ar no Brasil são fatores da grande variação climática entre as regiões, tanto da temperatura quanto da pluviosidade: equatorial, tropical, semiárido, tropical de altitude, tropical atlântico ao subtropical. (ALVARES, 2013)

Figura 12 - Mapa do Brasil



Fonte: [www.googlemaps.com](http://www.googlemaps.com)

O Brasil é uma República Federativa Presidencialista formada pela União, pelos Estados, Distrito Federal e pelos municípios. A União divide-se nos três poderes independentes e harmônicos: Legislativo, Executivo e Judiciário. Por ser um regime político-institucional pluripartidário, a fragmentação do poder parlamentar, por vezes, obriga o Executivo a uma prática de coalizão que pode ser associada ao parlamentarismo. (LIMONGI, 2016) O Índice de Democracia brasileiro é de 6.69 sendo classificado como uma Democracia Imperfeita.

Com o PIB de 1.774.72 bilhões de dólares, o Brasil ocupa a nona posição entre 229 países de acordo com o Banco Mundial (2016). O PIB per capita foi de 8.677 dólares colocando o Brasil na 77ª posição entre os 185 países analisados. Segundo o Fórum Econômico Mundial, o Brasil foi o país que mais aumentou sua competitividade em 2009 ganhando oito posições, entretanto, entre 2010 e 2014, o país foi o que mais perdeu posições no mesmo ranking mundial de competitividade caindo de 38º para o 54º entre as 60 economias analisadas. O gasto com saúde representa 8,9% do PIB e o acesso aos serviços é gratuito e universal.

Essencialmente agrícola, a atividade de campo compõe do PIB nacional com a produção, principalmente, de café, soja, milho, mate e laranja, assim como a carne bovina, suína e de frango. Em 2014 o país exportou mais de 225 milhões de dólares nestes setores da economia. Na produção industrial destacam-se a de petróleo e a química. O país dispõe de setor tecnológico sofisticado e desenvolve projetos com envolvimento na pesquisa espacial. Pioneiro na introdução de biocombustível em sua matriz energética a partir de fontes renováveis, como biomassa e produtos agrícolas.

O avanço da inclusão social com programas como Bolsa-família e os sucessivos aumentos do salário mínimo possibilitou a ascensão de 30 milhões de brasileiros à classe média aumentando o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH brasileiro de 0,724 em 2010 para 0,754 em 2014 e 2015 (PNUD, 2016) e o Coeficiente de GINI de 51,9. O fortalecimento do mercado consumidor atraiu investidores internacionais além de garantir relativa estabilidade aos setores de serviços e de turismo. A nova classe média e a retomada dos investimentos em infraestrutura sustentaram o crescimento econômico, entretanto o investimento em educação não foi suficiente para adequar e qualificar a mão de obra às exigências dos novos empreendimentos - a taxa global de alfabetização é de 84,1% e de acordo com o *CIA World Factbook* de 2016, do que a taxa de alfabetização brasileira



é de 91% posicionando o país entre os dez que compõem o grupo de países com 75% dos analfabetos de todo o mundo (UNESCO, 2015) - e cujas repercussões são percebidas a partir da crise mundial de 2008 no aumento do desemprego cuja taxa de 11.9% da população em 2014 e de 13,3% em 2016 (Trading Economic, 2017).

O Brasil é conhecido por sua diversidade cultural herdada principalmente do país colonizador e evidente na língua portuguesa além da culinária, da religião, do folclore, da literatura e das artes, além dos indígenas e africanos que também influenciaram fortemente a cultura brasileira. Durante os séculos XIX e XX imigrantes europeus e asiáticos encontraram afinidade climática entre seus países de origem o sul do Brasil onde se instalaram conservando sua cultura e contribuindo para a diversidade cultural brasileira.

Em 2017 o país aprovou a Nova Lei da Migração que substituiu o Estatuto do Estrangeiro de 1980 e instituiu o visto humanitário que permitirá acolher mais rapidamente vítimas estrangeiras de desastres ambientais, conflitos armados e violação dos direitos humanos.

### **Processo histórico da formação da nação brasileira**

A partir do século XII a expansão da agricultura e do comércio gerou o ciclo da expansão marítima europeu. A posição geográfica de Portugal favorecida por correntes marítimas nos portos portugueses e pela proximidade às ilhas do Atlântico e à costa africana. Vários fatores levaram a Coroa Portuguesa a enviar a esquadra comandada por Pedro Álvares Cabral, embora com destino às Índias, ao continente americano e à descoberta do Brasil. Para os comerciantes a perspectiva de uma nova fonte de ocupação e de prestígio, para os membros da Igreja significava novos povos a serem cristianizados e finalmente, para o povo seria a chance de uma vida melhor. Em 22 de abril de 1500, as caravelas portuguesas chegam a Porto Seguro na Bahia. Inicialmente denominada Terra de Vera Cruz, em seguida Santa Cruz e, finalmente, Brasil, em função da extração do pau-brasil, madeira de cor vermelha usada em tinturaria na Europa.

Várias expedições exploradoras foram enviadas pelo rei de Portugal, a fim de explorar o litoral, monopólio da Coroa portuguesa, e garantir a posse da terra. O sistema de feitorias foi empregado tanto para a defesa como para realizar o escambo do pau-brasil com os indígenas.

A partir de 1530, a colonização efetiva introduziu o cultivo da cana-de-açúcar e a criação dos primeiros engenhos no litoral de São Paulo. A economia açucareira, concentrada no Nordeste, estava baseada no tripé latifúndio-monocultura-escravidão e era cultivada e beneficiada em grandes propriedades, que empregavam mão-de-obra dos negros africanos trazidos como escravos, e destinava-se à exportação.

Política e administrativamente a colônia estava subordinada à metrópole portuguesa, que, para mais facilmente ocupá-la, adotou, em 1534, o sistema de capitanias hereditárias. Consistia na doação de terras pelo rei de Portugal a particulares (comerciantes, burocratas e pequena nobreza) que se comprometiam a explorá-las e povoá-las. Apenas duas capitanias prosperaram: São Vicente e Pernambuco.

Em 1548, a Coroa portuguesa instituiu o governo geral, para melhor controlar a administração da colônia. O governador-geral Tomé de Sousa possuía extensos poderes, e administrava em nome do rei a capitania da Bahia, cuja sede, Salvador -- primeira cidade fundada no Brasil, foi também sede do governo geral até 1763, quando a capital da colônia foi transferida para o Rio de Janeiro. A administração local era exercida pelas câmaras municipais, e para as quais eram eleitos os colonos ricos chamados "homens bons".

À Igreja Católica cabiam as tarefas administrativas, a assistência social, o ensino e a catequese dos indígenas, da qual se destacam os jesuítas.

Durante o período colonial, o Brasil foi alvo de várias incursões estrangeiras, sobretudo de franceses, ingleses e holandeses. Os franceses chegaram a fundar, em 1555, uma colônia, a França Antártica, na ilha de Villegaignon, na baía de Guanabara. Somente foram expulsos em 1567, em combate do qual participou Estácio de Sá, fundador da cidade do Rio de Janeiro (1565). Mais tarde, entre 1612 e 1615, novamente os franceses tentaram estabelecer uma colônia no Brasil, desta vez no Maranhão, chamada França Equinocial.

Os holandeses, em busca do domínio da produção do açúcar (do qual eram os distribuidores na Europa), invadiram a Bahia, em 1624, sendo expulsos no ano seguinte. Em 1630, uma nova invasão holandesa teve como alvo Pernambuco, de

onde se estendeu por quase todo o Nordeste, chegando até o Rio Grande do Norte. Entre 1637 e 1645, o Brasil holandês foi governado pelo conde Maurício de Nassau, que realizou brilhante administração. Em 1645, os holandeses foram expulsos do Brasil, no episódio conhecido como insurreição pernambucana.

Durante o século XVI, foram organizadas algumas expedições armadas ao interior em busca de metais preciosos. Conhecidas como bandeiras, partiram especialmente de São Paulo com o objetivo de buscar índios, localizar agrupamentos de negros fugidos (quilombos) e procurar de metais preciosos. Em 1695, depois de quase um século de resistência, foi destruído Palmares, o mais célebre quilombo do Brasil, por tropas comandadas pelo bandeirante Domingos Jorge Velho.

As primeiras descobertas de jazidas auríferas no interior do território, nas chamadas Minas Gerais, em Goiás e no Mato Grosso estabeleceram vilas e povoações. Enquanto buscavam o oeste, os bandeirantes ultrapassaram a vertical de Tordesilhas, a linha imaginária que, desde 1494, separava as terras americanas pertencentes a Portugal e à Espanha, contribuindo para alargar o território brasileiro. As fronteiras ficaram demarcadas por meio da assinatura de vários tratados, dos quais o mais importante foi o de Madri, celebrado em 1750, e que deu ao Brasil os contornos atuais.

Desde a segunda metade do século XVII, várias revoltas eclodiram na colônia, na maioria, provocadas por interesses econômicos contrariados. Em 1684, a revolta dos Beckman, no Maranhão, contra o monopólio exercido pela Companhia de Comércio do Estado do Maranhão. Já no século XVIII, a Guerra dos Emboabas envolveu paulistas e “forasteiros” na zona das minas; a Guerra dos Mascates opôs os comerciantes de Recife aos aristocráticos senhores de engenho de Olinda; e a revolta de Vila Rica, liderada por Filipe dos Santos, em 1720, combateu a instituição das casas de fundição e a cobrança de novos impostos sobre a mineração do ouro.

A Conjuração Mineira, ocorrida em 1789, em Vila Rica, liderada por Joaquim José da Silva Xavier, o Tiradentes, pretendia a independência e a proclamação de uma república. A Conjuração Baiana ou Revolução dos Alfaiates, com participação de grande número de elementos das camadas populares (artesãos, soldados, negros libertos), ocorrida em 1798, defendia a extinção da escravidão seguida da Revolução Pernambucana de 1817, movimento de caráter republicano e separatista.

Em 1808, o Brasil tornou-se a sede da monarquia portuguesa, com a transferência da família real e da corte para o Rio de Janeiro, fugindo da invasão napoleônica na península ibérica. Na Bahia, o príncipe regente D. João assinou o tratado de abertura dos portos brasileiros ao comércio das nações amigas, beneficiando principalmente a Inglaterra. Terminava assim o monopólio português sobre o comércio com o Brasil e tinha início o livre-cambismo, que perduraria até 1846, quando foi estabelecido o protecionismo.

Além da introdução de diversos melhoramentos (Imprensa Régia, Biblioteca Pública, Academia Militar, Jardim Botânico, faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia e outros), no governo do príncipe regente D. João, que passaria a ter o título de D. João VI a partir de 1816, com o falecimento da rainha D. Maria I, o Brasil foi elevado à categoria de reino e teve, a seu território, anexadas a Guiana Francesa e a Banda Oriental do Uruguai, que tomou o nome de província Cisplatina.

A partir de 1821, com a volta do rei e da corte para Portugal, o príncipe regente D. Pedro, atendendo ao interesse de garantir seu poder e aos interesses dos grandes proprietários rurais proclamou a independência do Brasil, em sete de setembro de 1822, às margens do riacho do Ipiranga, na província de São Paulo.

Durante o primeiro reinado D. Pedro I, Imperador do Brasil, outorga a primeira constituição do Brasil em 1824, mas em Pernambuco, foi debelada a confederação do Equador, movimento revoltoso de caráter republicano e separatista, questionava a excessiva centralização do poder político nas mãos do imperador. Em 1828, depois da guerra contra as Províncias Unidas do Rio da Prata, o Brasil reconheceu a independência do Uruguai.

Depois de intensa luta diplomática, em que foi muito importante a intervenção da Inglaterra, Portugal reconheceu a independência do Brasil. Freqüentes conflitos com a Assembléia e interesses dinásticos em Portugal levaram D. Pedro I, em 1831, a abdicar do trono do Brasil em favor do filho D. Pedro, então com cinco anos de idade.

Inicia-se o período regencial com o reinado de D. Pedro II que durou até 1840, quando foi proclamada a maioridade do imperador, que contava cerca de quinze anos. Durante as regências, ocorreram intensas lutas políticas provocadas pelos choques entre os interesses regionais e a concentração do poder no Sudeste (Rio de Janeiro). A Guerra dos Farrapos ou revolução farroupilha, movimento republicano e separatista ocorrido no Rio Grande do Sul, em 1835, e que só

terminou em 1845. Além das revoltas na Bahia (Sabinada), no Maranhão (Balaiada) e no Pará (Cabanagem). No chamado segundo reinado o governo de D. Pedro II intensas campanhas militares, a cargo do general Luís Alves de Lima e Silva, o duque de Caxias, com a finalidade de pôr termo às revoltas provinciais.

A partir de 1830 a base da economia era a agricultura cafeeira, desenvolvida no Sudeste nos morros da Tijuca e no vale do Paraíba fluminense (província do Rio de Janeiro), avançando para São Paulo (vale do Paraíba e oeste paulista). Até 1930, o ciclo do café constituiu o principal gerador da riqueza brasileira. A partir da década de 1850, empreendimentos de Irineu Evangelista de Sousa, Barão e Visconde de Mauá, promove a construção da primeira estrada de ferro brasileira, primeiro sinal de industrialização no país.

Desde o período colonial a base social do império era a escravidão. Negros escravos constituíam a principal, e quase exclusiva, mão-de-obra no Brasil. Entretanto, pressões da Inglaterra geraram restrições ao tráfico negreiro por volta de 1830 em plena revolução industrial, que culminou, em 1888, com a chamada Lei Áurea que declarava extinta a escravidão no país. Nesse período, houve uma grande imigração para o Brasil, sobretudo de alemães e italianos.

Na política externa, o Brasil enfrentou as Guerras do Prata, contra o Uruguai e a Argentina, e a da Tríplice Aliança ou do Paraguai, que reuniu o Brasil, a Argentina e o Uruguai numa coligação contra o ditador paraguaio Solano López. A Guerra do Paraguai (1864-1870), um dos episódios mais sangrentos da história americana, terminou com a vitória dos aliados.

A partir de 1870, a monarquia brasileira enfrentou sucessivas crises religiosa, militar, abolicionista, que culminaram com o movimento militar, liderado pelo marechal Deodoro da Fonseca, que depôs o imperador e proclamou a república, em 15 de novembro de 1889.

A Primeira República ou República Velha se estendeu de 1889 até 1930 sob o comando do Marechal Deodoro, que instalou um governo provisório e convocou uma assembléia constituinte para elaborar a primeira constituição republicana, promulgada em 1891.

Com a eleição de Prudente de Moraes, tem início a “política do café com leite”, segundo a qual os presidentes da República seriam escolhidos dentre os representantes dos estados de São Paulo e de Minas Gerais, os mais ricos e populosos, prática que foi seguida, quase sem interrupções, até 1930.

A economia agrário-exportadora continuou dominante e o café representava a principal riqueza brasileira, dando aos fazendeiros paulistas a posição de uma poderosa oligarquia. As classes médias eram pouco expressivas, mas um embrião de proletariado iniciava sua formação impulsionada pela primeira guerra mundial (1914-1918), cujo surto de industrialização ocorreu em função da substituição de importações européias por produtos fabricados no Brasil.

A partir da década de 1920 uma série de revoltas militares eclodiu como a marcha da coluna Prestes, entre 1924 e 1927, que percorreu grande parte do Brasil e esteve ligada ao tenentismo de insatisfação com a República Velha, à exigência do voto secreto, à defesa do ensino público e à obrigatoriedade do ensino primário para toda a população. As oligarquias alijadas do poder central também se mostravam insatisfeitas e quando ocorreu a crise de 1929, a partir da queda da bolsa de Nova York, seus reflexos negativos sobre os preços do café, a desorganização da economia, as divergências político-eleitorais das oligarquias dominantes e as aspirações de mudança de amplos setores da sociedade provocaram a deflagração da revolução de 1930, que levou Getúlio Vargas ao poder.

Sob a chefia de Getúlio Vargas, foi instaurado um governo provisório que durou até 1934. Embora vitorioso sobre a revolução constitucionalista de 1932, ocorrida em São Paulo, Vargas viu-se obrigado a convocar uma assembléia constituinte, que deu ao país uma nova constituição (1934), de cunho liberal.

Em 1935, a Aliança Nacional Libertadora (ANL) promoveu uma revolta militar, conhecida como intentona comunista. Aproveitando-se de uma conjuntura favorável, Vargas deu um golpe de estado, em 1937, fechando o Congresso e estabelecendo uma ditadura de cunho corporativo-fascista, denominada Estado Novo, regida por uma carta outorgada, de caráter autoritário.

Durante seu governo, incentivou-se a industrialização, inclusive com a fundação da Companhia Siderúrgica Nacional, foi estabelecida uma legislação trabalhista, reorganizou-se o aparelho administrativo do Estado, com a criação de novos ministérios, e cuidou-se da previdência social, entre outros melhoramentos. Vargas governou até 1945, quando foi deposto por novo golpe militar.

As eleições de 1945 deram ao general Eurico Gaspar Dutra a presidência da República e o Brasil ganhou uma nova constituição. A chamada Terceira República modernizou a estrada de rodagem entre o Rio de Janeiro e São Paulo (rodovia

Presidente Dutra) e deu início ao aproveitamento hidrelétrico da cachoeira de Paulo Afonso.

Nesse período, firmaram-se os três grandes partidos que tiveram importância na vida política brasileira até a deflagração do movimento militar de 1964: o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), o Partido Social Democrático (PSD) e a União Democrática Nacional (UDN). O Partido Comunista Brasileiro (PCB) foi posto na ilegalidade.

Em 1951, Getúlio Vargas, candidato do PTB, voltou ao poder, eleito pelo voto popular e criando a Petrobrás, empresa estatal destinada a monopolizar a pesquisa, extração e refino do petróleo. Pressionado pelas classes conservadoras e ameaçado de deposição por seus generais, Vargas suicidou-se em 24 de agosto de 1954.

Juscelino Kubitschek de Oliveira (PSD) inaugurou a era do desenvolvimentismo orientado pelo Plano de Metas. Construiu a nova capital, Brasília, inaugurada em 21 de abril de 1960, abriu numerosas estradas, implantou a indústria automobilística e a construção das grandes usinas hidrelétricas de Três Marias e Furnas. A sucessão presidencial coube a Jânio Quadros, apoiado pela UDN, que, após sete meses de governo, renunciou.

A subida de João Goulart ao poder contrariou as classes conservadoras e altos chefes militares. No início de seu governo, o Brasil viveu uma curta experiência parlamentarista, solução encontrada para dar posse a Goulart. Foi um período marcado por greves e intensa agitação sindical. O presidente terminou sendo deposto pelos militares, com apoio da classe média, em 1964.

Os governos militares preocuparam-se com a segurança nacional e editaram vários atos institucionais e complementares, promovendo modificações no funcionamento do Congresso e tomando medidas de caráter econômico, financeiro e político. Os partidos políticos tradicionais foram extintos, e criadas duas novas agremiações políticas, a Aliança Renovadora Nacional (Arena) e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB).

Em 1967, promulgou-se nova constituição, que estabeleceu um poder executivo mais forte e editado o Ato Institucional nº 5, que fechou o Congresso. Em 1969, a Emenda Constitucional nº 1 deu ao país praticamente uma nova carta política.

O governo Geisel iniciou um processo de abertura democrática, lenta e gradual, com anistia política que permitiu a volta de numerosos exilados ao país. O

fim do bipartidarismo permitiu a criação de vários partidos políticos. Em 1985 ocorreu a eleição indireta de Tancredo Neves pelo Congresso, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), para a presidência da República, mas sua morte, na véspera da posse, deu a posse ao seu vice-presidente, José Sarney.

A Nova República do governo Sarney implantou o Plano Cruzado, com objetivo de combater a inflação pelo congelamento de preços e da troca da moeda. A eleição de uma assembléia nacional constituinte em 1988 deu ao Brasil uma nova constituição.

Fernando Collor foi eleito presidente, mas o fracasso dos sucessivos planos econômicos e as denúncias de corrupção o afastaram do governo, em 1992, pelo processo de *impeachment*, conduzido pelo Congresso Nacional.

O Presidente Itamar Franco, sucessor de Fernando Collor combateu a inflação, retomou o crescimento econômico e diminuiu a pobreza do povo brasileiro. O sucesso das medidas econômicas permitiu a eleição do criador do Plano Real, Fernando Henrique Cardoso, que conquistou a Presidência da República, e foi presidente por dois mandatos, de 1995 a 1998 e de 1999 a 2002, seguido de Luiz Inácio Lula da Silva em 2002 e 2006. Em 2010, Dilma Rousseff foi eleita presidente do Brasil, cargo a ser ocupado pela primeira vez por uma mulher e reeleita em 2014. Foi cassada em 2016 sob denúncia de crime de responsabilidade e desrespeito à lei orçamentária e à lei de improbidade administrativa assumindo o vice-presidente Michel Temer.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE mostram que o cenário de cinco anos de estagnação econômica com média anual de 1% colocou o Brasil em profunda crise de confiança, queda de investimentos e de instabilidade política. Entretanto, o Fundo Monetário Institucional (FMI) projeta crescimento gradual e moderado da economia a partir de 2018.

O Brasil, desde a sua independência, teve sete Constituições: as de 1824, 1891, 1934, 1937, 1946, 1967 e finalmente e em vigor a Constituição de 1988. Alguns consideram como uma oitava Constituição a Emenda nº 1, outorgada pela junta militar, à Constituição Federal de 1967, que teria sido a Constituição de 1969. Os avanços na direção de um regime democrático de direito por meio da implantação das várias constituições brasileiras, com alguns retrocessos nos períodos de governos mais autoritários, culminaram na constituição de 1988, também chamada de constituição Cidadã, que estabeleceu novos direitos e



garantias trabalhistas assim como criminalizou o racismo e reconheceu os direitos das minorias. Atualmente, as Reformas Previdenciárias e Trabalhistas, assim como as Reformas Tributária, Agrária e Eleitoral, são promessas e esperança para muitos, embora, para alguns, o que se observa até o momento mais se configura como um retrocesso.

#### Quadro 19 - Série histórica da formação da nação brasileira

---

1500	Chegada das caravelas portuguesas à Bahia
1532	Capitanias Hereditárias
1548	Governo Geral em Salvador
1684	Revolta dos Beckman; Revolta dos Emboabas; Guerra dos Mascates
1720	Revolta de Vila Rica
1784	Conjuração Mineira
1798	Conjuração Baiana (Revolta dos Alfaiates)
1817	Revolução Pernambucana
1808	Vinda da família real; Tratado de abertura dos portos (livre-cambismo)
	Sede da Monarquia portuguesa
1816	Brasil elevado à categoria de reino
1821	Volta do rei e da corte para Portugal
1822	Proclamação da Independência
1824	1ª Constituição brasileira e Confederação do Equador
1831	D. Pedro I abdica do trono
1835	Guerra dos Farrapos
1846	Estabelecimento do protecionismo
1850	1ª estrada de ferro
1851	Guerra do Prata
1864	Guerra do Paraguai
1888	Abolição da escravatura
1889	Proclamação da República
1891	1ª Constituição Republicana
1934	Nova Constituição
1937	Golpe de Estado - Estado Novo
1945	Golpe Militar – Terceira República
1964	Golpe Militar
1967	Nova Constituição
1969	Emenda Constitucional nº 1
1988	Nova Constituição
2017	Nova Lei da Migração

---

Fonte: A autora, 2017.

**APENDICE B - Quadro 1 Indicadores socioeconômicos dos países selecionados**

INDICADOR	AUSTRÁLIA	BRASIL	CANADÁ	REINO UNIDO
POPULAÇÃO (2016)	21,2 milhões	204,7 milhões	35,6 milhões	63,4 milhões
AREA	7.713.364 km <sup>2</sup>	8.514.876 Km <sup>2</sup> (5º lugar)	9.970.610 km <sup>2</sup> (2º lugar)	245.000 km <sup>2</sup>
IDIOMA	Inglês	Português	Inglês e Francês	Inglês
DENS. DEMOGRÁFICA (2014)	2,9 hab./km <sup>2</sup>	23,8 hab./km <sup>2</sup>	3,4 hab./km <sup>2</sup>	261,6 hab. /km <sup>2</sup>
IDH (2014)	0,937	0,754	0,914	0,913
ÍNDICE DE GINI (2014)	35,2	51,9	32,1	32,5
PIB (2016) bilhões US\$	1.339.14 (13º lugar)*	1.774.72 (9º lugar)*	1.552.53 (10º lugar)*	2.858.00 (5º lugar)*
PIB PER CAPITA (2016) US\$	50.962 (9º)*	8.670 (77º)*	43.603 (16º) *	41.771 (13º)*
TAXA DE DESEMPREGO (2017)	5,5%	13,3%	6,5%	4,6%
INDICE GLOBAL DA PAZ (2016)	1.465 (15º lugar)*	2.176 (105º lugar)*	1.388 (8º lugar)*	1.830 (47º lugar)*
SISTEMA E FORMA DE GOVERNO/ CHEFE DE ESTADO	Parlamentarismo Democrático Monarquia Constitucional Cerimonial	Presidencialismo Democrático República/executivo	Parlamentarismo Democrático Monarquia Constitucional /Cerimonial	Parlamentarismo Democrático Monarquia Constitucional / Cerimonial
SISTEMA DE SAÚDE	Universalista (1984)	Universalista (1988)	Universalista (1984)	Universalista (1948)
GASTO COM SAÚDE	9,0%	8,9%	11,2%	9,3%
EXPECTATIVA DE VIDA (2014)	82,1 anos	74,1 anos	81,2 anos	81,5 anos
TAXA DE ALFABETIZAÇÃO (2014)	96%	91%	99%	99%
MORTALIDADE INFANTIL (2014)	4/1000 nascimentos	19/1000 nascimentos	5/1000 nascimentos	4/1000 nascimentos

\*Ranking entre 188 países; A taxa de desemprego no primeiro semestre de 2017 - *Trading Economics*. Fonte: A autora, 2018.

**ANEXO A - Quadro 1- Matriz curricular de curso de graduação em Fisioterapia no Reino Unido 2016**

Nome	Créditos
CIENCIAS HUMANAS 1	40
TREINAMENTO OBRIGATÓRIO	40
PRÁTICA EM FISIOTERAPIA 1	40
INSERÇÃO EM EDUCAÇÃO 1	20
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	20
Nome	Créditos
CIENCIAS HUMANAS 2	20
TREINAMENTO OBRIGATÓRIO 2	40
PRÁTICA EM FISIOTERAPIA 2	30
INSERÇÃO EM ENSINO - YEAR 2	50
COMPETÊNCIAS EM ESTUDO DE PESQUISA	20
Nome	Créditos
CONTEXTO DE PRÁTICA	20
PRÁTICA EM FISIOTERAPIA 3	20
INSERÇÃO NO ENSINO - YEAR 3	50
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL 3	30

**ANEXO B - Quadro 1** Matriz curricular da graduação em Fisioterapia no Canadá – 2009

DIMENSÃO	DOMÍNIO
Fundamentos	Ciências Básicas e Biológicas Pesquisa Científica Profissionalismo e Ética Ciências Psicossociais
Prática Clínica em Fisioterapia	Ciências do Movimento Fisioterapia Terapêutica Fisioterapia Cardiorrespiratória Fisioterapia Musculoesquelética Fisioterapia Neurológica
Interações Profissionais em Fisioterapia	Prática ética e Profissional Interação Fisioterapeuta-Cliente Prática Interprofissional
Contexto de Prática	Ambiente de Cuidado em Saúde, Modelos e Estrutura de Cuidado em Saúde Gestão Prática Gestão de Serviço e Estabelecimentos (locais) de Prática.

Os Domínios são abordados pelos temas descritos no quadro abaixo:

DOMÍNIO	ELEMENTOS
Ciências Básicas e Biológicas	Anatomia Humana Fisiologia Humana Patologia e Fisiopatologia Imunologia – Endoimunologia e Endocrinologia Genética – Genoma Funcional Física Ciências do Movimento Farmacologia Terapias Médicas e Adjuntas Teorias Biológicas do Desenvolvimento Humano Ciência Ambiental
Pesquisa Científica	Métodos de pesquisa Conduta Ética em pesquisa
Profissionalismo e Ética	Papel do Profissional Competências e responsabilidades Profissionais Ética Legislação e Regulação

---

Ciências Psicossociais	Cultura Antropológica Psicologia – Cognitiva e Comportamental Ciências Sociais Teorias do Desenvolvimento Humano Educação e Aprendizagem
Ciências do Movimento	Biomecânica e Ergonomia Aprendizagem e Controle Motor Exercício
Fisioterapia Terapêutica	Ventilação e Perfusão Máxima Tecidos Moles Superficiais Técnicas de Mobilização de Tecidos Moles Eletrofísica, Hidroterapia, energia Mecânica Exercícios e Intervenções Terapêuticos Técnicas Manuais Educação
Fisioterapia Cardiorrespiratória Fisioterapia Musculoesquelética Fisioterapia Neurológica	Cardiovascular e Respiratória Músculoesquelética Neurológica, Endócrina Tegumentar - Queimaduras
Prática ética e Profissional	Transversal
Interação Fisioterapeuta-Cliente	
Prática Interprofissional	
Ambiente de Cuidado em Saúde,	Transversal
Modelos e Estrutura de Cuidado em Saúde	
Gestão Prática	
Gestão de Serviço e Estabelecimentos (Locais) de Prática.	

---

**ANEXO C - Quadro 1 Matriz Curricular do Curso de Graduação em Fisioterapia na Universidade de São Paulo – 2017**

PERÍODO	DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA
1º CHT 405	Biologia Humana	45
	Anatomia Humana	45
	Anatomia do Aparelho Locomotor	75
	Biologia Tecidual	75
	Microbiologia Básica	45
	Introdução à Fisioterapia	45
	Vivência Profissional I	15
	Bioquímica e Biologia Molecular	60
2º CHT 480	Anatomia Humana XIII	60
	Fisiologia I	135
	Imunologia	45
	Cinesiologia Clínica	60
	Biomecânica do Movimento Humano	60
	Vivência Profissional II	60
	Psicologia do Desenvolvimento	60
3º CHT 555	Fisiologia II	45
	Introdução à Sociologia (Fisioterapia e Terapia Ocupacional)	60
	Introdução à Saúde Pública	30
	Métodos de Avaliação Clínica e Funcional	120
	Controle Neural do Movimento	60
	Saúde e Cidadania I	60
	Recursos Terapêuticos Manuais I	30
	Cinesioterapia I	30
	Fisiologia do Exercício	30
	Ortopedia (Fisioterapia)	60
Patologia Geral	30	
4º CHT 465	Medicina Clínica e Cirúrgica I	120
	Introdução à Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde	15
	Noções de Estatística	60
	Termoterapia e Fototerapia	90
	Atividades Complementares para Formação Profissional em Fisioterapia I	30
	Saúde e Cidadania II	30
	Recursos Terapêuticos Manuais II	75
Cinesioterapia II	45	
5º CHT 555	Medicina Clínica e Cirúrgica II	180
	Hidroterapia	105
	Metodologia da Pesquisa	90
	Eletroterapia	90
	Vivência em Fisioterapia Ambulatorial	60
	Gestão em Fisioterapia	30
6º CHT 435	Noções de Enfermagem	30
	Bioética e Ética Profissional	45
	Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde	60
	Fisioterapia em Neurologia	75
	Fisioterapia em Neurologia Infantil	75
	Políticas Públicas de Saúde	30
	Psicologia do Excepcional	60
	Corpo e Sujeito: Contribuições da Psicanálise e da Psicologia para a Prática do Fisioterapeuta	30
	Psicologia Social e do Trabalho	30
7º CHT 510	Ergonomia em Fisioterapia Preventiva	105
	Fisioterapia em Dermatofuncional	15
	Fisioterapia em Saúde da Mulher	60
	Fisioterapia na Saúde do Idoso	60
	Vivência em Fisioterapia em Atenção Primária	60

	Práticas de Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde I	60
	Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia	60
	Fisioterapia em Reumatologia	60
	Fisioterapia no Esporte	30
8º	Farmacologia Básica para Fisioterapia	60
CHT 420	Imaginologia em Fisioterapia	30
	Fisioterapia em Disfunções Cardiovasculares	60
	Fisioterapia nas Disfunções Respiratórias	75
	Fisioterapia em Terapia Intensiva	75
	Atividades Complementares para Formação Profissional em Fisioterapia II	60
	Vivência em Fisioterapia Hospitalar	60
9º	Práticas de Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde II	60
CHT 1200	Prática Clínica em Fisioterapia em Dermatofuncional	60
	Prática Clínica em Fisioterapia na Saúde da Mulher	90
	Prática Clínica em Fisioterapia na Saúde do Idoso	90
	Prática Clínica de Fisioterapia nas Disfunções Cardiovasculares	90
	Prática Clínica de Fisioterapia nas Disfunções Respiratórias	105
	Prática Clínica de Fisioterapia em Terapia Intensiva	105
	Prática Clínica de Fisioterapia em Neurologia	150
	Prática Clínica de Fisioterapia em Neurologia Infantil	150
	Prática Clínica em Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia	105
	Prática Clínica em Fisioterapia em Reumatologia	105
	Prática Clínica em Fisioterapia no Esporte	90
10º	Iniciação Científica I no Laboratório de Avaliação Musculoesquelética	30
CHT 1200	Iniciação Científica I no Laboratório de Biomecânica do Movimento e Postura Humana	30
	Iniciação Científica I no Laboratório de Aprendizagem Sensorio-motora	30
	Iniciação Científica I em Fisioterapia na Saúde do Idoso	30
	Iniciação Científica I no Laboratório de Fisioterapia e Comportamento	30
	Iniciação Científica I em Fisioterapia Respiratória I	30
	Iniciação Científica I em Fisioterapia em Terapia Intensiva	30
	Iniciação Científica I em Ergonomia e Recursos Terapêuticos	30
	Iniciação Científica I no Laboratório de Fisioterapia Clínica e Eletromiografia	30
	Iniciação Científica I em Reeducação Funcional da Postura e do Movimento	30
	Iniciação Científica I em Neurologia Infantil	30
	Iniciação Científica I em Saúde da Mulher	30
	Iniciação Científica I no Laboratório de Investigação de Mecanismos de Defesa Pulmonar e Cardiovascular	30
	Iniciação Científica I no Laboratório de Atenção Primária	30
OPTATIVA/ ELETIVA	Elementos de Pedagogia e Didática: interação entre educação e saúde	60