

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA**

ALINE BARRETO DE ALMEIDA

**A GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA NO CONTEXTO DA
FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SISTEMA DE SAÚDE NO
BRASIL: UM OLHAR SOBRE O CURSO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS**

**SÃO CARLOS
2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

ALINE BARRETO DE ALMEIDA

**A GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA NO CONTEXTO DA
FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SISTEMA DE SAÚDE NO
BRASIL: UM OLHAR SOBRE O CURSO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Fisioterapia para
obtenção do título de mestre em fisioterapia.
Área de concentração: Saúde Coletiva.**

**Orientação: Prof. Dr. Giovanni Gurgel
Aciole da Silva.**

**SÃO CARLOS
2011**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

A447gf

Almeida, Aline Barreto de.

A graduação em fisioterapia no contexto da formação de profissionais para o sistema de saúde no Brasil : um olhar sobre o curso da Universidade Federal de São Carlos / Aline Barreto de Almeida. -- São Carlos : UFSCar, 2011. 203 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2011.

1. Saúde pública. 2. Fisioterapia. 3. Formação profissional. 4. Políticas públicas,. I. Título.

CDD: 362.1 (20^a)

Membros da banca examinadora para defesa de dissertação de mestrado de ALINE BARRETO DE ALMEIDA, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, em 1ª de março de 2011

Banca Examinadora:



**Prof. Dr. Giovani Gurgel Aciole da Silva
(UFSCar)**



**Prof.ª Dr.ª Laura Camargo Macruz Feuerwerker
(USP/FSP)**



**Prof.ª Dr.ª Nelci Adriana Cicuto Ferreira da Rocha
(UFSCar)**

DEDICATÓRIA

A todos aqueles
Que fazem de sua vida uma luta
Diária pela melhoria
Deste mundo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por se fazer presente em minha vida.

Ao povo brasileiro pelo investimento. Esta pesquisa foi desenvolvida com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Ao meu orientador Giovanni Gurgel Aciole da Silva, educador e doutor da academia e da vida. Conterrâneo que me fez relembrar a boa vida na terrinha, mas que me ensinou também a vivenciar as boas coisas da terra nova.

A minha banca de qualificação: Laura Macruz Feuerwerker, Ricardo Burg Ceccim e José Rubens Rebelatto pelas valiosas contribuições.

Aos colegas e orientandos do Giovanni: Aline Guerra Aquilante, Danilo Vinhotti e Gilve Orlandi pela ajuda direta e/ou indireta na realização desta pesquisa e pelo engrandecimento das nossas conversas e estudos.

Aos docentes e discentes do curso de Fisioterapia da UFSCar pela colaboração em participar desta pesquisa tornando-a esta possível e pela riqueza das falas que trouxe vida ao que me propus pesquisar.

Aos companheiros ex-residentes e sempre resistentes na luta pelo SUS e do saber militante como nossa resistência. Em especial a Lara Paixão, minha amiga de coração, de debates infintos e por estarmos sempre de mãos dadas remando ‘contra a maré’.

Aos paraibanos residentes em São Carlos, pela amizade e apoios sempre solícitos.

Aos amigos de São Carlos pela companhia, pela solidariedade e pela amizade. Dedico em especial aos amigos e agregados da República Capuz por terem estado comigo na maior parte do tempo desta jornada e fazendo-a muito mais feliz. Á Paula Maria Rattis, particular menção.

As amigas de moradia Aline Ramos Barbosa, Rosângela Moura Custódio e Rakel Gomez pelo acompanhamento e pelo apoio no dia-a-dia da vida de uma mestranda.

Aos amigos e amigas pessoais, de graduação e da extensão por sempre permanecermos conectados.

A minha ‘filhota’ Nina que esteve sempre ao meu lado (muitas vezes no meu colo!) enquanto escrevia, me fazendo companhia na solidão da escrita e me alegrando no cansaço.

Ao Rafael Gonçalves Gumiero, por ter aparecido no momento certo, por compartilhar minhas dores, alegrias e minhas ‘viagens’ de tentar entender a vida e o mundo, por ter paciência nos momentos críticos e por ter me tornado uma pessoa melhor a cada dia.

A minha família. De modo muito especial aos meus pais Aldativo e Vaneide, minhas irmãs Alane e Aveline e minha sobrinha Ana Clara. Vocês mais do que nunca foram a minha resistência e força para continuar, encurtaram a distância geográfica que nos separa e a quem devo tudo que conquistei.

RESUMO

A graduação em fisioterapia no contexto da formação de profissionais para o Sistema de Saúde no Brasil: um olhar sobre o curso da Universidade Federal de São Carlos

Este estudo pretende contribuir na produção do conhecimento sobre a graduação em fisioterapia segundo as recentes políticas de formação de profissionais de saúde e identificar estratégias de planejamento para a inserção desses profissionais a partir do contexto local. Para isso, estudou-se a formação profissional em fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) pela história do curso diante da trajetória da saúde pública e das atuais políticas de formação de trabalhadores da saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS). Caracteriza-se como uma investigação de cunho qualitativo, de caso único e em processo. Para tanto, foram realizadas entrevistas individuais semidirigidas com os docentes do curso e grupos focais com os discentes. A coleta de dados foi composta pelo coordenador de curso, pelo chefe de departamento, por nove professores e trinta e dois alunos. Além disso, foi utilizada a pesquisa documental e a observação com registro em diário de campo. A análise utilizou a abordagem hermenêutica-dialética, a partir de seis categorias: projeto político-pedagógico, abordagem pedagógica, cenários da prática, capacitação docente, mundo do trabalho e construção da mudança. Como resultado, verificou-se que a história recente da formação no curso estudado retrata uma ausência de participação mais efetiva nas discussões e ações frente à Reforma Sanitária e a construção do SUS, o que produziu um hiato entre a Fisioterapia e a Saúde Pública. Ao mesmo tempo em que a discussão das políticas de formação dos profissionais de saúde se direcionava para uma ampliação da atuação com aproximação do SUS, o curso de fisioterapia privilegiava a investigação científica como propulsão para seu reconhecimento. As políticas atuais de incentivo a novas práticas e mudanças curriculares, em que se destacam as Diretrizes Curriculares Nacionais, vêm produzindo efeitos interessantes no curso, proporcionando a capacitação de docentes e a inserção dos alunos na rede de saúde municipal. Conclui-se que o caminho percorrido desde a coleta a análise dos dados da formação em fisioterapia na UFSCar corroborou com a literatura sobre a importância e os caminhos da mudança na formação para uma maior proximidade com as necessidades de saúde e com o SUS. A temática da formação em fisioterapia é um tema ainda incipiente. É preciso considerar os esforços daqueles que aprendem com o novo e produzem mudanças fruto de um trabalho de enfrentamentos, da abertura de encontros e cenários presenciais, da formação de novas redes de articulação e dos debates reflexivos entre os atores implicados dentro e fora da universidade.

Palavras-chave: Fisioterapia. Formação profissional. Políticas Públicas

ABSTRACT

The Physiotherapy Graduation in context of professional preparation to the Health Brazilian System: The final term research at the Federal University of São Carlos.

The aim of this study is contribute to knowledge production in Physiotherapy Graduation field according to the recent health professional preparation policies and indentifies the suitable strategic planning in order to insert the professionals in this local context. Therewith, studies about Physiotherapy professional preparation at the Federal University of São Carlos (UFSCar) was performed, relating its history face to the trajectory of public health policies and the current training of health workers for Sistema Único de Saúde (SUS). This investigation keeps a single and qualitative feature, and it is also in process. Therefore, directed interviews were conducted individually with professors of the Physiotherapy course and focused groups with students. The data collection was made by the course coordinator, the head of department, nine teachers and thirty- two students. Furthermore, it was used as a technique of research, documentaries and observation with daily field reports. The analysis used the dialectic-hermeneutic approach, based on six categories: political and pedagogical project, pedagogical approach, practice settings, teacher capacity, labor world and the construction of switches. As a result, it was found that the recent history of this studied course portrays a lack of effective participation in discussions and actions in face of the Health Care Reform and the construction of SUS, which produced a gap between physical therapy and public health. While the discussions of policies for training health professionals were directed to an expansion of activity with the SUS approximation, the Physiotherapy preferred scientific investigation as propulsion for its recognition. Current policies to encourage new practices and curricular changes, which we can branch the National Curriculum Guide; have produced interesting effects on the course, providing an effective teachers preparation and the inclusion of students in the health town network. We conclude that the journey since the collection to data analysis of training methods in physiotherapy course at UFSCar added to the literature about the significance of changes on the way to provide greater proximity to health needs and the SUS. The thematic of Physiotherapy preparation is still an incipient subject. It is important consider the efforts of those who learn with it is new and make changes as a result of hard work and long battles, from the opening and meetings of presidential scenarios, from the new networking assembled and thoughtful discussions among various stakeholders within and outside the university.

Keywords: Physiotherapy. Professional preparation. Public Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFISIO - Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica

ABF - Associação Brasileira de Fisioterapia

APS - Atenção Primária à Saúde

ANEPS – Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CFE - Conselho Federal de Educação

CINAEM - Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais em Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CFE – Conselho Federal de Educação

COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DCS - Departamento de Ciências da Saúde

DEFITO - Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

ENADE - Exame Nacional de Desempenho de Estudantes

ENEC – Estágio Nacional de Extensão em Comunidades

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FMI – Fundo Monetário Internacional

FNEPAS - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde

ForGRAD - Fórum Brasileiro de Pró-Reitores de Graduação

IDA - Integração Docente-Assistencial

IES - Instituições de Ensino Superior

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NDE - Núcleo Docente Estruturante

NIS - Núcleo Integrado de Saúde

NOB/RH-SUS – Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos para o SUS

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PBL - Problem-Based Learning ou Aprendizagem Baseada em Problemas

PNE - Plano Nacional de Educação

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PET- SAÚDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PPGFt - Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia

PPP - Projeto Político Pedagógico

PROMAN – Programa Interdisciplinar para o Desenvolvimento Social e Atenção à Saúde na Comunidade Maria de Nazaré

PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares das Escolas Médicas

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PUC - Pontifícia Universidade Católica

RMS - Residências Multiprofissionais em Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SINAES - Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: a integração com a comunidade

USE - Unidade Saúde-Escola

USF – Unidade de Saúde da Família

VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do SUS

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	12
1 APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO DA TEMÁTICA.....	13
CAPÍTULO 2.....	21
2 MARCO TEÓRICO	22
2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A GRADUAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL	22
2.1.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE	22
2.1.2 AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO.....	27
2.1.3 A FISIOTERAPIA BRASILEIRA	32
CAPÍTULO 3.....	36
CAPÍTULO 4.....	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1 HISTÓRIA DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS	44
4.2 EIXO CONCEITUAL I: ENFOQUE TEÓRICO – PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO	50
4.2.1 VETOR: FUNDAMENTOS BIOCIENTÍFICOS E EPIDEMIOLÓGICO-SOCIAL	51
4.2.2 VETOR: APLICAÇÃO TECNOLÓGICA	59
4.2.3 VETOR: PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS	62
4.2.4 VETOR: PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	69
4.3 EIXO CONCEITUAL II: ABORDAGEM PEDAGÓGICA.....	75
4.3.1 VETOR: ESTRUTURA CURRICULAR	75
4.3.2 VETOR: ORIENTAÇÃO DIDÁTICA	81
4.4 EIXO CONCEITUAL III: CENÁRIOS DE PRÁTICA.....	90
4.4.1 VETOR: LOCAL DE PRÁTICA.....	90
4.4.2 VETOR: PARTICIPAÇÃO DISCENTE	100
4.4.3 VETOR: ÂMBITO ESCOLAR	103
4.5 EIXO IV: CAPACITAÇÃO DOCENTE	107
4.5.1 VETOR: FORMAÇÃO PEDAGÓGICA	108
4.5.2 VETOR: ATUALIZAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA	114
4.5.3 VETOR: PARTICIPAÇÃO NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA.....	116
4.5.4 VETOR: CAPACITAÇÃO GERENCIAL	119
4.6 EIXO V: MUNDO DO TRABALHO	122
4.6.1 VETOR: CARÊNCIA DE PROFISSIONAIS E EMPREGO	122
4.6.2 VETOR: BASE ECONÔMICA DA PRÁTICA	127
4.6.3 VETOR: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	132

4.7 A CONSTRUÇÃO DA MUDANÇA.....	139
4.7.1 O PAPEL DAS ASSOCIAÇÕES E DAS POLÍTICAS NA MUDANÇA	139
4.7.2 AS TENTATIVAS DE MUDANÇAS CURRICULARES.....	144
CAPÍTULO 5.....	160
5 ABRINDO O DEBATE DE LIMITES E POSSIBILIDADES.....	161
6 REFERÊNCIAS	167
APÊNDICE A	182
APÊNDICE B	183
APÊNDICE C	184
APÊNDICE D	185
APÊNDICE E.....	186
APÊNDICE F.....	187
APÊNDICE G	188
APÊNDICE H.....	190
ANEXO A.....	191
ANEXO B	192
ANEXO C	193
ANEXO D.....	197
ANEXO E	200

CAPÍTULO 1:
APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO DA
TEMÁTICA

1 APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO DA TEMÁTICA

PARAÍBA Luiz Gonzaga

Quando a lama virou pedra
E Mandacaru secou
Quando a Ribaçã¹ de sede
Bateu asas e voou
Foi aí que eu vim me embora
Carregando a minha dor
Hoje eu mando um abraço
Pra ti pequenina

Paraíba masculina,
Muié macho, sim sinhô

Eita pau pereira
Que em princesa já roncou
Eita Paraíba
Muié macho sim sinhô

Eita pau pereira
Meu bodoque² não quebrou
Hoje eu mando
Um abraço pra ti pequenina

Paraíba masculina,
Muié macho, sim sinhô

Eita, eita
Muié macho, sim sinhô

Iniciar minha apresentação com a música Paraíba é antes de tudo uma homenagem. Uma homenagem a terra em que nasci, cresci, que me ensinou valores e a rica cultura até hoje presente.

Desde pequena escuto essa música de Luiz Gonzaga que fala do nordestino que sai da sua terra em busca de melhores condições de vida e deixa sua mulher cuidando de tudo que lhes pertence e de todos que ficaram. E esta mulher nordestina, paraibana é forte, de fibra, é “muié macho”. Apesar de esta música soar-me quase como uma canção da infância, hoje

¹ Arribaçã é um termo usado no Nordeste para designar uma espécie de ave migratória que aparece no Sertão no fim do inverno. Em enormes bandos procuram comida em lugares onde cresce capim com sementes.

² Bodoque é um estilingue feito com forquilha de madeira, geralmente galho de jabuticabeira em forma de Y, de cujas hastes bilaterais saem tiras de câmaras de ar velhas que terminam num receptáculo de couro, onde se colocam pequenas pedras a serem arremessadas pelo impulso dessas tiras de borracha distendidas e, logo após, soltas.

parece que ela é muito mais representativa para mim do que quando criança, porque retrata muitas coisas do que vivencio atualmente.

Na minha história, como na do nordestino da música, saí da terra tão querida em busca de outras experiências. Mais do que isso, queria conhecer o Brasil. Além disso, queria saber se a minha formação, a militância local, a busca pela saúde pública e por justiça social poderia ser aplicada e redesenhada. Eu queria ter certeza disso tudo olhando e refletindo sobre este passado ‘de longe’, além de viver o presente a partir das novas vivências.

Mas vamos aos porquês que me levaram a escolher a formação de profissionais de saúde para o SUS, tema desta dissertação. Creio que a paixão pela temática da formação em saúde não vem de agora. Talvez tenha sido ainda na fase escolar, na relação professor-aluno, com a qual sempre me encantei. Ou talvez, pelo convívio com as desigualdades, de que minha família sempre fez questão de me aproximar e que hoje interfere nas minhas inquietações.

Com certeza a graduação produziu muitos questionamentos. Vivenciei a formação no modelo em que predominam as disciplinas estanques, fragmentadas, com olhar biologicista, o autoritarismo do professor, a passividade do aluno e o distanciamento quase total da realidade.

O salto qualitativo desta formação foi alicerçado pela vivência, durante quase toda a graduação, dos projetos de extensão universitária de que fiz parte e faço questão de citar: Fisioterapia na Comunidade; Educação Popular e Atenção em Saúde da Família; Programa Interdisciplinar para o Desenvolvimento Social e Atenção à Saúde na Comunidade Maria de Nazaré (PROMAN); e Estágio Nacional de Extensão em Comunidades (ENEC).

Todos estes projetos me permitiram aproximar dos preceitos da educação popular e me possibilitaram viver, de forma ‘viva’ e crítica esse ‘dois mundos’ (o do ensino e o mundo real). Apesar dos projetos de extensão não serem tão valorizados em outros lugares como acontece na Paraíba, faço aqui a defesa pública deste espaço tão rico e plural, de busca da horizontalidade entre o conhecimento científico e o conhecimento popular e da busca constante pela transformação social.

Finalizamos nossa trajetória (a minha e de outros colegas) na graduação com um livro que conta um pouco das nossas experiências no trabalho da fisioterapia em comunidades. Relendo este livro há uns dias atrás resgatei um trecho que escrevi e dizia o seguinte:

Atualmente, estou no último ano do curso. Aos poucos, vou tentando “soltar as amarras”, me conscientizando que a hora da partida está cada vez mais próxima e que vou ter que me despedir da minha segunda casa que é o projeto e a comunidade. Acredito que fiz um bom trabalho e que minha próxima missão é multiplicar, enquanto profissional, os preceitos da Educação Popular, do trabalho em

comunidade, da fisioterapia na atenção básica, da humanização, do respeito, da luta, da coletividade (ALMEIDA, 2006, p. 202).

Fiquei surpresa ao relê-lo, pois reafirmei a importância desses espaços na minha vida pessoal e profissional. A escrita deste livro foi uma novidade para mim na época e hoje se consolida como o primeiro passo da pesquisadora que sou hoje.

Com a residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, em São Carlos-SP, pude experimentar a formação em serviço, igualmente complexa, num cenário de um ‘mix’ de inovações conceituais e práticas ainda atrasadas. Foi uma das épocas mais intensas da minha vida, pelo mar de vivências a que nós residentes estávamos submetidos diariamente. Conheci pessoas maravilhosas, que colocavam muitas vezes a pela luta diária por uma saúde pública de qualidade acima de suas vidas pessoais. Uma época de muitas, muitas reuniões, de discussões e debates, de enfrentamentos, de injustiças, de impotência. Mas ao mesmo tempo de espaços vivos no cuidado ao sofrimento humano, das redes sociais, das resistências, das conquistas, das mudanças. A residência cumpriu mais do que eu esperava. Foi a consolidação de que ‘valeu a pena’ ter saído de casa.

Logo após a residência, veio o mestrado. Este, que estou concluindo, foi uma boa experiência em que tive tempo de ler e refletir algumas coisas que na residência não era possível pela questão tempo e outras muitas coisas que ampliaram meu escopo de conhecimentos. Estudar o curso de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), objeto desta pesquisa, foi para mim um grande e bom desafio. Só foi possível pelas pessoas que fazem parte desta história e estão representadas aqui pelas suas falas, que trouxeram a riqueza da maior parte do conteúdo que me permitiu fazer esta análise.

Deste cenário extraio resultados e considerações sobre a formação em saúde, sobre a formação em Fisioterapia e sobre a formação do curso de Fisioterapia da UFSCar, no contexto de mudanças no cenário nacional.

É diluída em todas estas experiências que a presente dissertação se mostra como tal. Apresenta-se como um mosaico, em que várias partes da minha vivência pessoal e profissional estão conectadas com algumas respostas e muitas outras indagações proporcionadas por este trabalho acadêmico.

Este trabalho teve por objetivo estudar a formação em Fisioterapia da UFSCar por meio de uma contextualização da trajetória histórica do curso e da saúde pública e diante das atuais políticas de formação de trabalhadores da saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS). Mais especificamente procurou:

-Recuperar a história do curso de graduação de fisioterapia desde o início de seu funcionamento;

-Estudar as propostas político-pedagógicas do curso de graduação de fisioterapia;

-Identificar o perfil do egresso na graduação em fisioterapia, contextualizando a adequação do perfil à luz do debate nacional do SUS;

-Identificar as concepções dos atores institucionais envolvidos na graduação.

A eleição pelo curso de graduação em fisioterapia da UFSCar se deu pela importância e relevância deste no cenário nacional nos seguintes pontos:

-Avaliação do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE-2008) com nota máxima 5;

-Avaliação pelo Ministério da Educação (MEC) no Conceito Preliminar do Curso (2008) com nota 4 (máximo 5);

-Avaliação pela revista Guia do Estudante (2008) com nota máxima 5;

-O curso está entre os cinco mais antigos do estado de São Paulo;

-A oferta de curso de pós-graduação *strictu-sensu* (nível mestrado e doutorado) com conceito da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) nota 6;

-A oferta de cursos de pós-graduação *latu-sensu* vinculado a UFSCar (Neuropediatria, Geriatria e Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade).

Apesar de estas características indicarem a relevância deste curso no cenário nacional, se faz necessário um estudo sobre o mesmo na atual conformação do SUS, em que a discussão dos processos educativos na formação passa a integrar também a agenda de mudanças na gestão e no planejamento em saúde.

No Brasil, por se apresentarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, as capacidades de impacto das ações do SUS em educação têm sido muito limitadas, no sentido de alimentar os processos de mudança sobre as instituições formadoras (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Este contexto exige a implementação de ambientes de formação e regulação do trabalho em saúde que levem os profissionais a serem sujeitos de mudanças nas práticas dos serviços de saúde, para que sejam fundadas na atenção integral, humanizada e com qualidade, prestada universalmente e com equidade (BRASIL, 2006a).

As reflexões são aqui apresentadas a partir da conjuntura atual das políticas e das discussões sobre a formação dos profissionais de saúde num contexto de mudanças.

Mudanças implicam rompimento e podem ser consequência natural dos acontecimentos históricos e/ou decorrentes de adaptações às mudanças e dependem de

conjunções de circunstâncias e eventos que podem diferir em natureza de acordo com variações de contexto. Todos os envolvidos necessitam ter o comprometimento do processo e do produto que se planeja alcançar (KISIL, 1998; GIDDENS, 2003; GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010). Mudança é a ressingularização permanente ou aquilo que se opõe a conservação.

A mudança que se busca na formação teve grande impulso a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), instituída em 2002. As diretrizes foram produzidas a partir de uma construção crítica histórica acerca do processo hegemônico da formação dos profissionais de saúde.

Há a necessidade de a Universidade construir um novo lugar social, mais relevante e comprometido com superação das desigualdades. Além disso, que haja indissociabilidade entre a produção do conhecimento, formação profissional e prestação de serviços para reinventar formas de fazer saúde.

Movimentos que discutem a formação em saúde (como a Rede Unida e o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde-Fnepas), e também vários autores vêm problematizando o hiato presente entre a formação e as demandas sociais e de saúde, o limitado contato dos estudantes com a realidade do SUS e a heterogeneidade das diferentes profissões na aproximação com o SUS (LAMPERT, 2002; FEUERWERKER, 2002; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; VASCONCELOS et al, 2006; MATTOS, 2008; CAMPOS et al, 2008).

Muitas Instituições de Ensino Superior (IES) propõem mudanças para ajustar seus currículos sem considerar o momento histórico e a importância dos avanços já obtidos na estruturação curricular por módulos integrados e articulados ao SUS (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO EM FISIOTERAPIA, 2007).

Assim há demandas e desafios na formação e na atenção que lançam para o contexto do ensino uma reformulação em suas matrizes curriculares de forma a superar, concomitantemente, antigos problemas e aproximar o ensino ao SUS, buscando novas formas de propor e fazer saúde.

Tratar da formação dos profissionais de saúde é transitar num terreno complexo, em que diferentes instituições, movimentos, políticas e sujeitos estão inter-relacionados numa construção histórica que varia segundo seu tempo, seus valores, culturas, necessidades e objetivos.

A construção da história se dá pelo modo como os homens produzem e reproduzem suas condições materiais de existência e o modo como pensam e interpretam essas relações

(CHAUI, 1984). Ao mesmo tempo no fato de que as coisas não mudam sempre no mesmo ritmo; que os diversos aspectos da realidade se entrelaçam e formam conexões prevalecendo um lado ou outro da sua realidade intrinsecamente contraditória; e que o movimento geral da realidade faz sentido (KONDER, 1981).

A saúde é matéria historicamente produzida e sua intersecção com as mudanças advindas das diversas políticas, o que reflete no ato educacional com suas intencionalidades, contradições e resistências. É de fundamental importância estudar a formação profissional segundo uma perspectiva histórica, de modo a buscar novos entendimentos numa conjuntura em que estão se discutindo mudanças importantes nas instituições formadoras.

Primeiramente visualiza-se a problematização de cinco grandes nós no que se refere a formação no curso de fisioterapia da UFSCar para o sistema de saúde brasileiro: a) a história e o contexto atual; b) o que se pensa e o que se busca na formação; c) o impacto das políticas públicas na formação; d) a aproximação com as associações e redes que discutem temas atuais da formação; e) o processo de mudança curricular atual.

O curso de fisioterapia da UFSCar está em um momento decisivo diante da necessidade de mudança. Após mais de oito anos de discussões para a construção do projeto político pedagógico e do novo currículo, o contexto especialmente das políticas públicas e das associações como a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), tensiona o ensino, no desejo de que o curso mude a atual proposta de formação.

O curso de fisioterapia da UFSCar nasceu no final da década de 1970. Foi durante esta década que no cenário da saúde pública nacional foi produzida nova abordagem dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento social na área. Setores da saúde, nesse período, tomaram o campo da saúde pública como arena privilegiada de atuação e, nesse sentido, o movimento sanitário começou a constituir-se (SCOREL, 2008).

No mesmo ano, em 1978, as duas resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) caracterizam o ato privativo do fisioterapeuta baseado na terapia física e o Código de Ética Profissional colocando a participação do fisioterapeuta em ações de promoção, tratamento e recuperação de saúde. Segundo Rebelatto e Botomé (1999), este último documento tem um conteúdo que parece ir além da concepção de uma assistência em nível curativo ou reabilitador. Neste contexto, a fisioterapia e a saúde em nível nacional começam a trilhar seus caminhos em busca de um projeto comum.

Vale salientar a importância desse curso no cenário do ensino da fisioterapia no Brasil. É uma formação de graduação com destaque nacional, especialmente pelo pioneirismo na

pesquisa em fisioterapia e por seu empenho na constituição da profissão. A importância da pesquisa para a formação se deu, principalmente, quando o curso conquistou o primeiro programa de pós-graduação em fisioterapia. Nesse contexto, pode-se inferir que esse movimento repensou questões importantes na formação do fisioterapeuta.

A partir do primeiro e segundo nó que correlaciona o que se busca na formação a partir da história e do momento atual, indago: O que, para quem e para que a UFSCar almeja a formação em Fisioterapia? Que perfil de egresso se tem como diretriz? Que necessidades e desejos mobilizam os docentes? Como vem se concretizando o dia-a-dia da formação no processo de ensino-aprendizagem?

Como a ênfase na pesquisa, com o passar dos anos, incidiu nas atividades curriculares? A pesquisa é o único caminho ou o melhor caminho para que o aluno aprenda conhecimentos relevantes e importantes no seu processo de ensino-aprendizagem? E em que aspectos a pesquisa consegue desenvolver criticidade no estudante? Que ciência e que pesquisa o curso de Fisioterapia desenvolve e almeja?

E os alunos, como sujeitos-índice na formação, o que pensam da sua formação e o que almejam para o futuro? Quão hábeis estes alunos estão se tornando, ao longo de seu curso, para lidar com as grandes desigualdades sociais, a pobreza e a exclusão social que é realidade marcante do Brasil? O que lhes são oferecidos como fator de exposição às aprendizagens?

Na década de 1990, a saúde e a educação no cenário nacional já eram direito de toda a população brasileira aprovados na Constituição de 1988. Em 1992 e 1996, com a realização das 9ª e 10ª Conferência Nacional de Saúde, o tema da formação entrou em debate, com destaque para a imediata regulamentação que atribui ao SUS a tarefa de ordenar a formação dos trabalhadores de saúde.

Do final da década de 1990 até o momento recente vem acontecendo uma grande quantidade de políticas de saúde, de educação e de associações que discutem a formação dos profissionais de saúde frente a uma nova realidade brasileira.

Nas políticas de saúde, além das conferências, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), dá-se início a uma série de políticas e projetos como: o Aprender-SUS, as Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) (os dois últimos no final da década de 2000). Nas políticas educacionais destaque para a implementação das DCN e a parceria legitimada com o Ministério da Educação.

Este contexto direciona para a discussão relativa ao terceiro nó. Será que essa expansão de políticas importantes impactou, de alguma forma, com mudanças dentro do curso de fisioterapia da UFSCar? Que movimentos estas políticas estão efetivamente suscitando? Que conceito de saúde e paradigma sanitário está posto nessa formação? Que mudanças efetivas foram produzidas em cerca de vinte e cinco anos de história?

Como essa aproximação histórica das políticas públicas com o curso de fisioterapia se apresenta para os docentes e discentes? Há posicionamentos favoráveis? Gera incômodo e/ou resistência a mudanças?

E em relação à aproximação com as associações e redes que discutem temas atuais da formação (quarto nó)? Há conexão dos docentes e discentes com a ABENFISIO, Rede Unida e FNEPAS?

Essa é uma das preocupações da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (2007, p. 6) como relatado abaixo:

Algumas IES (...) modificam seus currículos a portas fechadas, sem respeito à acumulação que esse histórico representa para a profissão, sem consulta às bases organizadas, mantendo-se na contramão dessa construção coletiva que extrapola o campo da fisioterapia.

O emergir do último nó é aquele que poderia dar uma ‘nova cara’ a essa teia. Como se apresenta o atual momento? Há processos acontecendo rumo à mudança curricular? Há restrições impostas a esses processos? Quais?

Analisar a contribuição da formação graduada relacionada com a execução das ações no SUS é uma possibilidade de fundamentar a importância da articulação ensino-serviço-controle social-gestão nos processos de aprendizagem e na qualificação da atenção à saúde. Enfatiza-se que este é um processo de construção coletiva em que diversos atores e instituições (cursos da área da saúde, universidade, serviços, gestores de saúde etc) estão envolvidos e imbricados.

Entendendo-se a escassez de pesquisas sobre a atuação do fisioterapeuta no SUS e da formação desses profissionais para esse cenário, este estudo pode expandir a produção do conhecimento sobre a formação graduada em fisioterapia na perspectiva das recentes políticas de formação de trabalhadores da saúde e identificar estratégias de planejamento para a inserção desses profissionais a partir do contexto local.

CAPÍTULO 2:

MARCO TEÓRICO

2 MARCO TEÓRICO

2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A GRADUAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Neste momento, apresenta-se uma leitura das políticas de saúde e de educação na ordenação da formação de trabalhadores para a saúde no Brasil e uma contextualização histórica dos principais acontecimentos na fisioterapia brasileira a partir de suas representações.

Este retrospecto tem o foco para o interesse da pesquisa, ou seja, as políticas enunciadas aqui estão incluídas no período de tempo de 1978 a 2010, mesmo período do curso de fisioterapia em análise.

2.1.1 As Políticas de Saúde³

A saúde no Brasil possui uma longa trajetória histórica, a que foi sendo desenhada pelo contexto político-social ao longo das décadas e da predominância de práticas populares aos serviços de saúde.

A saúde torna-se garantia legal na Constituição Federal de 1988, que define saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). É garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196).

No que se refere ao ensino, a constituição afirma ser atribuição do SUS a ordenação da formação de trabalhadores na área de saúde (art. 200). Na Lei Orgânica de Saúde consta que devem ser criadas Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos trabalhadores da saúde do SUS (BRASIL, 1990).

Além disso, é dever das três esferas de governo a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de profissionais para a saúde e ratifica que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e a

³ A história das Políticas de Saúde do Brasil, no período de 1978 a 2010, está graficamente representada na linha do tempo, no Apêndice A.

pesquisa, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (art. 14, 15 e 27) (BRASIL, 1990).

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, apresentou para discussão a formação dos profissionais de saúde e os seguintes pontos foram elencados (BRASIL, 1993):

- promover a imediata regulamentação do art. 200 inciso III da Constituição Federal que atribui ao SUS a tarefa de ordenar a formação de trabalhadores da saúde;
- promover a revisão dos currículos profissionais adequando-se às realidades sócio-epidemiológicas e características étnico-culturais das populações;
- garantir a universidade pública, autônoma, democrática e sem fronteiras para estabelecer mecanismos que promovam a sua efetiva inserção no SUS;
- introduzir no currículo dos profissionais de saúde estágios na rede básica de serviços, em íntimo contato com as realidades locais, objetivando a adequação desse profissional ao contexto social.

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, a formação e o desenvolvimento de trabalhadores da saúde tiveram um destaque maior do que na conferência anterior e colocou como responsabilidade do Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação a responsabilidade legal de ordenar essa formação.

A importância da 10ª Conferência nessa temática está na proposta de publicização da revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos de nível superior, com a participação dos Gestores do SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS.

Para isso acontecer seria preciso o fortalecimento dos vínculos com as universidades, a forma de articulações intersetoriais para que a formação dos profissionais seja modificada, capacitando-os para atuar na atenção integral à saúde individual e coletiva.

Além disso, o estímulo à utilização das unidades e serviços do SUS como espaço prioritário para a formação de trabalhadores em saúde (sistema saúde-escola), com a supervisão das unidades de ensino e de serviço, avançando no intercâmbio qualificado entre essas instituições e na formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS (BRASIL, 1996a).

Em 2000, na 11ª Conferência Nacional de Saúde foi enfatizado o redimensionamento do papel dos aparelhos formadores em saúde no fortalecimento do SUS, por meio da revisão das estruturas curriculares.

Reconhece-se a necessidade de enriquecimento do debate da política, da legislação e do trabalho no SUS, buscando a integração e a articulação das instituições de ensino com o SUS (como já colocado na 10ª Conferência); articulação dos aparelhos formadores com os segmentos de controle social do SUS; e estabelecimento de estruturas acadêmicas capazes de exercer o assessoramento permanente às comissões técnicas que debatem práticas, rotinas e métodos na atenção à saúde (BRASIL, 2000).

Em dezembro de 2001 o Ministério da Saúde lança, em parceria com Ministério da Educação (MEC) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares das Escolas Médicas – PROMED. O objetivo principal é incentivar as escolas médicas do país a adequarem seus currículos, sua produção de conhecimento e os programas de educação permanente à realidade social e de saúde da população brasileira e, desta forma, contribuir na consolidação do SUS. Em 2002, foi lançado o edital pelo Ministério da Saúde e foram selecionadas dezenove escolas médicas que tiveram seus projetos aprovados para serem desenvolvidos no período de três anos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2002).

O ano de 2003 foi importante pelas políticas, ações e programas lançados pelo Ministério da Saúde, citadas a seguir:

- a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes);
- a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. A Portaria desta Política foi publicada em 2004 (BRASIL, 2004b);
- convocação da primeira edição do Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), um projeto construído em parceria entre o Ministério da Saúde e o Movimento Estudantil que teve como principal objetivo proporcionar aos estudantes a vivência e a experimentação da realidade do SUS. Sua primeira edição nacional foi em 2005 (BRASIL, 2004c);
- a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e de sujeitos (BRASIL, 2010a).

Em 2004, foi lançada a política do Ministério da Saúde para as graduações, o Aprender-SUS, no sentido de orientar o ensino para a integralidade e a construção de relações de co-operação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior (BRASIL, 2004d). Foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e tornou-se a primeira política do

SUS voltada para a educação universitária e para o diálogo com o ensino de graduação nas profissões da área da saúde. Contou com grande apoio dos estudantes de graduação, de amplos segmentos populares (como a ANEPS⁴) e das Associações de Ensino. Algumas das propostas estavam no âmbito do apoio aos movimentos que debatiam e propunham mudanças curriculares; a colaboração no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), para a consideração da implementação das DCN; orientação dos cursos pela tematização da integralidade em saúde; implementação de experiências de trabalho em equipe de saúde e apropriação do SUS; incentivo a especializações e a projetos de extensão universitária, entre muitos outros (CARVALHO; CECCIM, 2006).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2004, reitera a necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas da saúde (BRASIL, 2004a).

Em 2005 foi aprovada a lei 11.129 que cria as Residências em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, à semelhança das Residências Médicas, podendo ser oferecidas na modalidade multiprofissional, mas todas integradas ao SUS (BRASIL, 2005a).

Um dos principais movimentos favoráveis para que as mudanças se tornassem possíveis foi a promulgação da Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005, que institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde na área da saúde, traçando objetivos tais como (BRASIL, 2005b):

- desenvolver projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação superior, visando a formação de trabalhadores da saúde coerente com o SUS, com as DCN e com o SINAES;

- produzir, aplicar e disseminar conhecimentos sobre a formação de trabalhadores da saúde;

⁴**ANEPS** – Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde vem desde 2003 na perspectiva de articular e apoiar os movimentos e práticas de educação popular e saúde. Vem contribuindo para a visibilidade das práticas populares de saúde, promovendo o intercâmbio entre elas e tentando se constituir num espaço de interlocução com as instituições que atuam na atenção e na formação em saúde. Articula movimentos sociais populares, o movimento estudantil e de outras práticas de educação popular e saúde, estabelecendo parcerias com universidades, instituições formadoras e gestores, com o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Disponível em: <http://www.anepsrj.com>.

- incentivar a constituição de grupos de pesquisa, vinculados às instituições de educação superior, com ênfase em temas relacionados à formação de trabalhadores da saúde e sua avaliação.

Em 2006, ocorre a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para discutir e apontar propostas de diretrizes nacionais para a implementação de políticas, tendo por referência a Normas Operacionais Básicas para os Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), como forma de ampliar a participação e a co-responsabilidade dos diversos segmentos do SUS na execução desta política, fortalecendo o compromisso social nesse campo (BRASIL, 2011).

Respondendo as deliberações desta conferência surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II (Pró-Saúde II) por meio da Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007, para os demais cursos de graduação da área da saúde além dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia, que em outra portaria haviam sido contemplados com o programa, em 2005.

O objetivo geral do programa é promover a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, para a possibilidade de uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica. Além disso, de provocar transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino, aprendizagem e de prestação de serviços à população. Três eixos são propostos como foco para o desenvolvimento do programa: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica (BRASIL, 2007).

Outro projeto que surgiu subsequente ao Pró-Saúde foi o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/2008. Como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento da atenção básica em saúde, o programa oferece bolsas para tutores, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Pró-Saúde (BRASIL, 2010c).

O Pet-Saúde tem como fio condutor a integração ensino/serviço/comunidade, para a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviços dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências de acordo com as necessidades do SUS.

Dentre os resultados esperados, destacam-se: o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família; o desenvolvimento de planos de pesquisa em consonância com áreas estratégicas de

atuação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde; a reorientação da formação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde postulou como prioridade a articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais, na formulação de políticas e de projetos e na continuidade e ampliação das políticas e projetos já existentes que aproximem as diferentes realidades sociais dos municípios ao processo pedagógico de formação em saúde para os níveis técnico e superior (BRASIL, 2008).

A proposta desta conferência é a introdução de conteúdos referentes às políticas de saúde, à humanização e à atenção primária, enfatizando a visão da integralidade do cuidado e formando, assim, profissionais com perfil voltado à promoção e a atenção à saúde e comprometidos com o SUS.

Pela trajetória descrita das políticas de saúde no período de 1978 a 2010, vemos que foi se maturando uma aproximação das políticas de saúde com as instituições formadoras, especialmente nos últimos dez anos.

Os movimentos que discutem ativamente que a educação dos profissionais de saúde não pode estar mais distante das formulações das políticas de saúde favoreceram para que alguns avanços nessa questão acontecessem. Isso altera a agenda de debates em todos os âmbitos, inclusive dentro das próprias instituições formadoras.

2.1.2 As Políticas de Educação⁵

A educação é garantida constitucionalmente em 1934 na qual dispõe, pela primeira vez, que a educação é direito de todos devendo ser assegurada pela família e pelos poderes públicos. Sua reformulação foi aprovada na Constituição de 1988, juntamente com outros direitos sociais (PILETTI, 1993).

Em 1988, a Constituição Nacional (BRASIL, 1988) define a educação como direito de todos e dever do Estado e da família, promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Particularmente na formação em saúde, a construção histórica das mudanças a nível de graduação foi permeada por intensos movimentos que buscavam mudar a lógica do modelo de

⁵ A história das Políticas de Educação do Brasil, no período de 1978 a 2010, está graficamente representada na linha do tempo, no Apêndice B.

ensino baseado na doença, na especialidade e nos hospitais. Os projetos UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: a integração com a comunidade), a Rede Unida, o FNEPAS e a organização das executivas de curso no Movimento Estudantil são alguns exemplos de protagonismo por reformas do ensino que dialogam com os movimentos de mudança no setor da saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Na década de 1980, a rede de Integração Docente-Assistencial (rede IDA), com projetos em toda a América Latina, trouxe discussões e ações da integração ensino-serviço na graduação em saúde. O conjunto destas experiências proporcionou noções de atenção integral à saúde, de integração entre formação e trabalho, de projetos interprofissionais na graduação, na extensão e nas especializações em serviço sob supervisão. Como consequência, mostrou a possibilidade de tornar a rede de saúde uma rede - escola (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias de onze países da América Latina participam do Projeto UNI. O propósito da UNI era produzir mudanças nestes setores, bem como nas relações entre eles. Partiu-se do pressuposto que somente se poderia construir a relevância social das universidades e dos serviços de saúde por meio de sua abertura a relações democráticas com a população e suas organizações (FEUERWERKER; SENA, 2002).

As profissões de enfermagem e medicina assumem também, nesta mesma década, um papel fundamental de proposição de mudanças. Na enfermagem foi proposta a substituição do paradigma da assistência às doenças pelo paradigma do cuidado humano. Na medicina, a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) sugere a articulação de vários segmentos como as universidades, as associações de ensino, os gestores do sistema de saúde e estudantes com a formação dirigida pelas necessidades de saúde e pela intervenção integrada das ciências humanas, ciências sociais e ciências biológicas (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Em 1985, a rede de projetos UNI e a rede de projetos IDA se uniram, o que culminou na estruturação da rede UNI-IDA (depois Rede Unida) e também com a formulação de uma teoria sobre a mudança na educação dos profissionais de saúde. A Rede Unida reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde com proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias (REDE UNIDA, 2010). Atuou ativamente para promover o diálogo entre gestores do SUS e as universidades no sentido de inserir esses segmentos em um cenário que pudesse garantir a participação de todos os agentes políticos na reformulação das diretrizes curriculares (BARBIERI, 2006).

A disposição sobre as DCN para os cursos de graduação aconteceu indiretamente pela Lei 9.131, de 1995, que criou o Conselho Nacional de Educação e instituiu como responsabilidade deste órgão deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação e do Desporto para os cursos de graduação (BRASIL, 1995).

Em dezembro de 1996, trinta e cinco anos depois da promulgação da primeira LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação), foi publicada a nova LDB (Lei 9394/96), que abre as bases para a reformulação das DCN. A LDB afirma que a educação se desenvolve nos mais variados espaços, sendo a educação escolar vinculada ao mundo do trabalho e à prática social, com liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte, bem como o pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas. São asseguradas às universidades a criação, organização dos cursos e programas de educação superior e fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes (BRASIL, 1996b).

Segundo esses documentos, a figura do currículo mínimo teve como objetivos iniciais garantir qualidade e uniformidade mínimas aos cursos que conduziam a um diploma profissional. Porém, este vinha se revelando ineficaz para garantir a qualidade desejada, além de desencorajar a inovação e a benéfica diversificação da formação oferecida.

Em 1997, o Ministério da Educação pelo Edital nº 4 /97 (BRASIL, 1997a) e pelo Parecer CNE nº 776/97 (BRASIL, 1997b) convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas DCN dos cursos superiores e orienta para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação, respectivamente.

Entende-se que as novas diretrizes curriculares devem contemplar elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Devem induzir a implementação de programas de iniciação científica, nos quais o aluno desenvolva sua criatividade e análise crítica. Finalmente, devem incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania.

A partir disso, a Rede Unida iniciou um processo de mobilização de seus membros e de articulação com todos os setores e segmentos que incluíam a questão da formação dos profissionais de saúde como o Ministério da Saúde (MS), o Ministério da Educação (MEC), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Educação (CNE), o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais em Saúde (CONASS), o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), entre outros. Desencadeou um trabalho político de trabalho articulado entre todos esses atores, para que apresentassem subsídios para

a construção de uma proposta em conjunto, configurando uma definição democrática em torno do tema (BARBIERI, 2006).

O XII Fórum Brasileiro de Pró-Reitores de Graduação (ForGRAD), em 1999, elabora o Plano Nacional de Graduação. Este documento refere que as Instituições de Ensino Superior (IES) devem superar as práticas vigentes derivadas da rigidez dos currículos mínimos, traduzida em cursos com número excessivo de disciplinas encadeadas em sistema rígido de pré-requisitos e estruturados mais na visão corporativa das profissões. Este fórum convoca os cursos a se estruturarem nas perspectivas da atenção para com o contexto científico-histórico das áreas do conhecimento, do atendimento às demandas existentes e da indução de novas demandas mais adequadas à sociedade.

Em 2001, a Lei nº 10.172/2001 aprova o Plano Nacional de Educação (PNE). Esta reafirma o papel das IES no conjunto dos esforços nacionais para colocar o país à altura das exigências e desafios do Séc. XXI, encontrando a solução para os problemas atuais e reduzindo as desigualdades para um futuro melhor para a sociedade brasileira.

Segundo o PNE há que se estabelecer nacionalmente, DCN que assegurem a necessária flexibilidade e diversidade nos programas de estudos oferecidos pelas diferentes IES, de forma a melhor atender às necessidades diferenciais de sua clientela e às peculiaridades das regiões nas quais se inserem (BRASIL, 2001a).

Em 2001 foi homologado o Parecer CNE/CSE 583/2001 com nova orientação para as DCN dos cursos de graduação. Segundo o Parecer, estas diretrizes devem contemplar: perfil do formando/egresso/profissional; competência/habilidades/attitudes; habilitações e ênfases; conteúdos curriculares; organização do curso; estágios e atividades complementares; acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2001b).

Entre 2001 e 2003 as DCN dos cursos de graduação em saúde tiveram sua aprovação das resoluções específicas a cada categoria profissional, porém com grande parte do conteúdo com campos comuns para todas as profissões.

Estes campos tratam, entre outros, que os profissionais de saúde dentro de seu âmbito profissional devem (BRASIL, 2002):

- Atenção à Saúde: estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;

- Tomada de decisões: estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas;

- Comunicação: ser acessíveis e manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;
- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade;
- Administração e gerenciamento: estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação;
- Educação Permanente: aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágio das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimento, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

O FNEPAS - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (2010) é fundado em julho de 2004 e foi organizado para responder à política do Aprender-SUS, do Ministério da Saúde. Congrega entidades envolvidas com a educação e desenvolvimento profissional na área da saúde, tais como as associações de ensino da enfermagem, fisioterapia, medicina, odontologia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, Rede Unida, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), entre outros. Procura atuar em todas as situações e temas que possam contribuir para a construção de cenários institucionais mais favoráveis às mudanças necessárias na formação em saúde, expressas em linhas gerais nas DCN.

No âmbito do Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde, produziu-se a Portaria Interministerial nº 2118/2005, a criação do Pró-Saúde por meio da Portaria MS/MEC nº 3019/2007 e o Pet-Saúde através da Portaria Interministerial nº 421/2010, todas já comentadas no tópico anterior.

De igual importância às políticas de saúde estão postas as políticas de educação. Num âmbito ampliado, estas trouxeram discussões e legitimaram questões que apresentavam atrasos e/ou problemas no ensino nacional.

O ensino da saúde se aproximou historicamente destas averiguações. As políticas educacionais que propunham mudanças faziam pleno sentido para a saúde, visto que neste contexto se problematizaram várias questões, como por exemplo, os currículos em sua rigidez e excesso de disciplina e que a educação escolar deve estar vinculada ao mundo do trabalho e à prática social.

Neste contexto, as DCN foram o salto que precisava ser dado para que a aproximação entre a educação e a saúde tivesse acepções mais concretas e propositivas.

2.1.3 A fisioterapia brasileira⁶

Este tópico se refere a uma contextualização da história da fisioterapia brasileira, com ênfase nas temáticas referentes à formação acadêmica e profissional do fisioterapeuta, do período de 1978 a 2010.

A fisioterapia, em um determinado momento histórico, nasceu arraigada em valores e formas de atuar baseadas em concepções de assistência à saúde voltadas à reabilitação. Sua gênese foi baseada na visão do homem como máquina a ser consertada e do profissional como técnico a reparar a “peça” defeituosa (LACERDA et al, 2006).

A resolução nº 8 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), em 1978, tem uma marcação importante no contexto histórico, visto que cria normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Segundo esta resolução é ato privativo do fisioterapeuta prescrever, ministrar e supervisionar terapia física, que objetivo preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1978a)

Neste mesmo ano, a resolução nº 10 do COFFITO aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Este documento traz as responsabilidades fundamentais como a ética da assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde (art. 1), do exercício profissional, da postura perante as entidades de classe, perante os colegas e demais membros da equipe de saúde e dos honorários profissionais (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1978b).

No início da década de 1980, a fisioterapia conquista uma grande mudança na regulamentação do novo currículo mínimo de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Através da resolução nº 4 de 28 de fevereiro de 1983, do Conselho Federal de Educação (CFE), o currículo mínimo de fisioterapia passa para quatro anos letivos (BRASIL, 1983) e ainda precariamente, pela primeira vez, um esforço para ampliar a formação do fisioterapeuta (OLIVEIRA, 2002).

Em 10 de dezembro de 1984, o decreto nº 90.640 inclui a fisioterapia como profissão (cargo profissional) de nível superior, envolvendo supervisão, coordenação, programação e

⁶ A história da fisioterapia brasileira, no período de 1978 a 2010, está graficamente representada na linha do tempo, no apêndice C.

execução especializada referente à utilização de métodos e técnicas fisioterápicas, avaliação e reavaliação de todo processo terapêutico utilizado em prol da reabilitação física e mental do paciente (BRASIL, 1984).

A resolução nº 80, de 9 de maio de 1987, baixa Atos Complementares à resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta. Este documento considera a fisioterapia uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades em busca de uma melhor qualidade de vida para o indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1987).

Traz a atuação do fisioterapeuta juntamente com outros profissionais nos diversos níveis de assistência à saúde, na administração de serviços, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisas. Considera a reabilitação um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar bio-psico-social do indivíduo. E inclui como competência do fisioterapeuta elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico-funcional.

Porém, a atuação dos fisioterapeutas permanece voltada aos sinais e sintomas biológicos da doença, ao diagnóstico e à reabilitação mecânica, fazendo uso prevalente de tecnologias duras e percebendo os indivíduos como fragmentos independentes (ROCHA, 2002).

A prevalência da fisioterapia no modelo considerado hegemônico na saúde não dialoga com os novos desafios da sociedade brasileira. Um dos pontos mais discutidos está exatamente na formação dos futuros fisioterapeutas, o que conduz a uma nova 'roupagem' do ensino e da atuação profissional.

Discussões mais organizadas na fisioterapia sobre a temática da mudança do perfil do estudante estão sendo realizadas pela Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) e através de várias investigações e experiências como os de: Rocha, 2002; Gallo, 2005; Almeida et al, 2005; Lacerda et al, 2006; Freitas, 2006; Bispo Júnior, 2010; Moraes, 2009; Almeida; Guimarães, 2009.

A Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (2010) é fundada em 2001, de um lado produto de proposta do XIV Congresso de Fisioterapia, de 1999; de outro lado pelo movimento nacional e multiprofissional das DCN e a presença de docentes de fisioterapia nos fóruns da Rede Unida. A ABENFISIO foi uma emergência histórica do contato com a Rede Unida, segmentos da Associação Brasileira de Educação Médica e segmentos da Associação Brasileira de Enfermagem por ocasião das DCN e construção das estratégias de mudança na

formação. Objetiva o desenvolvimento e o aprimoramento do ensino/formação em fisioterapia. Congrega professores fisioterapeutas de graduação e pós-graduação em fisioterapia, profissionais fisioterapeutas e estudantes de graduação em fisioterapia.

Compete à ABENFISIO: atuar objetivando a melhoria do ensino, pesquisa e extensão de fisioterapia no país, subsidiando os Projetos Político- Pedagógicos dos Cursos de Graduação e Pós- Graduação; adotar medidas que objetivem a formação e o aperfeiçoamento do pessoal docente e dos profissionais de fisioterapia; defender os interesses da fisioterapia nas Instituições de Ensino; constituir-se como fator de integração entre o ensino e a cultura nacional; estabelecer intercâmbio com as entidades nacionais e internacionais representativas de docentes, discentes e profissionais da fisioterapia e de outras categorias profissionais; propor políticas que garantam a qualidade da formação em fisioterapia. A ABENFISIO também está integrada em outros movimentos que discutem a formação em saúde, tais como a Rede Unida e o FNEPAS.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em fisioterapia foram aprovadas por meio da resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. As DCN para o ensino de graduação em fisioterapia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de fisioterapeutas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Fisioterapia das Instituições do Sistema de Ensino Superior (art. 2).

Segundo as DCN instituídas para a fisioterapia, a formação do fisioterapeuta deverá contemplar as necessidades sociais da saúde. O curso de graduação em fisioterapia deve ter como perfil do formando egresso/profissional:

[...] o fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as 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 (BRASIL, 2002, art. 3, p. 1).

A última resolução neste âmbito foi o de nº 363 do COFFITO, que reconhece a fisioterapia em Saúde Coletiva como especialidade do profissional fisioterapeuta considerando a necessidade de prover, por meio de uma assistência profissional adequada e

específica, as exigências da saúde coletiva previstas no sistema de saúde do país (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2009).

Pelo exposto, verifica-se que na história da fisioterapia a discussão sobre saúde ampliada e SUS é de transição lenta, porém avante, especialmente no que se refere a colocar em prática o que vêm sendo preconizado na teoria, nas leis e portarias.

Salta-se de um conceito de fisioterapia curativa, especializada, tecnológica e privada para outra fisioterapia, calcada em atuação profissional interdisciplinar e integral, em todos os níveis num sistema público e universal. No ensino avança-se para uma relação horizontal professor-aluno, em que o aluno tem que aprender a aprender criticamente em contato precoce com a realidade.

O que carece investigação é até que ponto estas transformações se refletem no espaço micro, na instituição formadora, nas disciplinas e na prática. Como o curso de fisioterapia da UFSCar reflete esse novo contexto da fisioterapia brasileira? Por isso, o convite deste estudo em buscar algumas destas respostas.

CAPÍTULO 3:
O CAMINHO PERCORRIDO

3 O CAMINHO PERCORRIDO

Para este estudo, optou-se pela abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa considera a ação humana significativa, evidencia um compromisso ético na forma de respeito e de fidelidade em relação à experiência de vida e enfatiza a contribuição da subjetividade humana (intenção) em relação ao conhecimento (SCHWANDT, 2006). Trabalhar qualitativamente implica em entender/interpretar os sentidos e significações que uma pessoa dá aos fenômenos em foco em que são valorizados o contato pessoal e os elementos do *setting* natural dos sujeitos (TURATO, 2003).

Trata-se, também, de caso único e em processo, com o qual se buscou discutir a formação do fisioterapeuta para o SUS a partir do curso de fisioterapia da UFSCar. Segundo Triviños (1990), o estudo de caso é um dos mais relevantes tipos de pesquisa qualitativa e constitui uma importante expressão dessa tendência na investigação educacional. Este tipo de estudo se caracteriza como uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. O conhecimento gerado por um estudo de caso tem um valor único, próprio e singular.

Para conseguir as informações necessárias para a pesquisa, realizou-se entrevista individual semidirigida e grupo focal. Segundo Turato (2003), a entrevista semidirigida significa que a direção pode ser dada alternadamente pelo entrevistador em alguns momentos, mas com flexibilidade que permita também ao entrevistado assumir o comando. A relevância do grupo focal, por sua vez, está na capacidade de interação com o grupo e da coordenação da discussão, bem como trabalhar com a reflexão expressa através da “fala em debate” dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema (CRUZ NETO et al, 2002; CRUZ NETO, 2004).

Outras duas técnicas utilizadas na coleta de dados foram a pesquisa documental e a observação com registro em diário de campo. Realizou-se o trabalho de campo no período de abril a setembro de 2010, na qual houve a participação da autora em todas as atividades realizadas pelo curso na qual fosse possível, com registros em diários de campo. Concomitante a esta, a coleta de dados foi dividida em duas etapas.

A primeira etapa foi a pesquisa documental que teve como objetivo contextualizar historicamente o curso de graduação em análise e obter informações acerca de princípios e diretrizes seguidos, pactos, planejamento e ações desenvolvidas formalizados nos documentos

escritos. As fontes pesquisadas foram: projetos político pedagógico, currículos, ementas, atas de reuniões e outros documentos oficiais que estavam disponíveis na secretaria do curso.

Na segunda etapa realizaram-se entrevistas com docentes e discentes do curso de fisioterapia da UFSCar. A coleta de dados envolveu coordenadores de curso, o chefe de departamento, nove professores e trinta e dois alunos (oito alunos por cada ano do curso), escolhidos aleatoriamente e/ou de interesse da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com os docentes e os grupos focais com os discentes. A utilização das entrevistas com os docentes justifica-se pela possibilidade de diálogo individual para o aprofundamento da história, visto que suas rotinas e direcionamento de trabalho são diversificados. A escolha para as entrevistas com os docentes foi iniciada pelo convite a participação dos professores mais antigos do curso, para que fosse possível entender primeiramente a história previamente ao contexto atual. A escolha pela continuidade das entrevistas com os outros professores foi realizada em processo, ou seja, por terem surgido na fala dos docentes já entrevistados ou por indicação dos mesmos como pessoas importantes de serem ouvidas por sua história ou participação no curso. Além disso, foi incorporada a participação docentes que não foram citados e que não estavam representados pela área específica de ensino no curso. As entrevistas foram sendo realizadas até o ponto de saturação das informações coletadas. Do total de 20 docentes do departamento, foram convidados onze ativos e um docente aposentado. Dentre os docentes ativos, um docente recusou e dois não responderam ao convite.

Foi utilizado o grupo focal com os discentes na sua inserção transitória no curso, mas ao mesmo tempo por terem rotinas em comum e vivenciarem o processo *in ato*. A participação dos alunos foi voluntária ao convite da pesquisadora, em visita a um dia de aula da rotina semanal dos estudantes. Para cumprir rigidamente a metodologia do grupo focal permitiu-se um número limite de até oito alunos por turma. Buscou-se, assim, entender suas expectativas e opiniões a respeito da formação de que estão fazendo parte.

As entrevistas e os grupos focais seguiram um roteiro com questões norteadoras sobre a formação do fisioterapeuta no curso de fisioterapia da UFSCar e a formação para o SUS. As questões envolveram eixos como o projeto político pedagógico, abordagem pedagógica, cenários de prática, capacitação docente e mundo do trabalho (Apêndices D, E, F).

As entrevistas e os grupos focais foram realizados pela autora, gravadas em um aparelho de mp3 após consentimento dos colaboradores e tiveram duração entre 45 minutos e 2 horas. O tempo foi mediado pelo roteiro da entrevista e pela livre fala dos entrevistados. O diário de campo também foi utilizado neste momento para registrar observações e impressões

ao longo da entrevista e também como um guia em relação ao raciocínio que estava sendo colocado pelos informantes. Nos grupos focais contou-se com a colaboração de um relator externo, que foi treinado previamente e que assumiu a função de observar e anotar comentários relevantes para a pesquisa, as expressões e posturas de cada participante, visto que o papel de mediadora da discussão foi realizado pela autora. As entrevistas foram transcritas literalmente em computador pessoal, de acesso restrito à pesquisadora e foram identificadas por letras do alfabeto, de modo a manter total segurança e o sigilo das informações.

Foi realizado um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, procurando agrupá-los por analogia histórica e de conteúdo. Para o tratamento dos dados concernente aos documentos oficiais realizou-se uma leitura atenta procurando situá-los historicamente.

A análise das entrevistas e dos grupos focais foi feita a partir da abordagem hermenêutica-dialética. Segundo Minayo et al (2005), a hermenêutica se ocupa da arte de compreender textos e trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, entendendo o ser humano como ser histórico e finito. A dialética busca desvendar as relações múltiplas e diversificadas, explicando e evidenciando o desenvolvimento do fenômeno dentro de sua própria lógica, bem como suas contradições.

Para alcançar esses pressupostos, realizaram-se leituras flutuantes dos dados empíricos que, conforme Minayo (2006) consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. O objetivo neste momento foi ter uma visão geral do que foi dito, mas sem maior rigidez em fazer qualquer tipo de análise. Em leituras posteriores, as falas dos docentes e dos discentes foram divididas, de modo a entender as especificidades destes atores que possuem papéis diferentes dentro do objeto estudado.

Após esse processo, iniciaram-se as leituras separadamente de cada informante ou de cada grupo (das entrevistas com os discentes). Neste momento e tendo a visão do geral consolidada, procurou-se detalhar no que cada entrevistado quis falar, separando trechos em categorias que tinham semelhanças e possuíam relevância para a pesquisa. A fala única (aquela que não foi repetida por mais de um entrevistado) também foi destacada se considerada de interesse para o estudo.

Trabalhar com categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger as classificações (MINAYO et al, 2004). As categorias encontradas e formuladas a partir da coleta de dados foram as seguintes: primeira reforma curricular; formação do fisioterapeuta; relações de poder; políticas de saúde e

educação/associações de ensino; o aluno de fisioterapia; interação ensino-serviço; papel da universidade pública; pontos positivos do atual currículo; dificuldades/lacunas com o atual currículo; entendimento da saúde e do SUS; contexto atual frente às novas práticas de saúde; trabalho em fisioterapia no SUS; mercado de trabalho; perfil do egresso; atual reforma curricular.

Dentro de cada categoria, selecionaram-se as falas únicas e entre as falas semelhantes consideradas mais representativas e incluiu-se em uma nova categorização, que é constituída por cinco eixos temáticos e dentro destes, de dois a quatro vetores. Ambos (eixos e vetores) foram utilizados como ‘filtros’ para organizar o que veio do empírico e foram escolhidos (com algumas adaptações) por serem validados para avaliação de escolas de nível superior em saúde, por autores como Lampert (2002) e por órgãos como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Estes eixos e vetores estão representados no quadro que segue:

EIXOS TEMÁTICOS		VETORES
Eixo I	Projeto Político Pedagógico	Fundamentos biocientíficos e epidemiológico-social
		Aplicação tecnológica
		Produção de conhecimentos
		Pós-graduação e Educação Permanente
Eixo II	Abordagem Pedagógica	Estrutura Curricular
		Orientação didática
Eixo III	Cenários de Prática	Local de Prática
		Participação Discente
		Âmbito Escolar
Eixo IV	Capacitação Docente	Formação Pedagógica
		Atualização Técnico-Científica
		Participação nos serviços de assistência
		Capacitação Gerencial
Eixo V	Mundo do Trabalho	Carência de Profissionais e Emprego
		Base Econômica da Prática
		Prestação de Serviços

Quadro 1: Segunda classificação das categorias de análise dos dados.

Essas categorias estão apresentadas no capítulo seguinte como subtítulos da etapa dos resultados. Nestes, as falas dos entrevistados são destacadas e identificadas pela letra do alfabeto para os docentes e pelo ano que cursam para os discentes. A fim de evitar identificações utilizou-se a identidade do (a) entrevistado (a) sempre no masculino. Além disso, não foram inseridos no texto final os trechos das falas que podiam facilitar a identificação do entrevistado ou aqueles em que o entrevistado solicitou que não fossem divulgados. As falas destacadas no texto são discutidas a partir da literatura.

O projeto de pesquisa foi encaminhado primeiramente ao Departamento do curso de fisioterapia da UFSCar, na qual a Comissão Departamental deu parecer favorável para

realização das entrevistas com docentes e discentes, bem como o acesso aos documentos oficiais deste curso (Anexo A). Após essa aprovação, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, recebendo parecer favorável em 05 de abril de 2010, conforme o parecer nº 063/2010 (Anexo B).

As entrevistas e os grupos focais foram realizados voluntariamente, em dia e horários pactuados previamente com todos os colaboradores. A coleta dos dados só foi iniciada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G), em duas vias e de igual conteúdo, ficando uma via com o entrevistado e outra com a pesquisadora. Foram respeitados todos os preceitos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, preconizada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, pela resolução nº 196 de outubro de 1996.

CAPÍTULO 4:

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 HISTÓRIA DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS⁷

Um povo sem conhecimento, saliência de seu passado histórico, origem e cultura, é como uma árvore sem raízes.

Bob Marley

O curso de graduação em fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) teve seu início em agosto de 1978, com o parecer 426, de 02/09/83 do Conselho Federal de Educação (CFE) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 1986). Foi organizado por um médico fisiatra, com carga horária mínima, duração de três anos e trinta vagas abertas. Vinte e quatro alunos cursaram e vinte se formaram.

Neste início, as disciplinas ofertadas eram advindas do curso de enfermagem da mesma instituição. Tinha-se um departamento, com cerca de 80 docentes, chamado departamento de ciências da saúde (DCS), que unia a enfermagem, a fisioterapia, a terapia ocupacional e onde estavam alocadas as disciplinas básicas.

O curso de fisioterapia da UFSCar iniciou com a entrada e a frequência dos alunos nestas disciplinas básicas. O docente “L” conta que com o andamento do curso começaram as disciplinas profissionalizantes surgindo, então, a necessidade de contratação de docentes fisioterapeutas. A partir desse contexto, foi realizado concurso público e um grupo de fisioterapeutas que havia estudado e eram recém-professores na Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas, foram aprovados.

Os docentes “A”, “T” e “L” relatam que conheciam um conjunto de falhas no curso da PUC, já que tinham sido alunos e, posteriormente, professores. Começaram a implementar modificações, que não foram bem aceitas por essa universidade. Relatam que a formação deles tinha sido dada por médicos e era muito comum na sala de aula “*a gente perguntar*

⁷ A história do curso de fisioterapia da UFSCar está graficamente representada através da linha do tempo, no Apêndice H.

‘mas por que isso acontece?’ E eles diziam ‘ah, isso vocês não precisam saber, isso não é necessário’” (Docente I).

Com a aprovação no concurso da UFSCar, o mesmo grupo identificou a necessidade de mudanças no curso de fisioterapia desta instituição. Relatam um contexto muito favorável porque estavam numa universidade pública séria, com o curso iniciando e que precisava ser reestruturado:

Nós poderíamos implementar neste curso todas aquelas inovações que na PUC de Campinas a gente não tinha conseguido implementar. E foi isso que aconteceu. Nós fizemos um grupo aqui e começamos a implementar um curso com as inovações que nós achávamos que tinham que ser feitas (Docente “L”).

No início da década de 1980, houve mudanças na organização do DCS. A fisioterapia e a terapia ocupacional foram vinculadas ao recém Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (DEFITO). Posteriormente, a fisioterapia e a terapia ocupacional caminharam em direções próprias e se subdividiram em um departamento de fisioterapia e um departamento de terapia ocupacional. Segundo o docente “L”, essas mudanças administrativas contribuíram para as mudanças acadêmicas.

Essas mudanças vieram imbuídas de três grandes categorias de inovações: a primeira era em relação ao que a fisioterapia deveria ser ou o tipo de evolução que a fisioterapia deveria sofrer.

A fisioterapia era definida somente como uma profissão quase que só auxiliar da profissão médica e era definida como aquele profissional que devesse tratar os indivíduos já lesados para promover a sua recuperação por meios físicos. Ou seja, a profissão era definida pelo tipo de instrumento que usava. Era uma coisa muito limitada. Então nós achávamos que a Fisioterapia deveria ser e poderia ser para atender às necessidades da população, muito mais do que isso. Para que isso se concretizasse, nós teríamos que formar melhores profissionais (Docente “L”).

A segunda vertente era relativa à forma de ensino para esses futuros profissionais. Os profissionais que se queria formar deveriam ter outras condições de aprendizagem, sendo necessário o contato mais rapidamente possível com as pessoas pelas quais iriam prestar os atendimentos.

A terceira categoria estava na produção do conhecimento. Segundo o docente “L”, primeiro porque a fisioterapia não existia, enquanto tal, de maneira consolidada. E, segundo, até por decorrência da primeira, não se tinha profissionais fisioterapeutas investigadores.

Segundo o docente “T”, a discussão da formação naquela época estava baseada em um tripé: aluno crítico, envolvido socialmente e com conteúdo de formação sólida.

Em 1982, começa-se a discussão mais sistematizada entre os professores para o novo currículo. Entre as várias leituras, reuniões e debates sobre o novo currículo, o grupo de docentes realizou um fórum, nas férias do final de 1982, intitulado ‘Função Social da Fisioterapia’.

Foi uma semana discutindo coisas diversas, cada um lia alguma coisa e trazia como contribuição para esse processo da reformulação. E aí nós construímos um currículo enorme, que não cabia em lugar nenhum de tal era o entusiasmo. Depois ele foi sendo lapidado, reduzido, não podia ser um elefante branco, tinha que ser uma coisa mais operacionalizável (Docente “T”).

A proposta lançada foi muito bem aceita porque o currículo anterior era muito técnico e porque se parecia muito com o modelo médico. Os alunos concordaram, assinaram documentos e foram para reunião de departamento, para o centro de ciências biológicas e da saúde e da pró-reitoria de graduação. Uma das primeiras propostas foi do curso passar para quatro anos.

A Portaria Ministerial nº 511/64, que regulamentava as disciplinas que deveriam compor a formação do fisioterapeuta, assim como a duração do curso em três anos (BRASIL, 1964), somente foi substituída em 1983, com a aprovação do novo currículo mínimo pelo Parecer nº 622/82 (BRASIL, 1983).

Essa proposta foi fruto de debates de fisioterapeutas organizados na Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF), entre o final da década de 70 e início da década de 80.

Foi criado um Fórum dentro da ABF, chamado Conselho Nacional de Representantes, composto por pessoas indicadas pelas estruturas acadêmicas, cujo objetivo era estudar e unificar os currículos dos cursos (OLIVEIRA, 2002). O professor “A” relata que alguns professores da UFSCar participaram desse Conselho:

Esse currículo de 1984 era um currículo que a gente conhecia porque quem construiu fomos nós mesmos. Era um grupo da ABF na época, nós mesmos chegamos a participar e isso começou a ser construído de 1977 para 1978 esse novo jeito de currículo.

Posteriormente, a reitoria da UFSCar oferece ao departamento de fisioterapia um programa de pós-graduação em fisioterapia, com a presença de docentes estrangeiros para

capacitar os atuais docentes. Relata-se que isso por um lado era sedutor porque todo mundo iria se capacitar rapidamente, mas ia ser um perfil escolhido por outrem.

O grupo de docentes rejeitou a oferta. Isso criou um mal-estar geral na instituição porque o Conselho Universitário entendia que era uma boa oferta para aquele grupo, de uma área nova. Porém, este grupo entendia que era uma ingerência, que os mesmos queriam escolher as áreas específicas mesmo que para isso tivessem que fazer um caminho muito mais longo.

O grupo encarou esse momento como político, tendo como meta principal a formação do corpo docente. Segundo o docente “D”, uma das máximas desse processo de visão política era que o corpo docente iria melhorar a sua formação mesmo que fosse em detrimento da formação dos alunos naquele período.

Os professores foram fazer pós-graduação em áreas distintas para melhorar a qualificação. Ainda segundo o docente “D”, os professores voltaram academicamente mais fortes, mais estruturados, melhor formados e começaram a introduzir isso nas suas disciplinas, nas linhas de pesquisa para que os alunos tivessem acesso aos novos conhecimentos, informações e de oportunidades de trabalhar em linhas de pesquisa diferenciadas. Surge, assim, algo inovador para a época e que não existia em nenhuma outra instituição:

Criou-se um modelo de currículo em 83 que já era um currículo relativamente inovador e a gente continuou discutindo para adequar ao longo do tempo, para acertar determinadas nuances do currículo. Sempre foram inseridas coisas, não na estrutura curricular, mas no material oferecido ao aluno para ele trabalhar durante o curso. E esse processo de formação acadêmica dos docentes acabou pegando aos alunos também. Isso foi realmente inovador (Docente “D”).

Os relatos trazem que essa formação em áreas paralelas proporcionou a ampliação do conhecimento e a transposição para os objetos de estudo que se tinha interesse para a fisioterapia.

Em 1985, o novo currículo do curso foi aprovado na Reunião de Coordenação do Curso de Fisioterapia, no dia 24/10/85. Aprovado na 157ª Reunião de Câmara de Graduação do Conselho de Ensino e Pesquisa, no dia 14/04/86 e aprovado na 96ª Reunião do Conselho de Ensino e Pesquisa, no dia 07/07/86 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 1986).

O curso de fisioterapia, agora com este novo currículo, entende que a função social do fisioterapeuta é buscar um modelo próprio de profissão, partindo da realidade social e

entendendo que as boas condições de saúde em todos os seus níveis constituem um direito de toda a população (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 1986).

A formação do futuro fisioterapeuta visa à compreensão ampla da profissão como uma obrigação social e a saúde e educação como um direito de todos. Coloca que essas condições serão conquistadas por todos e cada um dos alunos no esforço de um compromisso primário destes com a profissão que elegeram (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 1986).

Coloca também que esta questão não diz respeito somente aos alunos de fisioterapia, mas a todo indivíduo compromissado com a transformação social. As linhas de conhecimento estavam nas ciências humanas, biológicas, recursos terapêuticos, áreas aplicadas, estágios profissionais e iniciação científica (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 1986).

Em meados de 1995, os docentes começam a se reunir para consolidar o mestrado em fisioterapia na UFSCar. O Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia (PPGFt) foi criado com um curso de mestrado, recomendado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em 19/12/1996. Iniciou suas atividades tendo como denominação de Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. Em 1998, teve sua denominação alterada para Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, com área de concentração denominada Processos de Avaliação e Intervenção em Fisioterapia. A implantação do curso de doutorado em fisioterapia ocorreu em 2001, com recomendação em 14/12/2001 pela CAPES.

À essa época, a Revista Brasileira de Fisioterapia, que estava na ABF e no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) foi trazida em convênio com ambos para a biblioteca de São Carlos. Foi proposta uma articulação conjunta para que os docentes de fisioterapia da UFSCar gerenciassem essa Revista, com a expectativa que se tornasse uma revista científica (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2010a).

Claro que essa fórmula tinha que dar certo. Se nós estávamos produzindo conhecimento, fazendo as primeiras pós-graduações em fisioterapia, primeiro mestrado, primeiro doutorado aqui em São Carlos, é claro que o veículo vindo para cá de divulgação foi uma medida correta e a Revista Brasileira de Fisioterapia se tornou naquilo que se tornou hoje, ela é internacional, é uma dos principais veículos internacionais de divulgação do conhecimento em fisioterapia (Docente “L”).

A partir da aprovação das DCN para os cursos de Fisioterapia, em 2002, intensificam-se as discussões sobre a nova reformulação curricular entre os docentes da fisioterapia-UFSCar. Os relatos são bastante extensos sobre isso, visto que em 2010 essas discussões ainda acontecem no departamento. Esse tema será mais explorado nas etapas posteriores.

Em 2006, o curso de graduação foi avaliado pelo MEC e recebeu nota 4. Em 2008 foi aprovado o Pró-Saúde na UFSCar, no qual a fisioterapia também estava inserida.

No mesmo ano, a comissão pedagógica que estava trabalhando no projeto pedagógico para o curso levou a proposta desta comissão para todos os docentes do departamento. Essa proposta de mudança era semelhante a proposta da Medicina e da Terapia Ocupacional da mesma instituição.

A proposta foi apresentada, porém, não foi aceita pelo conjunto de professores. A decisão foi pela manutenção do modelo de organização em disciplinas e em especialidades. Segundo o professor “F”, a comissão foi mudando com o decorrer dos anos. Em 2009, foi montada uma nova e a mais atual comissão.

Essa nova comissão está fazendo uma discussão e o que a gente tem pensado é numa proposta bem concreta, e a partir daí a gente levar uma nova proposta para o departamento para ver se a proposta é aprovada ou não (Docente “F”).

Em 2009, os alunos do quarto ano são inseridos na rede de Atenção Primária de São Carlos pelo Pet-Saúde. Em 2010, após aprovação no departamento, a inserção desta atividade no currículo foi conseguida como estágio, nos quais todos os alunos do quarto ano podem fazer esse estágio na Estratégia de Saúde da Família, 20 horas por semana, durante três meses.

Em 2010, há a expectativa da aprovação do novo currículo do curso de fisioterapia da UFSCar em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais.

4.2 EIXO CONCEITUAL I: ENFOQUE TEÓRICO – PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO

É sempre fundamental estar trabalhando com utopias; entretanto, numa determinada conjunção de forças políticas, essas propostas ganham força e acabam se tornando realidade.

Sérgio Arouca⁸

A concretização dos valores e posições ideológicas do grupo docente, em determinado momento histórico, está estampada no currículo e projeto político pedagógico (PPP). Segundo Libâneo (2001) há dois tipos de currículos: o formal e o real. O currículo formal é aquele estabelecido pelas instituições formadoras e é expresso em diretrizes curriculares, objetivos e conteúdos das áreas ou disciplinas. O currículo real aquele que, de fato, acontece na sala de aula em decorrência de um projeto pedagógico, dos planos de ensino e do posicionamento concreto dos professores.

Toda proposta curricular e todo PPP tem suas raízes em alguma tradição cultural, o que implica em uma visão particularizada em que os diversos sujeitos se confrontam, mediados pelas relações de poder (SENA, 2005). O PPP tem como base teorias pedagógicas que consideram a interação entre o curso e o contexto geral em que se insere e traz em sua concepção um compromisso definido no coletivo (FREITAS et al, 2003).

As DCN recomendam que os profissionais de saúde devam ser generalistas e estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos, reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, considerando as circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas (BRASIL, 2002).

⁸ Entrevista de Sérgio Arouca publicada há 16 anos na extinta Revista Tema, n.7, ago. 1986. Fonte: Radis. Comunicação em Saúde, n. 3, out.2002.

Baseado nas recomendações das DCN para a nova formação dos profissionais de saúde, o objetivo deste vetor busca compreender o currículo formal e o real, bem como a proposta político pedagógica do curso de fisioterapia da UFSCar, sob a ótica dos documentos oficiais da escola (currículo formal) e de seus atores (currículo real), por meio de cinco vetores: fundamentos biocientíficos e epidemiológico-social; aplicação tecnológica; produção de conhecimentos; pós-graduação e educação permanente. Este eixo busca identificar a tendência da escola para dar ou não enfoque intersetorial e mais ênfase à saúde e à doença (LAMPERT, 2002).

Um grande progresso nesse sentido está na preocupação da escola com uma mudança paradigmática que permita avançar além do modelo flexneriano (publicado em 1910), que se expressa: pela analogia do corpo humano como uma máquina dividido em sistemas e funções; pelo reconhecimento da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências (concepção da história natural das doenças); pelo individualismo; pela especialização; pela tecnificação como mediação entre os profissionais de saúde e a doença; e pelo curativismo (MENDES, 1999).

O curso de fisioterapia da UFSCar tem mais de 30 anos e o currículo atual tem aproximadamente 25 anos. Foi constituído em um momento histórico importante para a fisioterapia e teve sua relevância local e nacional. Porém, hoje se reconhece que há uma necessidade premente de mudança dos atuais currículos dos cursos de graduação da área da saúde, justamente por não se adequarem ao perfil de formação profissional destacados nos documentos oficiais e nos estudos científicos.

4.2.1 Vetor: Fundamentos biocientíficos e epidemiológico-social

Este vetor trata do quanto o enfoque teórico da escola está voltado para as causas biológicas e sociais na determinação da saúde. Assim, uma escola é considerada mais avançada quando enfatiza a importância dos fatores determinantes da saúde e orienta o curso para as necessidades de atenção primária com forte interação entre os serviços de saúde e a comunidade, articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação (LAMPERT, 2002).

Esse tema é central para o entendimento dos valores e ideologias dos atores envolvidos no processo educacional e, neste estudo, foi bastante emergente nas entrevistas,

tanto dos professores como dos alunos. Houve muitas constatações, insatisfações e visualização de lacunas advindas do modelo biomédico do currículo atual.

Alguns dos relatos trazem a questão da formação do fisioterapeuta no Brasil seguir o modelo por especialidades médicas, corroborando Rebelatto e Botomé (1999) que trazem a indefinição da fisioterapia quanto a uma identidade profissional, o que fez com que a formação também seguisse o modelo flexneriano adotado pelas escolas médicas.

O campo de atuação que o fisioterapeuta percorreu dependeu do momento histórico ao qual esteve vinculado. No século XVIII, a industrialização e os indivíduos mutilados pelo trabalho nas indústrias fizeram com que o foco de atuação fosse a doença e a reabilitação. Nos períodos subseqüentes, as especialidades médicas ficaram mais fortes, o que também influenciou, de sobremaneira, a formação dos fisioterapeutas (HOLANDA et al, 2006).

Complementando essa questão, alguns discursos trazem que na mudança do currículo do curso de fisioterapia da UFSCar, em 1986, houve um avanço em relação ao modelo médico para um modelo de formação voltado para a fisioterapia.

(..) a gente acumulou, não só acumulou um conjunto de conhecimentos, mas estruturou um jeito de enxergar diferente com a ótica da funcionalidade (Docente "D").

Essa superação foi muito ressaltada nas falas dos docentes. Observando as matrizes do primeiro currículo (Anexo C) e do atual (Anexo D) verifica-se que este cumpriu as recomendações do currículo mínimo de 1982, visto que se tratou de um movimento intenso dos fisioterapeutas para fazer com que a formação fosse mais direcionada para a própria profissão.

Em relação às especialidades médicas, questão esta que foi tratada pelos docentes, procurou-se mais respostas de tamanha mudança comparando as duas propostas curriculares.

O currículo do início do curso tem suas matrizes bem consolidadas no conhecimento médico, com base na lógica biológica como tema transversal em toda a formação. As disciplinas consideradas especialidades médicas estão agrupadas numa disciplina maior chamada Nosologia Médico Cirúrgica. As nosologias agrupam áreas de atuação médica como pediatria, neurologia, ortopedia etc.

No currículo atual, a ciência está centrada no biológico, porém as nosologias são substituídas pelas 'especialidades fisioterapêuticas', como a fisioterapia em pediatria, fisioterapia em neurologia, fisioterapia em ortopedia etc.

Para ter uma maior consolidação deste questionamento, foram verificadas as ementas das disciplinas dos dois currículos, para ver que objetivos as perpassavam. Transcreve-se abaixo, como exemplo, as ementas da disciplina de cardiologia/angiologia (currículo antigo) e fisioterapia em cardiologia (currículo atual):

Dar informações mais detalhadas sobre a anatomia e a fisiologia do aparelho circulatório, sobre as afecções mais comuns do sistema cardiovascular. Pretende proporcionar ao aluno condições de analisar, do ponto de vista da fisioterapia e da terapia ocupacional casos clínicos apresentados por portadores dessas doenças e empregar medidas auxiliares para o tratamento e recuperação dos mesmos (disciplina nosologia médico-cirúrgica I: cardiologia/angiologia).

Capacitar o aluno a atuar com pacientes cardiopatas, para que o mesmo possa identificar, relacionar, aplicar e analisar os diferentes métodos e técnicas de tratamento de fisioterapia cardiovascular (disciplina fisioterapia em cardiologia).

Estas descrições mostram que a mudança realizada no avanço às especialidades médicas revela-se incipiente no que se refere a uma mudança de paradigma. As ementas trazem um perfil de formação de fragmentação do corpo humano, com foco na doença e no doente, na especialização do conhecimento e da atuação profissional.

Entende-se o PPP como um documento que retrata o pensamento, convicções e proposições dos sujeitos envolvidos. Retratá-lo neste momento poderia revelar com qualidade as idéias dos docentes e discentes. Porém, o único material localizado que fala da proposta do curso é um catálogo, datado de 1986, que oferece informações gerais sobre o currículo do curso e serve como orientação aos alunos em relação à matrícula. Neste documento foi encontrada a seguinte definição:

Fisioterapia é uma ciência aplicada cujo objeto principal de estudo é o movimento humano; usa de recursos próprios, com os quais (considerando as capacidades iniciais do indivíduo, tanto as físicas, as psíquicas, como as sociais) busca promover, aperfeiçoar ou adaptar essas capacidades, estabelecendo assim um processo terapêutico que envolve terapeuta, paciente e recursos físicos e/ou naturais, racionalmente empregados. Com esses recursos, o profissional de fisioterapia pode atuar desde a fase de prevenção até a reabilitação, na atenção à saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 1986, p. 1).

Para esse estudo, utiliza-se o conceito de saúde e do processo saúde-doença como uma complexidade da interação de fatores, tais como os biológicos, os modos de vida, a cultura, os valores, a organização social, a subjetividade, a qualidade de vida entre outros, com a presença ou não de sistemas de saúde, resultado do contexto organizacional, cultural, político

e social (BRASIL, 1990; ALMEIDA FILHO, 2004; CAMPOS, 2006; MENDES, 1999; CARVALHO; BUSS, 2008).

Apesar do enfoque no ato fisioterapêutico, nota-se uma aproximação do conceito ampliado de saúde, visto que não considera apenas aspectos biológicos na determinação da saúde. Diferentemente do catálogo de 1986 do curso de fisioterapia da UFSCar, o que faz com que as ementas das disciplinas não se apresentem afinados ao conceito de integralidade do SUS?

A formação em saúde vem elaborando formulações parciais sobre o corpo, servindo este como instrumento de diagnóstico, prevenção ou terapia, com dupla função: de instrumento na sua relação com o trabalho e de objeto, como aquele no qual se intervém (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Como contraposição a especialidade e o reducionismo, pressupostos como a integralidade⁹ e a teoria da complexidade¹⁰ trazem conceituações que superam uma prática fragmentada e avança para olhares integrais e conectados.

No contexto atual, grande parte dos docentes acha que o currículo não faz interface com as ações em saúde de forma mais ampliada, além da quase ausência das discussões sobre a saúde pública e o SUS, como nas falas abaixo:

Do primeiro ano até o terceiro ano eles vêm toda a parte reabilitadora, vêm pouquíssima coisa de prevenção e promoção, aí chega no quarto ano eles não vêm muita parte de ação coletiva e nem de promoção e prevenção (Docente “E”).

Não tem no departamento do curso uma disciplina que faça integração a proposta do PSF, do entendimento da saúde. (...) Embora tenha o nome da grife UFSCar, a gente está a anos-luz do que hoje a realidade exige de um profissional de saúde, particularmente do fisioterapeuta (Docente “G”).

Eu acho que poderia ter um avanço muito melhor, principalmente dentro do SUS, se essas pessoas tivessem essa consciência, se tivessem essa percepção com mais clareza, chegam freqüentemente muito jovens ainda, então acaba ficando muito ao

⁹A integralidade é um princípio fundamental do SUS e se configura como um dispositivo político, de caráter polissêmico, uma ação integral de acolher o indivíduo na sua totalidade, e como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos níveis de complexidade do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1990; PINHEIRO, LUZ, 2003; BRASIL, 2002).

¹⁰Segundo Morin (2002), para que o conhecimento seja pertinente a educação deve tornar visível: o contexto, em que o conhecimento das informações ou dos dados isolados é insuficiente, sendo preciso que estes estejam situados em seu contexto para que adquiram sentido; o global, em que o todo tem qualidades ou propriedades que não são encontradas nas partes, se estas estiverem isoladas umas das outras; o multidimensional, em que o ser humano, por exemplo, é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional; e o complexo, em que os elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si.

que vai sendo apresentado a ele e o modelo, é ainda aquele paternalista, oferecido naquela sequenzinha, tudo certinho e tal e o SUS não está suficientemente inserido nisso (Docente “D”).

Uma questão que se apresenta é como compreender o indivíduo, seu corpo e movimentos de modo contextualizado a partir da intervenção para a produção do conhecimento da fisioterapia e que campos o fisioterapeuta mobiliza para produzir esse conhecimento.

Um docente lembrou a disciplina de Noções de Saúde Pública como a única que podia fazer essa discussão, porém ela ainda está centrada na história da saúde pública, não tendo força para centrar nas discussões atuais. Outra disciplina citada foi a fisioterapia preventiva nas lesões músculo-esqueléticas, mas que o olhar desta é do trabalho, com métodos para verificar riscos ocupacionais, não acessando, assim, o cenário SUS.

Os discentes colocam que ouvem falar do SUS e da atuação do fisioterapeuta nesse sistema na disciplina fundamentos de fisioterapia, o que não acontece no restante do curso. Em sua grande maioria, os alunos têm uma visão restrita e desconhecem o que é o SUS, o consideram precário e sem investimentos.

Se for para perguntar na nossa turma quem vai trabalhar na saúde da família, são pouquíssimos, porque ninguém conhece o que faz (Discente 2º ano).

Eu não tive contato nenhum com o SUS, mas penso que é isso (...), é muito precário (Discente 1º ano).

Um professor corrobora essa afirmação quando fala:

Eu suponho que o conhecimento dos alunos a respeito do que você está querendo saber, vai ser próximo ao ridículo, independente do ano do curso que ele tá (Docente “A”).

Sobre a ausência de aproximação com o SUS e o conseqüente desconhecimento deste sistema, Lopes e Bueno (2007) realizaram um estudo para saber as percepções de estudantes sobre a saúde pública. Esta se apresentou na visão dos alunos como de serviço precário, desvalorizado, sem recursos e de difícil acesso, dirigido à população pobre e mal atendido, o que está expresso nas longas filas de espera para obtê-lo e no “caos” da sua organização. Na avaliação dos estudantes, os trabalhadores de saúde destes serviços, embora atuando em um espaço desvalorizado e precário, evidenciam a necessidade de “fazer milagres” sendo

inventivos e mostrando compromisso com o trabalho que desenvolvem e com a população assistida.

Erdmann et al (2009) encontrou resultado semelhante sobre a percepção do estudante sobre o SUS. Segundo o estudo, os alunos associaram o SUS à pobreza, ou seja, o SUS como o sistema dos pobres, que atende apenas à população de baixa renda, de nível social mais baixo e intelectualmente limitado. Para os mesmos, o SUS é dirigido para população carente de ajuda e que não possui recursos ou um plano privado de saúde, demonstrando desconhecimento do SUS como o sistema de saúde vigente no país, com possibilidades de financiamento e atendimento tanto na atenção primária quanto hospitalar e áreas específicas.

Amoretti (2005) afirma que o atual profissional não possui conhecimento e nenhum compromisso com o SUS, sendo este um fator político e ideológico que tem acompanhado a educação. Para Pereira e Almeida (2003), a presença do fisioterapeuta no setor público é ainda pequena, senão nula em algumas regiões e o vínculo maior entre este profissional e o SUS está relacionado ao setor privado, por intermédio de convênios estabelecidos com as clínicas e os prestadores de serviços de fisioterapia. Ceccim e Feuerwerker (2004) enfatizam que o cotidiano de relações, da gestão e estruturação do cuidado à saúde tem que estar incorporado no aprender e no ensinar, formando, assim, profissionais para o SUS.

As falas dos docentes trazem a necessidade da reformulação curricular do curso, com a ampliação e o entendimento da saúde, da formação generalista, que atue de forma interdisciplinar e que possa atuar no contexto do SUS. Tomando como referência as DCN (artigo 3º), temos que:

O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as 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 (BRASIL, 2002, p. 04).

Sobre essa questão, as falas de alguns docentes trazem a questão do generalista como visto a seguir:

Nós não estamos formando um generalista, porque o aluno escolhe a área de estágio que ele vai passar (Docente "F").

Esse é o ponto-chave. Como conseguir implantar no curso uma formação generalista? Porque a especialidade vai perder um pouco de profundidade e isso é uma coisa que não é consenso no grupo, pela nossa formação especializada (Docente “E”).

Será que ser generalista é somente estudar e atuar em todas as áreas da fisioterapia? Pela conceituação das DCN, a visão generalista possui uma amplitude no que se refere a uma formação que possua interlocução com as necessidades de saúde, entendendo o processo saúde-doença como multifatorial e a atuação profissional como facilitador na busca por transformações individuais e coletivas.

No estudo de Moraes (2009, p. 73), foram também constatadas as diferenças de interpretação do conceito de generalista por docentes de fisioterapia. Segundo a autora:

*As Diretrizes Curriculares correm o risco de ser interpretadas à luz de forças conservadoras e defensoras do *status quo* estabelecido, havendo assim apenas uma mudança de vocabulário no que se refere ao modelo de formação, cuja incorporação dos anseios envolvidos nas Diretrizes Curriculares permanece distante do discurso.*

Segundo a coordenação de curso, a maioria dos docentes não participou das discussões das DCN em âmbito nacional e local e nem a acompanha atualmente. Nota-se que o discurso está afinado com o que propõem as DCN, mas a verdadeira apropriação dos conceitos ainda é limitada por parte de alguns professores.

Nas reuniões da estruturação do novo currículo, as falas sempre remetem ao conceito de generalista, visto que a tendência a todo instante é permanecer nas especialidades. E nesse sentido há uma dificuldade relatada pelos mesmos, entre transformar este conceito em práticas e ações dentro do currículo.

Dessa forma, pela própria história da fisioterapia no Brasil, há um grande risco de que o conceito de generalista signifique “juntar” as especialidades, ou seja, garantir que os alunos passem por todas as áreas, de forma que os currículos se intitulem generalistas na teoria, mas na prática continuem reproduzindo um pensamento fragmentado.

Um discente do 2º ano amplia o olhar das especificidades das áreas e questiona o papel social da profissão:

Falta isso na nossa formação na universidade (...). Que a universidade criasse ou o departamento de fisioterapia criasse coisas mais voltadas para o social. Incentivasse os alunos a buscar isso, de alguma forma para que os incentivassem a buscar isso também. (...) Tem um monte de projeto desse tipo, científica, para você

criar conhecimento, mas e para você colocar o conhecimento em prática? Esse conhecimento eu sinto muita falta. E é muito importante.

Este aluno traz uma reflexão importante para a formação do fisioterapeuta. A distância social produzida e promovida pela estrutura curricular vigente dificulta o acesso dos estudantes para uma prática ampliada e generalista. A objetivação e a focalização sobre o corpo biológico exclui outros elementos que são essenciais na produção da vida. “A clínica do corpo de órgãos entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de abordagens mais satisfatórias dos processos de produção de existências singulares e coletivas” (MERHY et al, 2010, p. 61).

O atual modelo de formação continua nos moldes propostos pelo Relatório Flexner, na medida em que propõe, segundo Mendes (1999): o mecanicismo, pela analogia do corpo humano com a máquina; o biologicismo, que pressupõe o reconhecimento, exclusivo e crescente, da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências; o individualismo, que manifesta-se pela instituição do objeto individual da saúde e pela alienação dos indivíduos, excluindo de sua vida os aspectos sociais; pela especialização, que aprofunda o conhecimento específico e separa o produtor do processo de produção; e o curativismo, que prestigia o processo fisiopatológico em detrimento da causa, com foco no biológico, no diagnóstico e na terapêutica.

O relato acima conclama uma necessidade ainda não visualizada por todos, em um momento histórico em que as políticas buscam promover uma transição de práticas focalizadas na doença e nas áreas profissionais para olhares mais complexos e reais. Segundo Feuerwerker (2011), há que se produzir cuidado de acordo com as diferentes necessidades de saúde do usuário. Estas necessidades, que são amplas e singulares, devem ser intrínsecas ao cuidado em saúde a partir de relações mais horizontalizadas, mais mobilizadas pelos encontros e agenciamentos mútuos. Alguns cenários oferecem mais tempo e várias possibilidades de encontro (como nas visitas domiciliares), outros são mais duros (como nos hospitais) e os encontros são pontuais (como no centro de especialidades). Ainda assim, sempre há intensidade e o importante é produzir estratégias para que a vida inerente ao usuário seja valorizada nesse encontro.

4.2.2 Vetor: Aplicação tecnológica

Este vetor trata do enfoque teórico dado pela escola ao enfatizar a aplicação de alta tecnologia na atenção clínica, visto que o uso intensivo de tecnologias diminuiu a importância da história clínica e do exame físico, do encontro, da escuta, da inter-relação, distanciando o terapeuta do paciente e comprometendo a apreensão pelo profissional da realidade pessoal e social do paciente (LAMPERT, 2002).

Na definição de ser ou não ser uma profissão, os fatores político-institucionais, o consenso social, a prática e o desempenho profissional têm um peso muito maior do que os critérios científicos ou não científicos, embora reconheça a importância histórica desta na academia e pela sociedade, o que lhes propicia status e poder frente às demais (MARINHO apud OLIVEIRA, 2002). Segundo Demo (1998, p. 68), “o profissional não é aquele que apenas executa sua profissão, mas, sobretudo quem sabe pensar e refazer sua profissão”.

No contexto da atenção em saúde, Merhy (2000) insere as tecnologias no momento do encontro entre o profissional de saúde e o usuário. O autor define essas tecnologias como valises que representam caixas de ferramentas tecnológicas com saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais, sendo classificadas em três tipos: as tecnologias duras (valise da mão), que é a utilização de equipamentos, que permite processar dados objetivos, imagens, entre outros; as tecnologias leve-duras (valise da cabeça), na qual cabem saberes estruturados, o conhecimento; e tecnologias leves (valise das relações), que representam o espaço relacional entre trabalhador-usuário e implicado com a produção das relações entre dois sujeitos.

A partir da conceituação das tecnologias presentes no trabalho em saúde, correlaciona-se como a formação está dando conta de inserir esses âmbitos para que a atenção fisioterapêutica seja mais integral e efetiva.

Sobre essa temática, o docente “L” faz a relação entre a técnica e o profissional de nível superior:

Uma técnica é a maneira de fazer uma determinada coisa. Um profissional de nível superior, além disto, ele tem que ser um idealizador da coisa a ser feita. Uma coisa é a maneira de fazer uma determinada coisa, outra coisa é descobrir o que tem que ser feito. E isso inserido em uma situação nacional, em uma política nacional, em um país com problemas. Então o profissional de nível superior tem que ser este profissional, não basta ser um profissional que saiba aplicar ultra-som, eletroterapia, termoterapia corretamente, não. Ele tem que colocar isso num contexto da saúde nacional, por isso que ele é de nível superior (Docente “L”).

Nas falas dos discentes, verifica-se que a escolha pela fisioterapia foi porque:

A gente tem liberdade de poder conversar com o paciente, ter o contato com o paciente, é o diferencial que me fez gostar da profissão (Discente 4º ano).

De poder ajudar as pessoas (Discente 2º ano).

É uma das profissões que mais tem contato com o paciente (Discente 1º ano).

Por outro lado, muitas falas, especialmente dos docentes, afirma que:

Eu ainda sou resquício do técnico (...), não precisa saber muito, precisa saber fazer e tá bom (Docente “A”).

A formação do fisioterapeuta é muito técnica, (...) a gente busca resolver sozinho na parte técnica (Docente “E”).

Nós estamos formando um profissional de capacidade técnica muito boa, a fisioterapia tradicional (...) e justamente por isso que o nosso currículo está totalmente defasado (Docente “G”).

Escutando o aluno e o professor, é de se pensar quão distante está a expectativa do estudante sobre a profissão e a proposta da formação. O aluno traz a percepção da profissão valorizando as tecnologias leves. Quando o professor critica a atual formação técnica ele chama a atenção para o direcionamento da atenção fisioterápica nas tecnologias duras e leve-duras.

Explora-se essa questão tomando como exemplo a atuação fisioterapêutica na reabilitação. Esta tem características interessantes que estão intrinsecamente relacionadas à assistência. Um tratamento de fisioterapia nessa modalidade necessita de pelo menos um encontro semanal; da continuidade do tratamento por longos períodos, muitas vezes ao longo de uma vida; as orientações extrapolam o ambiente do ambulatório, fazendo parte da rotina de vida da pessoa; do suporte emocional no caso de traumas, choques, perdas de membros, doenças crônicas etc.; do acionamento do apoio familiar e de amigos, entre outros. Todos estes aspectos fazem com o fisioterapeuta tenha que se valer também das tecnologias leves para que a sua ação reabilitadora tenha efetividade.

A utilização de tecnologias duras tem raízes históricas na fisioterapia. Como profissão auxiliar do médico, utilizava de aparelhos elétricos, térmicos e fototerápicos na reabilitação dos pacientes lesados. Essas raízes ainda estão presentes de forma bem consistente na formação do fisioterapeuta, o que de certa forma limita a profissão, especialmente quando hoje se tem um conceito ampliado de saúde.

No caso da formação em fisioterapia estudada, há uma nítida separação entre aspectos relacionais, saber estruturado e utilização de equipamentos ao longo da trajetória na graduação. Um discente do 4º ano coloca essa lacuna, quando diz:

Têm pacientes que a gente não consegue lidar com ele, porque ele só traz problemas pessoais dele, tem gente que chora, tem gente que não consegue escutar... e a gente não tem essa cobertura.

Novamente, o biologicismo e o mecanicismo provenientes do modelo flexneriano estão presentes neste relato. O direcionamento da formação em fisioterapia para um bom aprendizado técnico não dá conta de outras variáveis imprescindíveis no trabalho em saúde e que de sobremaneira, são importantes balizadores de uma boa atenção.

O trabalho em saúde se caracteriza pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, guarda algumas especificidades que o impedem de seguir uma lógica rígida, como a racionalidade dos critérios da produção material, sendo difícil sua normalização técnica e a avaliação de sua produtividade (AMÂNCIO FILHO, 2004). Tem compromisso com necessidades sociais (relacionadas a infra-estrutura produtiva da sociedade) e com as necessidades de seu usuário direto, configurando uma relação de interseção. No processo de trabalho em saúde há um encontro entre o agente produtor (com seus conhecimentos e equipamentos) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, conhecimentos e representações), o que o torna consumidor e agente que interfere no processo (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

No curso em estudo é necessário que a formação avance além da boa capacitação teórica e instrumentação técnica, de forma a consolidar um cuidado em saúde como “uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 21).

A formação em fisioterapia ganha novos desafios, com reconfiguração de suas práticas e apropriação de novos conhecimentos em busca de ampliação desejável aos princípios do SUS.

Segundo Rezende (2007), para alcançar este perfil destaca-se a relação permanente entre as demandas humanas e sociais de saúde, a produção contínua de novos conhecimentos tecnológicos incorporando os diferentes saberes de forma interdisciplinar e a capacidade de monitoramento e atuação sobre as condições de funcionalidade do movimento humano no ciclo vital, integrando aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos locais e valorizando um novo modo de produção de intervenções.

4.2.3 Vetor: Produção de conhecimentos

Este vetor trata de verificar se o enfoque teórico da escola na pesquisa é orientar e analisar condições de saúde com base exclusivamente demográfica e epidemiológica, com ênfase nas ações curativas; se é levar em conta também aspectos socioeconômicos; ou se a escola acresce ainda a pesquisa no campo de atenção primária e da gestão do sistema de saúde (LAMPERT, 2002).

Sobre esse tópico, no art. 5º das DCN, na formação em fisioterapia, o aluno deve aprender a 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. Também é recomendado que deva conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos (BRASIL, 2002).

A produção de conhecimento no curso de fisioterapia da UFSCar, sob a ótica da pesquisa científica, é um ponto importante para discussão. Foi um tema extremamente levantado por todos os docentes e alunos, tendo sido comentado em 100% das entrevistas e grupos focais.

Inicia-se esta discussão pela fala do professor “A”, que diz:

Nesses anos todos, a Federal continua sendo a Federal, continua sendo o curso de fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, reconhecido e tal e tal. Embora tenha um reconhecimento muito engraçado a nível nacional. Que aqui forma gente para a pesquisa e não para trabalhar. Isso aí é palavra geral da nação (Docente “A”).

Este docente traz a tona o reconhecimento nacional da fisioterapia da UFSCar. Isto é de fácil entendimento visto que foi nesta universidade a criação do primeiro curso de mestrado e doutorado em fisioterapia do Brasil. Muitos docentes fisioterapeutas foram formados mestres e doutores, localmente e de várias partes do país que vem fazer sua formação neste programa de pós-graduação.

Ao mesmo tempo chama a atenção o fato de que também há um reconhecimento na graduação. Alguns dos motivos já foram citados anteriormente, porém, um dado novo trazido por este docente é o fato de a graduação formar fisioterapeutas para a pesquisa e não para a assistência.

Procurou-se na história do curso possíveis explicações que fizessem entender os motivos e circunstâncias que levaram a formação a ter essa característica tão forte.

O depoimento do professor “L” revela:

O fisioterapeuta produzia quase nada. Primeiro porque a fisioterapia não existia, enquanto tal, de uma maneira consolidada. E, segundo, até por decorrência da primeira, nós não tínhamos profissionais fisioterapeutas investigadores (Docente “L”).

Alguns outros relatos de docentes têm o mesmo direcionamento. Havia uma necessidade no país de formar fisioterapeutas investigadores no campo de estudo do objeto da fisioterapia. O tripé da formação em fisioterapia composto pelo conteúdo sólido, um aluno socialmente envolvido com a realidade brasileira e um aluno crítico foi almejado pelo corpo docente da década de 1980, contexto da segunda mudança curricular do curso. Para que isto fosse possível, a pesquisa científica foi visualizada como um caminho para contemplar pelo menos um dos pilares deste tripé.

O professor “A” fala do contexto da pesquisa na graduação como um aprendizado:

(...) Tivemos que aprender pesquisa junto com os alunos. Foi muito lindo esse processo. Note que a gente não tinha o stress na época de fazer iniciação científica necessariamente para publicar, não era essa a questão, sabe... era o prazer de construir conhecimento na área.

Com o passar do tempo, uma das explicações é que parece que houve um direcionamento exacerbado para esta vertente, fazendo com que tivesse um descompasso ou um desequilíbrio entre os três âmbitos propostos. O professor “H” confirma esta afirmação quando diz que:

O projeto político do curso é um projeto antigo. Ele foi mudado muito pouco no decorrer desses quase 30 anos, ele ainda foge da essência que a gente acha da formação do aluno a ser formado nesse contexto porque a formação do aluno aqui da UFSCar é uma formação voltada mais para a pesquisa (Docente H).

Todas essas opiniões podem ser demonstradas quantitativamente, no fato de que o crescimento do número de pesquisadores doutores com graduação em fisioterapia foi imenso na última década, saltando de 57 pesquisadores em 1998 para 573 em 2008. Os pesquisadores titulados realizaram seus cursos de graduação principalmente na região Sudeste do país,

sobretudo na UFSCar (n=71), seguido da PUC de Campinas (n=46) (COURY; VILELLA, 2009).

O discente do 3º ano corrobora essa orientação da formação para a investigação, quando relata:

A visão dos professores é voltada para a pesquisa. É como se fosse uma preparação nossa para o mestrado e doutorado.

A importância da pesquisa na graduação foi ressaltada pela quase totalidade dos docentes como o ponto mais positivo do curso, como demonstrado nessas falas:

Nosso curso é muito voltado para a pesquisa clínica. Isso ajuda, porque quase 100% dos alunos fazem iniciação científica, isso ajuda a formação do aluno mais crítico, aluno que busca mais informação, busca a fisioterapia baseada em evidência. Isso é um ponto forte do nosso currículo e a gente não quer perder isso (Docente “C”).

Continuo achando que é essencial a gente formar o aluno crítico que tenha experiência de pesquisa durante a sua graduação (Docente “T”).

Por estes relatos, é notória a correlação da pesquisa na graduação para contemplar os pilares da formação de conteúdo sólido e do aluno crítico. Esta relação não foi deslocada de poucos docentes e sim, bastante recorrente nas falas.

Apesar da grande maioria dos professores marcarem a pesquisa como importante, alguns professores se sentem bastante incomodados com esta ênfase na graduação:

Se não tiver, se o eixo do conjunto dos professores for... cutucão agora tá...for produzir pesquisa de ponta e formação centrada na clínica nunca vai acontecer nada (Docente “A”).

Tá todo mundo voltado para os seus projetos de pesquisa individuais e iniciação científica (Docente “G”).

A prática da pesquisa na graduação é defendida por alguns autores, os quais salientam a importância da pesquisa na formação de um profissional para que tenha maior senso crítico, criatividade e raciocínio científico (PADILHA; CARVALHO, 1993; SOUBHIA et al, 2007; NÓBREGA-TERRIEN; FEITOSA, 2010).

A liberdade para o aluno traçar seu próprio caminho na conquista de novos conhecimentos e a assistência ao educando no ato de investigar são aspectos importantes no processo de ensino e aprendizagem. Quando o aluno tem liberdade para escolher como e o

que aprender, a aprendizagem se torna mais significativa e os conceitos adquiridos têm maior profundidade, compreensão e durabilidade (SOUBHIA et al, 2007).

A iniciação científica permite que o aluno de graduação tenha noções teóricas e metodológicas de pesquisa, buscando incentivar-lhe a capacidade de pensar e o espírito questionador. Esse contato com a pesquisa, além de enriquecer a formação escolar do aluno, fornece-lhe o alicerce para a continuidade dos estudos nos programas de pós-graduação, principalmente se a opção feita for a carreira acadêmica (PEREIRA et al, 1999).

Correlacionando a literatura e os autores supracitados com o curso de fisioterapia da UFSCar, o desenvolvimento de pesquisas na graduação aumenta o arsenal de possibilidades do aluno e futuro profissional para lidar com as singularidades dos problemas que aparecem e aparecerão na atividade do fisioterapeuta. O desenvolvimento e o estímulo as pesquisas e a produção de conhecimento diverge bastante de muitas escolas do país, em que há lacunas importantes no envolvimento do professor e do aluno com a pesquisa.

Porém, chama a atenção que no curso em estudo as pesquisas, em sua maioria, têm um caráter clínico e biologicista, como relatado pelo docente “C” na sua fala destacada anteriormente. Há um direcionamento em pesquisas baseadas na investigação de diagnósticos e terapêuticas, como critica o professor “A”.

Como destacam Nóbrega-Therrien e Feitosa (2010) corre-se o risco de limitar a pesquisa simplesmente à sua noção técnica e não ligá-la à construção permanente do conhecimento a partir da prática, de modo a formar profissionais reflexivos.

Uma possível explicação pode residir no fato de que o predomínio das ciências biológicas no currículo de graduação e a existência na pós-graduação de um grande número de disciplinas com cunho biológico, tecnicista e de alta tecnologia, reflita na produção científica da graduação, uma vez que os professores da graduação e da pós-graduação são os mesmos.

Para o curso em estudo, algumas questões podem ser trazidas para reflexão: a) a produção da pesquisa atrelada ao ensino; b) a pesquisa como parte de um ciclo no processo de ensino-aprendizagem em que o docente acompanha o contato com uma questão a partir de uma realidade vivenciada, o desenvolvimento de métodos e técnicas de pesquisa para se buscar respostas às dúvidas e a viabilidade desta em ser aplicada na prática. A separação relatada por alguns docentes entre pesquisa e ensino não tem significado para o aluno, o que muitas vezes, reproduz a própria dicotomia destes dois processos, como descrito nos relatos abaixo:

Aparentemente, eu ouvi falar, a pesquisa é a filosofia para quem vai fazer a pós (...). Mas aí colocaram para a gente antes, na graduação, antes de chegar na pós, para incentivar a pesquisa provavelmente. Mas mesmo assim não faz sentido. Tem falta ainda de fisioterapeuta sabe... eu acho que tem que formar o pesquisador, mas eu acho que tem que formar o que vai atuar (Discente 2º ano).

Eu estou decepcionado com a pesquisa. Para mim era uma coisa e é outra. Acho que a pesquisa tem que ter mais a ver com a prática (Discente 3º ano).

Como trazido por Soubhia et al (2007), o contato com a realidade, primeira etapa da metodologia, poderá ser o meio para despertar o interesse e o compromisso em dar respostas à problemática levantada. O acompanhamento do docente na busca dos meios que o ajudarão a dar respostas ao problema eleito será o suporte para a continuidade do seu desenvolvimento diante das dificuldades e inseguranças nesse percurso. A polêmica no meio acadêmico acerca da possibilidade (ou não) de haver pesquisas na prática encontra-se relacionada a questões de poder, e isso porque ainda há quem olhe para a pesquisa na prática como algo que possa competir com a pesquisa acadêmica, abalando sua legitimidade (DINIZ-PEREIRA; LACERDA, 2009)

Parece que o aluno crítico relatado pelos docentes encontra-se apenas no âmbito das “verdades científicas”, de busca por conhecimentos validados e da melhor técnica e métodos atuais de intervenção. Ou seja, não se nega a importância e a necessidade da cientificidade estar presente, mas coloca-se como reflexão se, especialmente as pesquisas criticadas por alguns docentes, conseguem dar possibilidades de resolução dos problemas que estão presentes na prática cotidiana do fisioterapeuta brasileiro e como o aluno consegue perceber, através da pesquisa, estes problemas e suas soluções. Segundo Cassiani e Rodrigues (1998), o aluno pode observar, analisar, criticar e buscar informações sobre os problemas da realidade, a fim de escolher alternativas e apresentar e executar soluções embasadas na análise. Essa é a finalidade do ensino do método científico nos cursos superiores.

Além disso, a pesquisa colabora para a definição do papel da profissão perante as necessidades relacionadas à saúde da população, bem como para a compreensão pelos profissionais das dimensões da profissão, os quais, pela pesquisa podem descrever, explicar e intervir nos fenômenos relacionados à prestação de serviços em saúde (SOUBHIA et al, 2007).

Existem características comumente encontradas em universidades públicas que certamente contribuem para a inserção dos alunos nas atividades de pesquisa. Entre elas, estão: a cultura organizacional da instituição que tem a pesquisa como missão, a possibilidade de aquisição de uma bolsa de iniciação científica junto às agências de fomento e as exigências

por parte da instituição para que os docentes produzam conhecimento científico (GIACCHERO; MIASO, 2006).

Um ponto desfavorável para essa aplicação são as exigências de produtividade, reduzida esta a número de trabalhos publicados, o que tende a gerar pesquisas puramente descritivas (mais rápidas de serem feitas) (PEREIRA et al, 1999).

Sobre esse assunto, Barbosa (2010, p.13) faz a seguinte reflexão:

Como temos enfrentado essas políticas educacionais que, de formas claras ou sutis, infiltram-se em nossas instituições e passam a regê-las através da lógica privatista, competitiva e voltada para o mercado do conhecimento? Como temos nos colocado em relação a uma política acadêmica que não se preocupa com a qualidade e/ou com o compromisso social do conhecimento?

Há no Brasil uma desvalorização desigual da pesquisa e da pós-graduação em relação ao ensino e a extensão. Conseqüentemente, neste contexto, há fatores importantes que obstaculizam as mudanças atitudinais e burocráticas que exigem maior dedicação do corpo docente para o ensino da graduação, especialmente no tocante aos novos referenciais da formação voltados para a produção do cuidado (LUZ, 2007).

Luz (2007) descreve a questão do produtivismo como doença institucional, fruto de uma cultura institucional patogênica, geradora de sofrimento e adoecimento entre pesquisadores e professores. A avaliação institucional posta em prática não tem ido além de um enquadramento contábil da produtividade do pessoal acadêmico, engendrando uma cultura competitiva, opressiva e repressora à criação do trabalho intelectual, de exclusão dos considerados menos fortes ou mais fracos no sistema e de vitória e prestígio pessoal ou grupal a qualquer preço. Tal cultura distorce e revoga o trabalho acadêmico, privando os profissionais de valores-fins de suas atividades, da identidade no trabalho, despojando-os de um conjunto de sentidos de ser e de existir no mundo.

Ramirez-Gálvez citado por Barbosa (2010) diz que nos tornamos parte das engrenagens de um grande sistema de mercado globalizado de produção científica e tecnológica do qual fazem parte, entre outros atores 'interessados', grandes corporações editoriais internacionais que, através dos vários mecanismos de avaliação instituídos, detêm o domínio sobre a informação resultante das pesquisas financiadas com dinheiro público.

A produção em série, como organização do trabalho humano é, possivelmente, dos mais instrumentais fatores de massificação do homem no mundo altamente técnico, o que não exige uma atitude crítica total diante de sua produção e corta-lhe os horizontes com a estreiteza da especialização exagerada (FREIRE, 1980).

Uma questão a ser considerada, especialmente nas pesquisas financiadas ou na iniciação científica é o espírito de competitividade entre os alunos para estar inserido em determinadas pesquisas ou junto a professores considerados renomados em uma área.

Um discente do 1º ano retrata bem o árduo caminho para conseguir boas notas para poder concorrer à entrada em um projeto de pesquisa, marcando a formação num espírito de competição e individualidade:

*Tem uma veterana que está tentando iniciação científica, aí ela tá correndo atrás. Ela ficou sabendo por que mandaram um email e pegaram as quatro maiores IRA (**Índice de Rendimento Acadêmico**) da sala. Ela foi fazer a entrevista e mandou o projeto dela, um negócio enorme, em inglês (...). Agora elas vão voltar lá para fazer uma entrevista em inglês também. E aí quem passar fica com a iniciação (Discente 1º ano). **Grifo da autora.***

De todos os anos, o último ano foi o que mais estava insatisfeito com a forma como a pesquisa era tratada dentro do curso, da valorização de alguns alunos em detrimento de outros (medida pelas notas), na caracterização dos alunos (se tem ou não perfil de pesquisador) pelos professores e uma grave fragmentação do aprender do ensino e do aprender da pesquisa. Neste momento de análise destaco as falas dos alunos deste ano do curso por esta questão ter se apresentado como relevante para os mesmos, cujos depoimentos estão representados nas três falas abaixo:

O que eles falam é que se não tivesse os pesquisadores e a publicação da quantidade absurda de artigos que eles publicam por ano, não teria essa estrutura que tem aqui. Eles são as pessoas que mais entendem da ortopedia no Brasil, é o cara que manja da cartilagem do joelho e carrega com ele uma bagagem de pesquisa, de renome, aí vem fundos... (Discente 4º ano).

Uma coisa que eu sinto é assim: aqueles professores que tem grande renome como pesquisador, eles tem essa expectativa. Esperam que os alunos que eles gostam, que acreditam no trabalho, apostam que virem pesquisador. Agora aqueles professores que não tem renome como pesquisador, eles apostam mais pra atender (Discente 4º ano).

Se eu tivesse no lugar de professor aqui dentro, eu não ia ficar reparando quem só tira dez para virar pesquisador. Será que esse aluno que só tira dez, ele sabe atender? Será que sabe fazer os dois? No segundo ano eu não sei atender, mas já sei o ângulo tal e tal para tal movimento no Biodex Ufa! Pô... a gente chegou num extremo. A gente chega no quarto ano para atender, uma maior galera, não sabe de nada (Discente 4º ano).

Um aspecto a destacar no grupo focal foi o sentimento dos alunos neste tema, os discursos eram seguros, fortes, de indignação e as falas começaram a se sobrepor umas às outras. Necessitou-se, como mediadora da discussão, fazer com que fosse garantido o espaço

de fala de todos e de escuta do outro, bem como fazer com que o foco da discussão fosse preservado. Além disso, vale ressaltar que nesta situação (como em todos os momentos da coleta de dados) não coube ao pesquisador fazer inferências, interferências ou juízos de valor. Foi respeitado e valorizado a fala de cada um presente.

Uma explicação dos próprios alunos para tamanho inconformismo é que neste ano começa o estágio, de fato o primeiro momento dos alunos com os pacientes de forma mais próxima e sob sua responsabilidade. Assim, o contato com a realidade permitiu fazer inferências e questionamentos sobre o seu próprio processo formativo, transformou o jeito e o modo do estudante visualizar as várias facetas do trabalho em saúde e como afirmam Soubhia et al (2007), o contato com a realidade além de despertar a curiosidade, desperta o ator político, tornando-o capaz de criar soluções.

Para finalizar a reflexão neste vetor, interroga-se: que ciência e que pesquisa a fisioterapia brasileira ainda busca? Sabe-se que ainda é hegemônico no país o direcionamento da produção do conhecimento em saúde relacionado ao modelo flexneriano. Este mesmo modelo que suscita, atualmente, as mudanças da educação médica, por exemplo. É preciso pensar a ciência e a produção do conhecimento em diálogo com outras perspectivas, à concepção de educação, do papel dos diferentes atores nos diferentes processos.

É necessário vinculação com as necessidades da sociedade atual e dos assuntos que motivam o aluno, cuidando para que o questionamento, o inconformismo, capacidade de reflexão e análise crítica sejam gerados e mantidos entre os graduandos, para que estes descubram o verdadeiro sentido e a responsabilidade de produzir conhecimento científico (GIACCHERO; MIASO, 2006).

4.2.4 Vetor: Pós-graduação e Educação Permanente

Este vetor trata do enfoque teórico que faz a escola ofertar cursos de residências, mestrados e doutorados e comprometer-se com a educação permanente. Além disso, da visualização da relação entre os programas de pós-graduação e a graduação em fisioterapia (LAMPERT, 2002).

A Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi instituída na Portaria 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004 e considera a EPS:

(...) como um conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2004, p. 2).

Em relação ao número, qualidade e diversidade de pós-graduação o curso de fisioterapia está bem coberto. A UFSCar possui mestrado e doutorado em fisioterapia, especializações *latu sensu* de Fisioterapia em Pediatria e Fisioterapia em Geriatria e especialização modalidade residência através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

O mestrado e o doutorado são os que têm mais influência na graduação. Esta influência tem pontos positivos e negativos. Dentre estes, entre os pontos positivos estão a grande produção técnico-científica das dissertações e teses, que tratam da especificidade da intervenção em fisioterapia, o que traz para a graduação um conhecimento atualizado e evidenciado; e há uma proximidade física e de conhecimento dos alunos da graduação com as pesquisas que são feitas no programa de pós, o que possibilita ao aluno aprender sobre métodos, técnica de pesquisa, de intervenções e a exercitar a leitura de artigos científicos.

Ao mesmo tempo, como pontos negativos, esta proximidade faz com que os conhecimentos em nível de mestrado/doutorado se misturem com o da graduação, enfatizando ao graduando a busca por um conhecimento altamente especializado, técnico e muitas vezes, com a utilização de tecnologias muito avançadas. Este ponto pode ser visualizado na fala desse estudante:

Se usar a graduação para ser especialista em Biodex, para ser pesquisador, rei dos questionários vamos ter que partir, obrigatoriamente, para uma especialização depois (Discente 4º ano).

Reflito sobre essa questão e compartilho com Ayres (2007) quando diz que a busca científica das boas práticas exige tanto da parte do que aprende, como da parte de quem ensina, como uma referência à práxis, o que a separa do saber especializado da técnica, pois no cuidar entra a questão dos sentidos de felicidade das pessoas e não apenas como se faz a técnica.

A procura por cursos de pós-graduação tem sido associada pelos alunos a uma insegurança na proximidade com o término da sua formação e início da sua atuação profissional, como vislumbrado neste depoimento:

A gente tem noção de quem tem que sair e fazer outra coisa. Ou um mestrado, ou aprimoramento. Você não pode sair só graduando de fisioterapia. É muito difícil conseguir alguma coisa depois, todo mundo tem essa consciência (Discente 4º ano).

Segundo as DCN, no artigo 6, os conteúdos biotecnológicos abrangem 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 (BRASIL, 2002).

Nesse quesito o curso cumpre com as recomendações, porém estes conhecimentos fazem parte, mas não somente, visto que o aluno deve perpassar conhecimentos das ciências biológicas e da saúde, das ciências sociais e humanas e conhecimentos fisioterapêuticos específicos.

Todos estes conteúdos essenciais devem estar relacionados com o panorama nacional, com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia (BRASIL, 2002).

O investimento no aluno da graduação para que ele possa entrar, após esta etapa, num programa de mestrado é fator conflitante entre discente e docente, exemplificado nas falas abaixo:

A gente tá trocando... troca de favores...publiquem que eu mando recursos.. e aí prejudica toda a graduação. A tendência é todo mundo sair daqui como pesquisador, porque tem o melhor conceito de pesquisa em fisioterapia no Brasil (Discente 4º ano).

O aceite deles em pós-graduações são indicadores claros de que a gente conseguiu formar alunos mais críticos, tanto é que eles entram na pós-graduação, porque já tiveram iniciação científica (Docente "I").

Sobre a pós-graduação, Caldas (1997) *apud* Strauss e Leta (2009, p. 1035), diz que:

É preciso reconhecer de antemão que o desenvolvimento da pós-graduação no Brasil não derivou de um processo espontâneo de crescimento da produção científica e do aperfeiçoamento da formação de seus quadros, mas sim de uma política deliberada do governo federal. Tal estratégia obedecia a uma decisão governamental explícita, a de disciplinar e orientar o ensino superior no país, que culminou com a ampla Reforma Universitária implantada a partir de 1968-1969. Seu escopo é a modernização do ensino superior nos quadros do projeto de desenvolvimento econômico então adotado.

Saviani (1986) afirma que a perspectiva da pós-graduação é claramente elitista. Essa lógica se funda nas relações sociais básicas e se traduz na busca dos setores dominantes, de

mecanismos que lhes permitam garantir hegemonia sobre o conjunto da sociedade. Educacionalmente a pós-graduação constata que a ciência é internacional (universal) pelo método e não pelo objeto. O argumento relativo aos padrões internacionais serve, com frequência, para desviar a atenção de temas nacionais relevantes e urgentes, canalizando forças para a investigação de temas internacionais.

Rebelatto e Botomé (1999) também chamam a atenção para este fato quando afirmam que o compromisso de lidar com os problemas reais de uma população que deveria orientar a formação dos profissionais na aplicação do conhecimento é longínquo, visto que os conhecimentos produzidos em outros países são eleitos como mais relevantes para a formação dos profissionais de nível superior. Segundo os autores, particularmente na fisioterapia, a formação é conivente com esse procedimento e esses referenciais, na medida em que transmite informações e atuações de autores estrangeiros preocupados com outra realidade social.

Nesse âmbito, as DCN fazem um movimento contra-hegemônico, visto que o aluno deve estar intimamente conectado com os problemas brasileiros, experimentar os mais diversos cenários de aprendizagem, interdisciplinar, dentro e fora da escola, com visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade. É imprescindível que a multiplicidade de estímulos promova o desenvolvimento de habilidades na atenção à saúde, na comunicação, na liderança, na tomada de decisões, na administração e gerenciamento e na educação permanente. Todos esses espaços e habilidades não têm um único dono, ou uma única área ou um determinado local de trabalho.

No campo da investigação, essa é uma habilidade que tem de ser estimulada e desenvolvida em qualquer local que o egresso estiver presente. Deve-se, assim, avançar no pensamento da pesquisa apenas como viés acadêmico. A realidade social, o SUS, os problemas e as lacunas a eles vinculados produzem um campo imenso de possibilidades e necessidades investigativas.

Outra pós-graduação citada nos depoimentos foi a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, que segundo o discente do 2º ano “*abriu as nossas cabeças em relação à atuação do fisioterapeuta na saúde da família*”. Segundo outro discente do 2º ano, o fazer em fisioterapia ganhou uma amplitude, indo além do atendimento de reabilitação:

Falta um pouquinho também da informação dos estudantes de fisioterapia em relação ao que eles terão que fazer na saúde da família, já que eu senti quando conversava com elas (as residentes) é que não seria um serviço aplicado, não seria

a gente trabalhar totalmente como fisioterapeuta lá, seria fazer um trabalho social mesmo, focalizado nas várias áreas. Complemento da autora.

Antes de adentrar no terreno das Residências, propõe-se fazer observações da fala acima sobre o ‘trabalho social’ da atenção primária. Considerando as necessidades de saúde, há um território de produção para o usuário que o faz ter significados. Há uma expectativa por parte do usuário de ser cuidado, de poder contar com a equipe de saúde, de ter vínculo e efetividade no encontro. Ao mesmo tempo, os usuários esperam ter acesso ao correto diagnóstico e a terapêutica, que possam contar com profissionais que dominem os conhecimentos estruturados de sua área (FEUERWERKER, 2011). Desta forma, os fisioterapeutas na atenção primária não devem trabalhar segundo uma perspectiva dicotômica do ‘social’ e da ‘clínica’. Ambos precisam fazer parte do repertório do trabalhador para produzir ações conexas e contínuas.

Para Dallegrave e Kruse (2009), metaforicamente, a Residência Multiprofissional em Saúde é um ‘Olho de Furacão’, que por onde passa, arranca o que está preso, remexe, movimenta, estremece. É uma ‘Ilha da Fantasia’, onde tudo é possível, onde não há limites para o sonho.

Na dissertação de Lobato (2010), cujo objeto foi a Residência Multiprofissional da UFSCar, a pesquisadora constata que desde a formulação, este Programa de Residência intentava aproximar a universidade da rede de serviços, inserindo todos os envolvidos, universidade, estudantes, gestores e trabalhadores da saúde na discussão da formação dos trabalhadores e no debate sobre a mudança de modelo de atenção no município. Buscava-se discutir a importância da Rede-Escola de Cuidados à Saúde, além de impulsionar processos de educação permanente nas equipes, na associação de processos de cognição à produção de nova subjetividade, contribuindo para a ressignificação das práticas.

As especializações em Pediatria e Geriatria não foram citadas por nenhum dos entrevistados.

Para se caracterizar como uma escola avançada, segundo o instrumento utilizado nesta pesquisa, esta tem que oferecer pós-graduação em campos gerais e especializados articulada com os gestores do sistema de saúde, visando às necessidades de saúde quantitativas e qualitativas para a formação de profissionais e franqueia a educação permanente aos profissionais da rede (LAMPERT, 2002).

Pelo que foram relatadas nas entrevistas e registradas nos documentos oficiais destas pós-graduações, as especializações em Fisioterapia Geriátrica e Fisioterapia em Pediatria

abarcam alguns destes itens, todavia a educação permanente aos profissionais da rede não aparece como uma das ações.

A Fisioterapia Geriátrica através do Programa de Revitalização de Idosos tem parceria com a Prefeitura Municipal de São Carlos e tem como objetivo principal proporcionar à população da terceira idade uma oportunidade de convívio social, esportivo e acadêmico visando melhora da qualidade de vida destes indivíduos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2010b).

A Fisioterapia em Pediatria realiza a promoção, prevenção, manutenção e reabilitação da saúde da criança de forma articulada com os municípios da microrregião de São Carlos, com a perspectiva da integralidade, humanização, eficiência e resolução do atendimento (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2010c).

A Residência Multiprofissional, até o presente momento, é a que contempla todos esses itens visto que, além desses pontos, também realiza educação permanente com os profissionais da rede no serviço e na universidade com os seguintes objetivos: instituir um espaço de aprendizagem a partir da reflexão da prática do tutor/preceptor; processar problemas do processo de trabalho do tutor/preceptor de origem pedagógica e do cuidado à saúde; avaliar os resultados da educação permanente por meio do impacto positivo do desempenho do tutor/preceptor (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2009).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), essa aproximação colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde, ou seja, agregação entre desenvolvimento institucional e individual, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

A partir disso, a fisioterapia brasileira não pode e não deve estar alheia a multiplicidade de locais, jeitos e modos de fazer e produzir conhecimento que a sociedade brasileira e as políticas públicas nos apresentam. Destarte, a fisioterapia deve produzir conhecimento científico com relevância social e estar implicada numa busca constante de criar soluções no sentido da transformação.

4.3 EIXO CONCEITUAL II: ABORDAGEM PEDAGÓGICA

A desconsideração total pela formação integral do ser humano e sua redução a puro treino fortalecem a maneira autoritária de falar de cima para baixo.

Paulo Freire¹¹

Este eixo busca identificar a tendência do processo ensino-aprendizagem e do processo avaliativo que se desenvolve na escola e da orientação didático-pedagógica, verificando se é mais centrada no professor ou no aluno (LAMPERT, 2002).

Para a análise utilizam-se os seguintes vetores: estrutura curricular e orientação didática.

4.3.1 Vetor: Estrutura Curricular

Este vetor analisa se a estrutura curricular se apresenta de forma fracionada, em ciclos (básico e profissionalizante) bem separados e organizados em disciplinas segmentadas; se a estrutura curricular apresenta atividades didáticas em grande parte integradas; ou se o currículo conta com áreas de prática real, sem a fragmentação em disciplinas (LAMPERT, 2002).

A maioria dos docentes vê o atual currículo como desatualizado, ainda no formato de disciplinas, sem integração e de alto cunho técnico, especialista e reabilitador.

O docente “A” lembra que a idéia dos docentes quando da construção curricular da década de 1980 (atual currículo) era de que este contemplasse as questões bio-psico-sociais. Mas ele mesmo coloca que essa tentativa não deu certo:

(...) até hoje viu, não deu certo, já vou dizendo, não deu certo. Quando você fala do bio-psico-social é chique no discurso, na prática é só físico.

¹¹ Trecho do livro "Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa", de Paulo Freire, Editora Paz & Terra, 1997. p.131.

Ele exemplifica que para abordar a questão psicológica foi inserida uma disciplina de psicologia e a questão social foi pensada nas disciplinas de sociologia e antropologia, além da filosofia da ciência, como uma reconstituição do pensamento científico. Além disso, coloca que um dos grandes problemas é que essas disciplinas estão no primeiro ano do curso e que são consideradas pelos alunos como disciplinas ‘chatas’, porque não fazem ponte com o restante do curso.

Confirmando esta opinião, os alunos criticaram as disciplinas das humanidades no grupo focal do primeiro ano em que surgiu essa questão. Eis um trecho da conversa deste grupo sobre esta temática:

- Eu acho que a que mais vai ajudar é a psicologia. Mas também não sei. Tem um veterano que falou que a Psicologia que a gente vê na disciplina, não é a que a gente vai lidar com o paciente.

- Eu acho que, por enquanto, está mais para um desenvolvimento pessoal do que está mesmo relacionado com a fisioterapia.

- Eu também não consigo achar muita relação por enquanto.

- Eu vou complicar. Eu acho que é mais para cumprir a carga horária. Não tem relação direta com a fisioterapia.

- Com a psicologia... Relação direta não, mas dá para achar.

- Com o que a gente está vendo eu acho muito difícil, porque é muito superficial. A gente não aprofunda em um assunto.

- Mas a parte dos autores eu acho chata.

- Realmente...

Outras falas dos anos seguintes expressam a falta de significado destas disciplinas no currículo ou a crítica da forma como esse conhecimento foi passado:

Filosofia da ciência não ajudou em nada, não acrescentou em nada, não vai me deixar mais ou menos fisioterapeuta, porque já eram coisas básicas que a gente já conhecia, semestre inteiro foi falácia e não sei como vou usar essa falácia na minha profissão (Discente 2º ano).

*É uma matéria extremamente importante (**antropologia da saúde**) (...) a gente entender e saber respeitar outras culturas (...) só que não foi dada de maneira interessante (Discente 3º ano). **Complemento da autora.***

O que eu acho é que no primeiro ano o aluno não consegue ter noção disso tudo e como são disciplinas que não são da nossa área, acabam fazendo falta mais pra frente, nos estágios (Discente 4º ano).

Sobre as disciplinas das humanidades nos cursos de saúde, Coêlho (1998) diz que há o mito de que a inclusão de disciplinas como a sociologia, antropologia e filosofia garante a formação crítica deixando outros professores livres para continuarem suas aulas sem terem de preocupar-se com o pensamento. Passando de uma área para outra a opinião crítica do estudante apareceria automaticamente, em ‘passe de mágica’, como se fosse monopólio de algumas esferas do conhecimento.

Segundo Santos (2005), a distinção dicotômica entre ciências naturais e ciências sociais deixou de ter sentido e utilidade. Esta distinção assenta numa concepção mecanicista da matéria e da natureza a que contrapõe, com pressuposta evidência, os conceitos de ser humano, cultura e sociedade.

Quando se pensa que o ser humano é central no campo da saúde e se avança numa idéia de integralidade, fica obsoleto pensarmos em uma divisão do saber e do sentir, da razão e da emoção, do biológico e do psicossocial. Ao mesmo tempo a forte influência da cultura ocidental e do modelo flexneriano na formação e no fazer em saúde faz com que o antagonismo entre tecnicismo e humanismo ainda permaneça.

No curso estudado, houve uma tentativa de que os conteúdos referentes às humanidades fossem contemplados no currículo, através das disciplinas: introdução a sociologia geral, filosofia da ciência, introdução a psicologia e antropologia da saúde. Porém, observando o currículo (Anexo D), divididos em perfis, o perfil 1 contempla as três primeiras disciplinas citadas junto com citologia, histologia e embriologia/genética. E o perfil 2 com antropologia da saúde junto com anatomia e bioquímica/biofísica.

O que se percebe claramente é a desconexão das disciplinas ‘da área de humanas’ com o restante do curso. Na proposta do 1º ano, a contraposição destas com as disciplinas biológicas, como também a ausência de contato com o real e com pessoas, causam no aluno esta sensação de ‘não sei para que serve’.

Maia (2004, p. 108) chama essas disciplinas de temas transversais e faz a seguinte reflexão:

Em que ‘lugar’ se ensina e aprende a ética? Qual ‘disciplina’ será responsável pela formação humanística do profissional em saúde? O mesmo pode ser pensado a respeito das capacidades de comunicação, liderança, resolutividade, entre outras. (...) Tais áreas podem ser consideradas temas transversais, que possibilitam integrar áreas do conhecimento para além dos limites disciplinares, estabelecendo novas relações da alocação espacial dos saberes nos compartimentos curriculares tradicionais.

O diálogo interdisciplinar e a interação de saberes na construção de novos discursos e das novas tecnologias na saúde é a essência da humanização unindo ao corpo da ciência, a alma humana. É provado e reconhecido que a saúde e o cuidado envolvem aspectos da história e da cultura legitimados pelo desejo das pessoas e que as humanidades teriam os saberes necessários à ligação da ciência com esse mundo da vida das pessoas. O consenso é que haja disciplinas e temas humanísticos transversais que se apresentem em diferentes momentos e disciplinas curriculares durante toda a formação do aluno (RIOS, 2010).

Em contraposição às humanidades, a dimensão desumanizadora no campo da saúde vem ocorrendo na medida em que, baseado no modelo biomédico, os usuários do sistema são reduzidos a objetos da própria técnica, despersonalizados em uma investigação que, para se aceitar científica, se propõe fria e objetiva. É necessário se compreender a técnica como instrumento que necessita acolher o paciente e não excluí-lo (SILVA; SILVEIRA, 2008; SUMIYA; JEOLÁS, 2010; BRASIL, 2010a).

Uma das possíveis facilidades do fisioterapeuta neste âmbito reside no fato de ter como principal instrumento de trabalho as suas mãos. Além disso, utiliza o toque no corpo do outro da forma mais incisiva possível, de modo que facilite a aproximação de atitudes humanizadas das intervenções terapêuticas. Uma fisioterapia que centre o seu conhecimento na doença não produz saúde e, se a mesma fica reduzida ao campo físico, ela perde sua essência (SILVA; SILVEIRA, 2008).

Outro ponto a ser discutido é a falta de integração das disciplinas como um problema sério na interface teoria-prática. Os alunos do 3º e 4º anos colocaram que as disciplinas deveriam ser distribuídas de forma mais adequada e que deveria ter uma aproximação dessas teorias quando estivessem na prática, já que não vêm sentido em assistir aulas teóricas se ainda não tiveram contato com os pacientes.

Se a gente tivesse essa disciplina junto com a parte prática, aí seria interessante porque as dúvidas que fossem surgindo a gente tiraria na hora (...). A dúvida só tá surgindo agora e a gente viu que não aproveitou a disciplina o quanto podia. (Discente 4º ano).

Quando a gente tem aula de ortopedia, retoma aula de anatomia, de histologia, de patologia. E isso vira um repeteco. Todo início de disciplina é a mesma coisa... vai fechando os pacotes e vira um repeteco. E o pior é que a gente não sabe mesmo, vê 20 vezes, por isso tem que retomar. Aí isso toma tempo, de uma coisa que tava mal feita (Discente 4º ano).

Esta fala traz à tona a dicotomia presente entre os ciclos básico e profissionalizante. Os alunos reconhecem a importância desses conhecimentos em sua formação, mas lamentam que só no ciclo profissionalizante é que isso se torna evidente.

Nesse modelo de organização, segundo Cunha citado por Oliveira e Koifman (2006, p.145):

A idéia que sustenta essa concepção afirma que primeiro o aprendiz domina a teoria para depois entender a prática e a realidade. Ela tem definido a prática como comprovação da teoria e não como sua fonte desafiadora, localizando-se, quase sempre, no final dos cursos, em forma de estágio. Além disso, trabalha-se com o conhecimento do passado, com a informação que a ciência já legitimou, nunca os desafios do presente ou com o conhecimento empírico que pode nos levar ao futuro.

As disciplinas constituem-se como elementos isolados. A fragmentação disciplinar tem reflexos na tendência à especialização, podendo resultar no privilégio, pelo estudante, de determinados conteúdos e a opção por atividades em áreas específicas. O currículo sob a forma de “grade” é entendido como o “aprisionamento” do planejamento curricular em gaiolas disciplinares, bem como os limites rígidos entre os meios interno e externo da escola. Assim, a estrutura disciplinar de um currículo induz ao planejamento baseado em conteúdos, não em objetivos (MAIA, 2004).

Quanto ao processo de ensino-aprendizagem tradicional, observa-se uma dissociação entre teoria e prática, ensino e pesquisa e um excesso de conteúdos intradisciplinares, cujas conexões ficam ao encargo dos alunos fazerem, ou não, num contexto onde os estudantes são assoberbados com infinitas aulas teóricas que promovem atitude passiva e pouco crítica (AGUIAR, 2001).

Maranhão e Silva (2001) corroboram quando dizem que os currículos vigentes possuem uma grade curricular baseada em disciplinas como créditos a serem somados e desvinculados entre si; excessiva fragmentação do conhecimento; desarticulação entre as ciências básicas (séries iniciais) e as clínicas (séries finais); marcante tendência à especialização precoce; aprendizado distanciado do SUS; e avaliações baseadas na memorização.

A estrutura interna do currículo tradicional é do tipo teórico-dedutiva. Isto implica que se parta das premissas gerais da ciência, formalizadas em disciplinas (nível abstrato) para depois abordar as situações práticas (nível concreto) como casos enquadrados nas primeiras. Supõe-se que os alunos informados da teoria realizarão uma aplicação automática e adequada

diante de casos concretos (DAVINI, 1994, p. 283). Complementando esse raciocínio, a autora diz:

É fácil perceber que este tipo de pedagogia produz avanços muito limitados no conhecimento da realidade específica e na elaboração de soluções a elas adaptadas, favorecendo a difusão de conhecimentos processados em outros contextos. Também é fácil perceber que este tipo de currículo produz escasso avanço intelectual nos alunos, formando freqüentemente cabeças bem-informadas ao invés de pessoas criativas e inovadoras. Finalmente, diremos que este currículo que se sustenta na estrutura formal do conhecimento terá que enfrentar sempre a contradição que se estabelece entre o conhecimento parcelado e a realidade como instância totalizadora, entre os dados abstratos e a prática.

A despeito de todas essas críticas, são pensadas novas formas para superar a atual estrutura curricular. Um dos modelos mais recentes e recomendados é o currículo integrado.

Segundo Davini (1994), este se define como um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade. As relações entre trabalho e ensino, entre os problemas e suas hipóteses de solução devem ter sempre, como pano de fundo, as características sócio-culturais do meio em que este processo se desenvolve.

A inovação concentra-se no processo pedagógico e em suas múltiplas relações (cognitivo, afetivo, de habilidades) e as reformas afetam as estruturas do sistema educativo, correlacionando-as com as dinâmicas sociais e econômicas.

O currículo integrado é resultado de uma filosofia sócio-política e de uma estratégia didática que tem como fundamento um ideal de sociedade a que se aspira. Converte-se numa categoria capaz de agrupar uma ampla variedade de práticas educacionais desenvolvidas. Além disso, é perspectiva educar cidadãos com capacidade para o pensamento crítico, com compreensão multidimensional da realidade de saúde, visando a formação do profissional de saúde livre, ativo e democrático (OLIVEIRA; KOIFMAN, 2006).

Saviani (2006) propõe a interdisciplinaridade como forma de garantir a visão de integração do conhecimento, válida para a imbricação não só das disciplinas, mas também de unidades de uma mesma disciplina.

Segundo as autoras Oliveira e Koifman (2006), mesmo o currículo por disciplinas pode ser organizado em atividades com a integração do conteúdo segundo grandes áreas do conhecimento em torno de temas geradores; na criação de disciplinas integradas; ou na articulação de disciplinas isoladas.

No relato de Albuquerque et al (2007) na mudança curricular em uma universidade nos cursos de enfermagem, medicina e odontologia, as grades curriculares baseadas em

disciplinas foram substituídas por um modelo integrado de atividades curriculares, composto por módulos (tutorial e de prática profissional).

A ética, a bioética e o humanismo passaram a perpassar toda a construção da identidade profissional, propiciando ao estudante uma visão sistêmica da sua formação. A produção do conhecimento ocorre em todos os cenários e situações vivenciados com o objetivo de fornecer respostas, propor instrumentos e meios e construir métodos de intervenção capazes de atender às demandas dos serviços em que os estudantes estão inseridos.

A política de formação para a gestão pública compreende a educação em saúde que se realiza nos serviços, no encontro entre estudantes, profissionais e usuários. Uma das maneiras de abordar questões relacionadas à gestão em saúde pode ser amparada nos princípios da educação permanente.

Correlacionando a literatura e o contexto do currículo do curso de fisioterapia estudado, é inegável a necessidade de mudanças na estrutura curricular, de modo que os conteúdos estejam mais uniformemente pulverizados durante toda a formação. Busca-se de maior integração entre as disciplinas diminuindo, assim, as lacunas no processo de ensino-aprendizagem que os próprios sujeitos envolvidos relataram.

4.3.2 Vetor: Orientação didática

Este vetor preocupa-se em verificar se o curso enfatiza as aulas teóricas expositivas, em disciplinas isoladas e práticas demonstrativas centradas nos professores; se, com alguma integração multidisciplinar, oferece práticas visando às habilidades no âmbito hospitalar; ou se adota a solução de problemas em pequenos grupos de alunos, baseando-se na realidade dos serviços, com abordagem interdisciplinar, usando serviços e espaços comunitários (LAMPERT, 2002).

A atual disposição do currículo do curso de fisioterapia da UFSCar está centrada nas disciplinas, como já foi comentado no vetor anterior. Os três primeiros anos do curso são eminentemente teóricos, em turmas grandes, sendo o quarto ano só de prática.

Neste vetor, a discussão sobre o método tradicional versus métodos inovadores ficou bem dividida em termos das opiniões de alunos e professores.

Um ponto em que houve concordância foi a de que a carga horária é muito cheia e com grande quantidade de disciplinas teóricas, o que deixa o aluno cansado e não sendo eficaz na absorção de todo o conteúdo, como apresentado por um docente e um discente:

Eles chegam ao primeiro ano com uma carga horária baixa, fora as monitorias, e aí eles começam a entrar naquele ritmo que só vai aumentando, muitas vezes eles não tempo de desenvolver outras atividades complementares, de extensão ou de pesquisa, então eles acabam ficando muito preocupados com as disciplinas e parece que eles ficam um pouco ansiosos porque não dá tempo de estudar tudo que eles queriam, não dá tempo de conhecer todas as áreas com profundidade como eles gostariam. Então o aluno do segundo ano, do terceiro ano ele vai ficando meio estressado, aí ele chega ao final do terceiro ano com um monte de informação na cabeça, com pouca experiência prática, não viu muitos pacientes, não conheceu muito o funcionamento da USE, não conhece a rede, não conhece o hospital (Docente “E”).

A gente não tem tempo de respirar, não tem tempo de almoço. Aí dizer que tenho tempo de chegar em casa, estudar eu não tenho. Quando eu chego em casa, que vou ajeitar minhas coisas, comer, quando vou dormir já é uma hora da manhã (Discente 4º ano).

Freire (2005) caracteriza os conteúdos como retalhos da realidade desconectados da totalidade em que se engendram e cuja visão ganhariam significação. A escola educa e socializa por mediação da estrutura de atividades que organiza para desenvolver os currículos que têm encomendados, função que sempre cumpre pelos conteúdos e suas formas.

O grau e o tipo de saber que os indivíduos logram nas instituições escolares, sancionado e legitimado por elas, têm conseqüências no nível de seu desenvolvimento pessoal, em suas relações sociais e, mais concretamente, no status que esse indivíduo possa conseguir dentro da estrutura profissional de seu contexto (SACRISTÁN, 2000).

A falta de tempo dos alunos do curso de fisioterapia foi demonstrada até na dificuldade de fazer o grupo focal para esta pesquisa. Todos os grupos foram realizados na hora do almoço, única hora possível, porque nos outros horários todos estavam em aula, monitorias, provas ou estágio. Como o horário do almoço seria para almoçar, muitos estudantes estavam ou iam ficar sem comer, ou alternativamente, vinham para a discussão segurando um ‘salgado’ para enganar a fome.

Concomitantemente, enquanto aguardava a chegada de todos, conversavam entre si sempre reclamando: “tenho que sair daqui e ir correndo para a aula da professora X”, “falta o aluno Y porque ele ainda tá na prova”, “acho que aluno Z não vem porque o único horário que tinha para estudar para prova de amanhã é agora na hora do almoço” (diário de campo), entre tantas e tantas outras falas correlatas.

Esse fato chamou a atenção porque de fato, que horas estudam, refletem, discutem o próprio aprendizado? Qual a possibilidade de que este aluno consiga visionar criticamente o conteúdo que é visto? E em que momento pode ver relação com o cotidiano?

Freire (2009) chama esse tipo de educação como bancária, ou seja, o professor deposita todo o conhecimento e o aluno o recebe, como se fosse um depósito vazio de conhecimento e que precisa enchê-lo. Fiquei imaginando esse aluno saindo de um lugar a outro enchendo um pouco desse tal ‘depósito vazio’.

Neste formato há barreiras que impedem “exigir” que esse aluno seja ativo, crítico, participativo, reflexivo, que saiba trabalhar em equipe e que faça enfrentamentos com a realidade apresentada.

A aprendizagem pode, superando as concepções tradicionais, ser entendida como processo de construção em que o aluno edifica suas relações e intersecções na interação com outros alunos, professores, fóruns de discussão, pesquisadores. Uma dimensão que parece articular os diferentes conhecimentos aprendidos abrange a significação, atribuir significado às situações, objetos, fatos e conceitos como parte do contexto de formação e conseqüente possibilidade de aplicação do que está sendo aprendido (BATISTA, 2004).

Ampliando a concepção de que a única ou a melhor forma de aprender é pela transmissão de um conhecimento científico e validado há, assim, variados locais, formas e jeitos de provocar/instigar a busca pelo aprender¹².

O professor “A” questiona a forma atual do ensino em fisioterapia, visto que o aluno também não aprende a ensinar:

O fisioterapeuta não é ensinado a ensinar. Não é engraçado isso? Quem faz parte essencial da nossa prática, de perceber algumas coisas no seu corpo, constatar que aquilo está correto, propor exercícios e ensinar exercícios. Não, essa parte do ensinar está longe ainda. Vou usar o termo. Essa parte da educação em saúde não entrou profundamente dentro da nossa profissão (Docente “A”).

Fazendo a interface com a saúde, especialmente no campo do trabalho, as práticas educativas adquirem relevância e imperiosidade nas ações de saúde voltadas, principalmente, no campo da promoção de saúde. Essas práticas são o objeto das ações da educação em saúde, que tem como referenciais as concepções de saúde e de educação pautadas no

¹² Freire (2005, p. 156) nos traz uma grande contribuição nessa discussão, visto que ele quebra a formação estruturada do que é ser educador e do que é ser educando. Para ele, o aluno aprende, mas também ensina. O mesmo movimento acontece com o professor. Segundo o autor, “ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si, em comunhão”.

desenvolvimento das potencialidades humanas, no potencial de transformação da realidade, sendo integrantes dos direitos fundamentais da pessoa humana (PEREIRA, 2003).

No campo escolar, é claro que essa mudança de paradigma não é tão simples. O repasse de conteúdo sob a forma de aula expositiva dificulta que esse processo aconteça, como visto nestes dizeres:

Nós fomos identificando que a forma de ensino não era interessante, a forma centrada no docente (...) e que o método didático tinha problemas (...), mas muitas pessoas não têm interesse nessa mudança (Docente “B”).

Este docente nos revela a forma de ensino realizada com a centralidade no professor. Mas quem é o professor? Para Gadotti (1985, p.79), no nível mais baixo da comunicação docente, o mestre é um transmissor de saber. O verdadeiro mestre não é modelo e sim exemplo. O modelo conduz à conformidade, ao passo que o exemplo é uma provocação do ser, ou seja:

O professor, como função, ensina, além de um saber ou de uma técnica, a verdade humana. Tornar-se um gerente em sala de aula, fazer com que as ações dos alunos sejam a média conquistada em cada disciplina é trair essa verdade. Fecham-se os olhos à verdade e usa-se a técnica. Mas não é suficiente fechar os olhos para se esconder aos olhos dos outros que exigem, no fundo, muito mais do que uma simples distribuição de saber.

O discente visto por essa perspectiva ganha mais liberdade e autonomia. Porém, como relatado por alguns docentes, no atual modelo não há espaço para o aluno falar:

Eles são críticos, mas eu acho que eles têm certa dificuldade de expressar isso para os professores. Eles não se manifestam muito questionando o professor (Docente “E”).

Como o curso não mudou o currículo, nessa abordagem ele não tem espaço para falar, e o que ele fale ou sinta gera uma repercussão na nossa prática de ensino (Docente “B”).

Para que o processo de ensino-aprendizagem seja significativo, a relação intrínseca entre o professor-aluno tem que ganhar novas perspectivas.

Segundo Saviani (2006), o objetivo é que os alunos não sejam simplesmente consumidores de conhecimentos, mas que, principalmente, sejam produtores de conhecimento. A disciplina tem que ser trabalhada de modo que os alunos não simplesmente recebam e copiem o esquema do professor, mas que possam descobri-lo e ir além dele, descobrindo os conhecimentos que lhe serviram de base.

Demo (1998, p.69) afirma: “não se pode gestar o profissional competente pela via do treinamento, em particular escutando aula e fazendo prova”.

Freire (1980; 2005) afirma que esta relação entre o professor e o aluno é pensada sob a ótica da pedagogia do diálogo e da liberdade. A liberdade conduz ao diálogo e o diálogo reconduz à liberdade. Estes se rompem, se seus pólos (ou um deles) perdem a humildade.

Segundo o autor, é necessário vencer a relação alienante e autoritária imposta, do opressor-oprimido, através do amor e da amizade, numa construção que possa fazer sentido a ambos. A educação teria de ser uma tentativa constante de mudança de atitude, de criação de disposições democráticas através do qual se substituíssem no brasileiro, antigos e culturológicos hábitos de passividade por novos hábitos de participação.

O ponto que foi divergente foi sobre as metodologias de ensino. Neste quesito, a UFSCar nos cursos da área da saúde, ganha novas miragens à medida que os currículos nas atuais mudanças utilizam-se de metodologias ativas de ensino como proposta para melhorar o processo de ensino-aprendizagem.

Este movimento se iniciou com as atividades do curso de medicina na instituição em 2006, com a proposição de um projeto político pedagógico inovador, voltado à formação orientada por competência e segundo uma abordagem educacional construtivista (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2007). Posteriormente, o curso de terapia ocupacional também modificou seu currículo baseado nesta proposta e a enfermagem está construindo também por esse modelo.

Essa pequena contextualização facilita ao leitor o entendimento da discussão desta temática no curso de fisioterapia. Obviamente, estas mudanças nos cursos da saúde estavam presentes nas conversas formais e informais entre os docentes e discentes deste curso.

A proposta de mudança curricular baseada nas metodologias ativas de ensino chegou a ser apresentada, em 2008, no departamento do curso de fisioterapia após o trabalho da comissão de reestruturação curricular da época, porém foi negada por votação em reunião departamental.

Como esta é uma discussão recente entre todos os sujeitos do curso e pelas incógnitas e desconhecimentos do método, as falas sobre esse assunto apareceram mesmo sem se perguntar diretamente a opinião deles sobre métodos de ensino.

Coloca-se primeiramente a fala do docente “I” que coloca os momentos em que, no departamento, a questão do método ficou mais evidente:

Eu acho que essa discussão ficou um pouco contaminada pelo método, (...) essa aproximação com o SUS, (...) para algumas pessoas isso ficou confuso, como se necessariamente a gente teria que adotar outra metodologia pedagógica, aí veio toda essa discussão da prática, do ensino baseado na prática. E isso dividiu muito o departamento. E a gente teve várias reuniões e a deliberação do departamento foi pela abordagem mais formal, tradicional (Docente “I”).

A proposta da comissão que pensou a mudança curricular, além da adequação da matriz curricular segundo as DCN e a execução sendo feita através das metodologias ativas, gerou ao grupo docente da época uma divisão proporcionada pelo desconhecimento e incertezas do método, como relatado nesta fala:

Sabe o que é que eu acho que é o medo da maioria? É sair da sua área de atuação. Igual ao PBL foi um choque né? ‘Mas eu vou ter que saber tudo?’ (Docente “J”).

Estes fatores também perpassam o aluno, especialmente do 1º ano, como relatado abaixo:

Nosso curso é bem melhor, pensando na medicina e terapia ocupacional que é PBL, é bem melhor. A impressão é de que o PBL não funciona, é bonito na teoria, mas na prática não sei se funcionaria muito. Depende muito da pessoa (Discente 1º ano).

Comigo não funcionaria porque já não gosto muito de humanas. Eu gosto daquilo que é pronto, que vai dar certo (Discente 1º ano).

Outra fala de um discente revela uma necessidade de que o conteúdo da forma que está sendo passado não consegue atingir os resultados a que se propõe, especialmente nas disciplinas de humanas, como visto neste relato:

Mas gente, na minha opinião, eu acho que a antropologia não acrescentou muito na minha vida. Talvez se tivesse outro esquema de aula... (Discente 2º ano).

Mourão (2006) encontrou em sua pesquisa que os alunos ainda estão habituados ao processo reprodutivista do conhecimento transmitido. Alguns docentes, nesta investigação, relataram que se não tiver aula expositiva, se não tiver apostila, se não tiver a matéria para o aluno copiar, ele fica em pânico.

Já na pesquisa de Teófilo e Dias (2009), os estudantes acreditam que as metodologias ativas geram espaços democráticos e se consideram sujeitos que compartilham informações e buscam a aprendizagem significativa por meio da discussão e da troca de saberes.

Além disso, identificou-se nos argumentos discentes a necessidade de estratégias que visem à interação entre professor-estudante e que as metodologias tradicionais têm cumprido

o papel da transmissão de conteúdos através de aulas expositivas, pois estes não têm espaço para construir seu próprio conhecimento.

Em relação aos docentes, observou-se que as concepções se encaminham para a crítica, ou seja, buscam incorporar algumas tendências que impulsionam a transformação. As expressões: focada no aluno; aluno crítico; visão construtivista e posição de pensar e de ver a necessidade do conhecimento denotam a busca docente pela “imunização do bancarismo”.

Dos docentes do curso de fisioterapia estudado que tem opinião a favor, coloca-se esta fala como a representação das demais, enfatizando a necessidade e a importância da utilização desta metodologia no curso:

Eu penso que as metodologias ativas que estão sendo propostas juntamente com as características acadêmicas de formação científica da universidade, essa duas coisas em conjunto têm a possibilidade de formar profissionais de altíssimo nível no sentido de serem bons em metodologia científica e serem ótimos profissionais que lidem com o movimento humano integrados no SUS. Nós estamos com a faca e o queijo na mão (Docente “L”).

Pelo que se pôde observar, este tema traz um panorama de contradições sobre a proposta das metodologias ativas. Nos depoimentos coletados há diferenças de opiniões sobre as perspectivas e intencionalidades das metodologias de ensino na saúde.

Nas falas dos docentes, parece que a discussão das metodologias ativas ficou mais no âmbito pessoal. Em nenhum momento foi falado sobre a importância de se discutir melhor essa proposta com o grupo docente. As insatisfações, de quem é favor ou contra a metodologia, se deram no campo do ‘trabalho da mudança’ da forma de ensino hegemonicamente praticada. Ou seja, quem foi contra não queria mudar sua forma de passar o conteúdo e quem era a favor se mostrava indignado pelo conformismo dos demais em continuar com a mesma prática pedagógica.

Entre os alunos, de maneira geral, a discussão deste tema fica em torno do imaginário da proposta. As falas revelam desconhecimento do método bem como uma tendência à escolha pelo modelo tradicional de ensino através das aulas expositivas. Em contraposição, para os alunos, as metodologias ativas dão a impressão de que os alunos ficam discutindo um assunto sem terem resultados concretos.

Fazendo uma discussão sem ainda entrar no mérito das metodologias, retoma-se o papel do docente como facilitador do aprendizado. Se pensarmos na heterogeneidade dos alunos em uma turma, por exemplo, como se dá o papel do docente como mediador das

diversidades individuais na interface com o objeto de conhecimento? Por isso, permite-se reconhecer a complexidade desta interação.

Segundo Sonzogni (2004), ao professor desafia-se para que ele possa investir em situações que sejam favorecedoras da aprendizagem significativa, implicando valorização do conhecimento prévio dos alunos; a relação do conteúdo com a prática profissional; a articulação dos saberes com outras disciplinas; e a possibilidade de aplicação das informações abordadas. Desta forma, o docente tem que assumir as estratégias didáticas, num movimento de descortinar as intencionalidades que presidem as opções dos professores no ensino da saúde.

Independente de a metodologia ser tradicional¹³ ou inovadora¹⁴, a mudança nas práticas pedagógicas tem que se dar no intuito de avançar em uma estratégia de ensino em que o aluno seja crítico e reflexivo, com visão ampla e que se baseie em observação da realidade, reflexão e ação.

Recorrendo às DCN, destacam-se como competências e habilidades gerais: a) a liderança no trabalho em equipe multiprofissional, o que envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; b) e educação permanente, em que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática (BRASIL, 2002).

¹³ O ensino centrado no docente, como relatado pelos docentes do curso estudado, é chamado de pedagogia tradicional e segundo Bordenave (1999) citado por Pereira (2003), essa corrente pedagógica tem as seguintes repercussões, tanto em nível individual quanto social:

- Em nível individual: (a) hábito de tomar nota e memorizar; (b) passividade do aluno e falta de atitude crítica; (c) profundo “respeito” quanto às fontes de informação, sejam elas professores ou textos; (d) distância entre teoria e prática; (e) tendência ao racionalismo radical; (f) preferência pela especulação teórica; e (g) falta de “problematização” da realidade.
- Em nível social: (a) adoção inadequada de informações científica e tecnológica de países desenvolvidos; (b) adoção indiscriminada de modelos de pensamento elaborado em outras regiões (inadaptação cultural); (c) individualismo e falta de participação e cooperação; e (d) falta de conhecimento da própria realidade e, conseqüentemente, imitação de padrões intelectuais, artísticos e institucionais estrangeiros; submissão à dominação e ao colonialismo; manutenção da divisão de classes sociais (*status quo*).

¹⁴ O PBL (Problem-Based Learning ou Aprendizagem Baseada em Problemas), como é mais conhecido no Brasil, é uma metodologia de ensino baseada na resolução de problemas, com integração de conteúdo e disciplinas, a colaborar na elaboração de problemas em torno de um eixo temático. É uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem, que transfere a centralidade do papel do professor para o aluno como ator principal na construção do seu aprendizado (IOCHIDA, 2004). No contexto do PBL, o disparador principal do processo de ensino-aprendizado é o problema, ou situação-problema. Estes problemas não aparecem bem definidos, assim como os que aparecem no cotidiano e na prática profissional. São problemas que permitem várias soluções, ou podem até não ter solução e não se limitam a disciplinas e especialidades, exigindo a articulação de diferentes saberes para ser explicados (AQUILANTE et al, 2010).

O que não se pode inferir é que um único estímulo - professor na frente da sala passando um conhecimento e estruturado por ele - consiga produzir respostas iguais para todos. É necessário avançar no pensamento do “aluno ideal”, no sentido de repensar que neste único estímulo o problema dificilmente alcança a heterogeneidade presente em sala de aula. Além disso, a ineficiência deste único método em qualificar aptidões e habilidades nas singularidades.

Independente do método fica claro o papel do aluno como corresponsável pelo seu aprendizado, ter que ser estimulado a pensar, falar seu ponto de vista, refletir, ter atitudes que façam dele um profissional comprometido, ético, crítico e que aprenda a aprender.

Neste sentido, corroborando com alguns docentes do curso estudado, há a necessidade de um movimento de mudança que avance de um ensino que dificulte ou impossibilite o estudante de se compor destas competências (ensino atual), para um processo que o aluno se sinta incluído e corresponsável tanto no seu aprendizado como sujeitos das mudanças no mundo.

4.4 EIXO CONCEITUAL III: CENÁRIOS DE PRÁTICA

Pensar sobre a nossa existência como sujeitos protagonistas do dia-a-dia nos interroga intensamente, porque somos e não somos, sujeitos. Ou melhor, somos sujeitos que sujeitam em certas situações, e somos sujeitos que se sujeitam em outras.

Emerson Merhy¹⁵

Este eixo busca identificar a tendência onde o ensino da prática profissional centra-se no hospital ou na rede do sistema, postos, ambulatorios, domicílios, famílias e/ou comunidade, identificando a diversificação de cenários (locais) e as oportunidades que a escola proporciona aos alunos para o aprendizado, nos seguintes vetores: local de prática; participação do aluno; âmbito escolar (LAMPERT, 2002).

Segundo as DCN, a prática deve ser realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo o estudante capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos (art. 4). As atividades práticas específicas da fisioterapia deverão ser desenvolvidas gradualmente desde o início do curso de graduação em fisioterapia, devendo possuir complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida (atividades clínico-terapêuticas) (art. 13) (BRASIL, 2002).

4.4.1 Vetor: Local de Prática

Este vetor refere-se aos locais que a escola utiliza para o ensino da prática, se há predominância de hospital terciário, secundário e ambulatorios ou se utiliza também as unidades de níveis de atenção primária e secundária da rede do sistema de saúde, com graus crescentes de complexidade tecnológica, ou ainda, se utiliza espaços domiciliar e comunitário (LAMPERT, 2002).

¹⁵ Trecho retirado do livro do autor: Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. Hucitec: 2002. p.13.

Entendem-se os cenários de aprendizagem como a incorporação e a intersecção de métodos didático-pedagógicos, de áreas de práticas e vivências, de utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras; de valorização dos preceitos morais e éticos, de organização do processo de trabalho. A mudança de cenários possibilita o desenvolvimento de núcleos de vontade e aprendizagem e o ensino como uma questão de processos inserida cotidianamente (MARINS, 2004).

Esta aproximação com cenários da realidade é uma via de mão-dupla, com ganhos para a academia e para o serviço. Para os alunos e os professores, apreender sentidos e significados das práticas de ensino desenvolvidas em cada local é mais significativo para defender práticas eficazes que identificar modelos ideais voltados para o ensino da saúde e para o cuidado com a integralidade (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

Existem evidências de que o ensino baseado na prática forma profissionais de saúde com uma visão ampliada da realidade social, dos problemas e também dos indivíduos sociais, o que potencialmente contribui para evitar o enfoque da especialização precoce. Para os serviços, a relação com a academia traz o repensar de práticas condensadas, a transformação do processo de trabalho e pode contribuir para a construção de modelos assistenciais inovadores (PINHEIRO; CECCIM, 2006; MARINS, 2004).

O surgimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária à Saúde (APS) ampliou mais ainda o escopo da intervenção do profissional de saúde, visto que o foco para o atenção familiar é um dos seus pressupostos. Para que esta ação seja efetiva e integral, o trabalho em equipe multiprofissional é considerado um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito da ESF (SILVA; TRAD, 2005).

A ESF é composta por práticas de profissionais com diferentes recortes epistêmicos e efetuações clínicas. Compreende que na realidade qualquer recorte é limitado, tanto para exercer uma clínica da atenção integral, quanto para compreender todas as conexões que um quadro fisiopatológico ou psicossocial estabelece como modos de acolher ou reagir à vida operada por uma equipe colocada ante o desafio de responder às necessidades concretas de saúde dos usuários (CECCIM, 2004).

O curso de fisioterapia da UFSCar tem seu currículo atual (Anexo D) dividido em aulas teóricas e estágio supervisionado realizado no último ano.

A atividade de estágio supervisionado acontece predominantemente na Unidade Saúde-Escola (USE), localizada dentro da própria UFSCar. Este serviço tem convênio com o SUS, e se caracteriza como atenção secundária ou ambulatorial e a prática fisioterapêutica predominante é de cunho curativista, baseada na reabilitação de pessoas com algum tipo de

disfunção de movimento. Atende grande parte da demanda de São Carlos e região, com atendimento com os estudantes de janeiro a dezembro. Os estágios estão organizados em conformidade com a Lei de Estágios (termos de compromisso, orientações pelo manual do estagiário e presença de uma coordenação específica para este fim), bem como, os estagiários são orientados e/ou supervisionados por docentes da Instituição.

O outro espaço de estágio é a Santa Casa de São Carlos e o Hospital-Escola, também conveniada e em nível ambulatorial, na prática fisioterapêutica cardiorrespiratória. Atualmente, novos cenários foram incorporados, dos quais será comentado posteriormente.

A formação que direciona para a atuação reabilitadora foi enfatizada por estes docentes:

O fisioterapeuta foi formado para atuar na reabilitação, que vem da história da formação da nossa profissão (...). E aqui nossos estágios são muito voltados para a reabilitação (Docente "C").

Na realidade está começando agora, recentemente, faz pouco tempo que isso começou a acontecer, o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), o NIS (Núcleo Integrado de Saúde) são linguagens muito recentes e a gente não tinha praticamente nenhuma inserção na rede efetivamente. A gente era simplesmente um executor de ações de média complexidade (Docente "D"). **Complemento da autora.**

Na fisioterapia, o atraso e a dependência de modelos inadequados são marcantes. A origem da profissão enfatizou aspectos e dirigiu o desenvolvimento do campo de atuação para atividades recuperativas e reabilitadoras. Há a manutenção até hoje das concepções de origem, sem integrar transformações na sociedade, na tecnologia e no conhecimento que se realizaram desde a sua época como profissão (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Estes autores trazem uma reflexão importante, visto que poucas mudanças avançaram nessa concepção. Esta citação data do final da década de 90, mas ainda está atualizada na sua argumentação. Fazendo uma retrospectiva histórica das políticas públicas, na década de 90, a saúde já era direito de todos garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Nesta década já era realizada a 10ª Conferência Nacional de Saúde, que enfatizava a necessidade de fortalecimento dos vínculos com as universidades para que a formação dos profissionais fosse modificada, capacitando-os para atuar na atenção integral à saúde individual e coletiva e ao estímulo à utilização dos serviços do SUS como espaço prioritário

para a formação de trabalhadores em saúde (BRASIL, 1996a). Desta forma, políticas e reuniões nacionais já aconteciam, ganhando grande magnitude na metade deste novo século.

Este modelo predominante impõe a inércia de definição que parece útil a um modelo de trabalho em saúde pouco eficaz, sendo conveniente a interesses econômicos e ao modelo de profissional liberal (apoiado na clínica particular). Conseqüentemente, isso traz sérias limitações à profissão, com evidentes prejuízos sociais (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

E com o curso de fisioterapia da UFSCar, o que aconteceu?

Os docentes colocam que nos últimos dois anos houve uma maior sensibilização dos professores para esta questão. Apesar disso, um professor e um discente chamam a atenção pela ausência da articulação do curso com os serviços de saúde do município:

Quando a gente nasceu aqui, nós precisávamos, não tinha ainda chegado no quarto ano, nós falávamos de um local de estágio. Então o que se providenciou foi um convênio com a Santa Casa, para construir um ambulatório lá para a gente fazer nossas práticas. Mas nós não éramos Santa Casa. A nossa relação com a Santa Casa era de convênio e de ocupação de um espaço (...). Nunca tivemos relação com a saúde da cidade. Com a saúde da cidade, com os aparatos de saúde da cidade (Docente "A").

O curso não oferece subsídios para reuniões em conselhos e não tem multidisciplinaridade. Não é voltado para o SUS (Discente 3º ano).

Os depoimentos do docente e do discente acima trazem à tona a incipiente relação do curso com os serviços de saúde do município. Isto, de certa forma, consolida uma lacuna no que tange as práticas fisioterapêuticas em serviços do SUS que estão fora da universidade, bem como a conformação e a oferta destes serviços inseridos em uma rede. Além disso, como retratado pelo discente, o processo de ensino-aprendizagem segundo os princípios do SUS não tem agenda de discussão e vivência neste curso.

Para os alunos fica nítida a importância das atividades práticas para um melhor estímulo e aprendizado:

O estágio é que ajuda bastante. Ele está abrindo nossa mente para a fisioterapia, a gente vem com uma idéia meio fechada. Eu pelo menos... aí agora eu gostei mais do que eu esperava, porque não é uma coisa chata, tem muitas áreas (Discente 1º ano).

Para mim, todo curso de fisioterapia quanto mais estágio, quanto mais prática tiver, melhor para o aluno (Discente 2º ano).

Eu acho que falta muito isso, acho que estimula mais. Porque o primeiro ano foi isso sabe, muito técnico. Porque eu acho que o fisioterapeuta ele não pode ter só... lógico que não que o conteúdo técnico é muito importante que a gente vai ter agora, a massoterapia, cinesioterapia... só que eu acho que desde o primeiro ano em todos os anos a gente deveria ter sabe... a USE, sempre estar acompanhando alguma

coisa mais ativa, que a gente pudesse olhar e ganhar essa coisa mais humana (Discente 2º ano).

A vivência traz ao aluno um redimensionamento do que é a saúde e a fisioterapia e da possibilidade de encarar a realidade como algo dinâmico e estimulador. As falas retratam o desejo do aluno em sair do puramente teórico para o teórico-prático (ou vice-versa). O trabalho em saúde é complexo e amplo, o que exige dos profissionais formas diversas de atuação e de utilização do conhecimento apreendido (saberes científicos) para operar práticas em que o sujeito (ou paciente) é o protagonista.

Segundo Merhy (2000), o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanente. Ou seja, para que este trabalho seja possível, tecnologias leves de relações e encontro de subjetividades devem também estar presentes. O processo do trabalho em saúde não pode ser integralmente capturado pela lógica do trabalho morto (saberes tecnológicos estruturados e equipamentos).

Outro ponto importante reside no fato da própria escola em perceber os distintos focos de tensões. Como se encontra a articulação com os gestores e que demandas estão colocadas vem-se revelando como um passo necessário para a articulação de ações eficazes que possam modificar o ensino (MERHY; ACIOLE, 2003).

Em busca destas mudanças, alguns professores tomaram a iniciativa de articular o curso com a rede do SUS, impulsionada mais diretamente pelo início das atividades do Pet-Saúde. Os relatos destes docentes são importantes no sentido da iniciativa e na aposta desta nova forma de pensar a fisioterapia e a saúde pública. Algumas das falas trazem o processo de integração com a rede, os desafios e as parcerias conquistadas:

A inserção da fisioterapia é muito bem vinda, muito, a gente tem uma abertura fantástica. Quando a gente quis trazer os preceptores para fazer a supervisão de estágio dos alunos foi muito bem aceita. Cada fisioterapeuta ficava cada dia numa unidade, às vezes cada período numa unidade diferente. A gente propôs para a secretaria de saúde centralizar um pouco esses fisioterapeutas em algumas dessas unidades e foi muito bem visto isso. (...) É uma parceria ainda pequena, mas é uma parceria que tem crescido e a gente tem tido forças, tem tido bastante aceitação (Docente “C”).

As escolas precisam que os professores façam essa parceria com a rede. Nós estamos fazendo isso aqui em São Carlos, começamos o ano passado através do Pet-Saúde (Docente “B”).

A minha formação, por exemplo, não é uma formação que tem muita vivência em saúde coletiva. Poucas pessoas têm essa experiência, pelo menos no departamento. Então a gente está aprendendo também como articular isso, então é um trabalho meio invisível esse de articulação e ele é fundamental. Então conversar com a gestão, garantir que o fisioterapeuta vai estar lá para receber o aluno (Docente “E”).

Um ponto a ser destacado para reflexão na última fala é até que ponto entende-se que conversar com a gestão é assunto da saúde coletiva. Procurar fazer um cuidado ao usuário de forma integral, em redes de conversação não pode ser tema apenas da saúde coletiva como área de conhecimento. Independente da área de atuação ou da linha de cuidado é necessário o profissional estar imbricado e comprometido com essa rede. No caso da formação, aproximar o ensino dos serviços de saúde é uma premissa para que as ações individuais e coletivas realizadas não sejam dicotômicas entre ensino e assistência.

A articulação da academia com a rede municipal é tema recente e as experiências que já estão neste processo ainda encontram muitos desafios. O estudo de Stella et al (2009), com 28 escolas médicas brasileiras revelou que a relação entre a escola médica e os serviços de saúde existentes ainda não atingiu o nível de integração real entre as duas instâncias, poucas escolas buscam se inserir no mecanismo de referência e contra-referência e o hospital universitário inserido na rede do SUS atende à demanda a partir das necessidades dos serviços.

Outro estudo da experiência de um projeto conduzido em cinco municípios brasileiros em parceria com prefeituras municipais e trabalhadores de saúde mostrou que a integração do município com a universidade se deu por meio da assessoria da academia na resolução dos nós críticos vivenciados pelos serviços locais de saúde e pela adequação da formação universitária por meio da contribuição do serviço de saúde (MOIMAZ et al, 2010).

São Carlos está num momento profícuo para esta articulação. Com a abertura do curso de Medicina, que desde o primeiro ano insere os alunos na atenção primária, deu-se início a articulação da universidade com a Secretaria Municipal de Saúde na Rede-Escola de Cuidados à Saúde de São Carlos. Esta conta com um espaço colegiado gestor, chamado no município de Conselho de Parceria, em que são discutidos os assuntos relacionados a essa articulação.

Para o curso de fisioterapia da UFSCar esta articulação é inovadora, com alguns desafios e preocupações de ambas as partes como nas falas abaixo:

Quando a universidade vai para o serviço, sempre tem um certo medo das equipes: 'ahh, mas esse trabalho vai continuar?' Porque a universidade tem uma dinâmica, o serviço tem outra (Docente "E").

A gente não pode se perder com a demanda, exclusivamente, mas a gente não pode perder de vista, em função da demanda, a educação. Então a gente tem que ter um cuidado porque a linha entre uma coisa e outra é muito tênue, então a gente tem que ter um cuidado muito grande em atender a demanda necessária do sistema,

achar mecanismos para que isso aconteça efetivamente, de forma legal, bem estruturada e tal...mas ao mesmo tempo a gente não pode perder de vista, que nós somos profissionais de educação e a gente tem que fazer disse ensino, tem que fazer disso um aprendizado para o aluno, para o estudante, para o sujeito que vai se inserir como um agente, possivelmente, na rede no futuro, quem sabe (Docente “D”).

Ao mesmo tempo, apesar de recente, essa aproximação já traz alguns avanços importantes para os estudantes e para o próprio curso:

Ontem mesmo tivemos a avaliação da primeira turma que concluiu o projeto e eles adoraram, acharam que foi muito interessante, que eles não conheciam o SUS, puderam entender como funciona, chegar à casa das pessoas. Eu acho que o caminho é esse, ter mudança no currículo para que o aluno possa conhecer e quebrar esse preconceito de que o SUS não é uma coisa interessante (Docente “B”).

Esse ano finalmente desencantamos o estágio, todos os alunos do quarto ano podem fazer esse estágio no PSF (Docente “B”).

Essas falas trazem um conteúdo de mudança muito forte. A ruptura do mito do SUS como algo que não é bom, tanto para os alunos como para os docentes, já é um avanço de novas possibilidades de visualizar a atuação da fisioterapia. Além disso, essa experiência permitiu a inclusão de um estágio curricular na APS.

O cenário de prática da APS é um espaço de produção de saúde que a fisioterapia, de modo geral, desconhece. Um docente traz uma fala do caminho que está sendo percorrido pelos fisioterapeutas do nível ambulatorial para a APS:

Historicamente, a gente nasce da reabilitação mesmo, não há dúvidas, nasceu na reabilitação e nós fomos procurando caminhos. E recentemente abriu-se um caminho de aproximação de saúde pública com os PSF, com a ida dos fisioterapeutas lá na fronteira, ele saiu da clínica, ele saiu do terciário, secundário e está chegando na atenção primária. A consequência da nossa história, quem tá chegando tá falando assim: ‘hã...e agora, o que eu faço aqui?’. Então estamos chegando num momento quase de reconstrução da profissão. Porque não é a questão de ter saído da reabilitação para a prevenção (...), mas é o cenário atual SUS de Atenção Primária (Docente “A”).

Sair do campo da reabilitação e ir ao encontro da atenção primária é desafiador, ainda mais quando é notório o hiato existente entre a formação e as competências para trabalhar nesse nível de atenção. Um docente chamou a atenção para essa questão:

Quando a gente olha a Atenção Básica, a gente vê que a profissão que talvez mais tenha mudado é a própria fisioterapia (...). A fisioterapia tradicional está centrada nas tecnologias duras. E quando você olha lá para a Atenção Básica você não tem as tecnologias duras, talvez uma tecnologia mais leve até do que a leve-dura. Dura não tem, não tem equipamentos, não tem aparelhos, não tem nada. Então a

fisioterapia foi a que mais mudou quando se olha aquelas que estão na Atenção Básica, perante a forma tradicional que até a população conhece (Docente “G”).

Este docente traz uma questão importante que é a reconstrução que a fisioterapia vem fazendo enquanto profissão, para si mesma e para a sociedade, num contexto em que o fisioterapeuta sai do lócus do ambulatório e do hospital para o nível primário.

A inserção da fisioterapia na atenção primária se constitui em um fato recente. A delimitação para a reabilitação redundou, conseqüentemente, em uma limitação também quando ao local de atuação profissional. Enquadrada como especialidade, a fisioterapia ficou alocada, em termos dos níveis de atenção à saúde, em serviços de atenção secundária e terciária (RIBEIRO et al, 2006).

Freitas (2006, p.86) diz que dentre as principais diferenças apresentadas na atenção primária são:

(...) a mudança do cenário do atendimento em que, ao invés de um ginásio terapêutico, um consultório ou um leito hospitalar, as intervenções passaram a ser em domicílios, em escolas, em salões desprovidos de recursos físicos (ondas curtas, fornos, ultrassons, entre outros.) das unidades básicas de saúde, em igrejas, praças, etc.; o atendimento que deixa de ser exclusivamente individualizado, incorporando-se a este o atendimento em grupo; a perda da exclusividade das ações fisioterapêuticas, no sentido etimológico da palavra, que se diluem e dividem espaço com as ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde; e a transformação de uma prática profissional calcada na decisão individual, arbitrada pelo fisioterapeuta, sobre os métodos e procedimentos a serem aplicados, para a busca de uma prática em que as decisões coletivas, numa perspectiva interdisciplinar com a participação dos usuários, sejam prioritárias para definir as ações que possam trazer impactos favoráveis para a saúde da comunidade.

Para que o cuidado em saúde seja efetivo, na cadeia de cuidados as relações entre os serviços precisam sair da formalidade. É preciso criar espaços de conversa e não somente seguir normas técnicas. As linhas de cuidado têm que ser construídas coletivamente, no reconhecimento mútuo entre profissionais e equipes, de acordos de cooperação e de pactos em relação às responsabilidades de cada parte. É na relação com os serviços que a centralidade da atenção básica tem que ser trabalhada: na preparação dos casos a serem discutidos com a equipe e com os especialistas, no pacto de planos de cuidado e responsabilização conjunta (FEUERWERKER, 2011).

Alguns docentes acham que é no trabalho interdisciplinar¹⁶ uma das maiores fragilidades do fisioterapeuta na atenção primária, como representado nesta fala:

¹⁶ Segundo Japiassu (1976) os objetivos principais da interdisciplinaridade são o de despertar entre os estudantes e professores um interesse pessoal pela aplicação de sua própria disciplina a uma outra; estabelecer um vínculo sempre mais estreito entre matérias estudadas; abolir o trabalho maçante que constitui a especialização de

A formação do fisioterapeuta é muito técnica, mas a gente ainda não tem habilidade para estar inserido lá na Atenção Básica, não tem experiência em trabalhar em equipe. A gente às vezes quer resolver as coisas aí às vezes a gente não pede esse apoio né. Só quando o problema é mais sério e a gente vê que não dá conta. Quando a gente vê que dá conta, a gente busca resolver sozinho somente na parte técnica (Docente “E”).

Em seu estudo, Rezende (2007) também encontrou problemas na interdisciplinaridade com a presença do fisioterapeuta. Segundo a autora, em diversas falas dos participantes da pesquisa fica bastante marcada a presença das ‘fronteiras disciplinares’ no processo de trabalho das equipes. Isso dificulta a intercessão no saber estabelecido do outro profissional e, por conseguinte, a transformação na prática do cuidado.

No curso em análise, há um distanciamento importante entre os alunos do próprio curso com os estudantes de outros cursos. Relatos como os descritos abaixo refletem uma quase total ausência de vivências e práticas em equipe e/ou interdisciplinares:

A gente não tem muito contato porque eles estão sempre sobrecarregados (Discente 1º ano).

Os alunos não conseguem se organizar (Discente 3º ano).

Nas disciplinas de humanas a gente faz aula com outros cursos, mas eles ficam no canto deles e a gente no nosso (Discente 1º ano).

Eu acho que o maior contato que a gente tem com os outros cursos é nas festas (Discente 1º ano).

Essa é uma grave lacuna, visto que o estudante não vivencia o trabalho em grupo ou na coletividade, nem mesmo entre seus pares. Há tendência séria para uma formação individualista, baseada na competitividade e onde valores e ideais não são construídos ao longo da formação.

Neste contexto, é preciso considerar o impacto que causa na saúde da população a falta do fisioterapeuta na atenção primária, visto que aquela só se beneficiará dos conhecimentos deste quando as sequelas da doença estiverem instaladas. O fazer fisioterapêutico exige o saber e o saber-fazer, pois toda a práxis necessita de um sujeito bem

determinada disciplina; reorganizar o saber; estabelecer comunicações entre os especialistas; criar disciplinas e domínios novos de conhecimentos, mais bem adaptados à realidade social; aperfeiçoar e reciclar os professores, reorientando-os, de sua formação especializada, a um estudo que vise a solução de problemas; reconhecer o caráter comum de certos problemas estruturais, etc. Para Cardoso (2002), o trabalho interdisciplinar envolve a competência profissional, ligada ao desempenho com base nos conhecimentos técnicos de cada membro da equipe, e a competência interpessoal, entendida como a habilidade de se relacionar com outras pessoas, traz implícita a necessidade dos profissionais saberem lidar com as diferenças.

preparado, capaz de pensar e atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS (VIANA, 2005).

Coloca-se aqui uma questão para reflexão e de fundamental importância na fisioterapia brasileira. Se esta categoria achar que o trabalho em saúde na APS “*é simples*”, “*básico demais*” (fala de um docente - diário de campo), não se avançará nesta discussão, que para outras profissões está muito mais avançada.

É imprescindível entender que a baixa complexidade da APS é tecnológica, porém com um escopo de intervenção complexo. O trabalho necessariamente se pauta na inter e na transdisciplinaridade, visto que os problemas e as resoluções destes estão num âmbito que nenhuma disciplina ou profissão sozinha consegue resolver. Além disso, na APS, o ‘paciente’ pode ou não estar doente, tendo possibilidade física e orgânica para permitir, proibir ou negociar a intervenção profissional. A APS é, segundo Feuerwerker (2011), um lugar de máxima autonomia do usuário e de baixa instabilidade clínica onde a vida está em evidência, diferentemente do hospital onde o usuário tem baixa autonomia e alta instabilidade clínica (problema orgânico em evidência).

Para a formação do estudante de fisioterapia nos cenários de prática é importante considerar a gestão do cuidado como pauta dos debates e vivências do aluno. Há que se reconhecer: a complexidade do trabalho em saúde no âmbito individual e coletivo; a variabilidade das situações de saúde; os graus de autonomia dos trabalhadores; as organizações de saúde nos seus projetos políticos, estilos de gestão etc; os projetos em disputa; entre outros arranjos e conformações que fazem parte dessa teia. Novos atores da gestão da produção de cuidado que estão buscando uma aproximação entre os serviços, como o apoio institucional e o apoio matricial também podem estar presentes na discussão com os alunos nos mais variados espaços (FEUERWERKER, 2011).

Assim, precisa-se fazer uma ruptura com uma fisioterapia “*muito autofágica, que acha é autossuficiente no mundo*” (Docente “A”), e buscar uma fisioterapia que esteja preocupada com a integralidade e que seus profissionais se visualizem como mais um agente de mudanças, calcado em atitudes e práticas profissionais condizentes com o que clama a sociedade brasileira.

4.4.2 Vetor: Participação Discente

Refere-se ao espaço que a escola proporciona ao aluno para a orientação e a prática efetiva de atividades indispensáveis ao exercício da profissão, dando-lhe oportunidade de participação clínica. Analisa se o estudante participa mais como observador, se executa atividades selecionadas e parcialmente supervisionadas, ou se a escola oportuniza atividade ampla de prática supervisionada por professores (LAMPERT, 2002).

Sobre este assunto, os alunos do 4º ano fazem uma avaliação crítica da atual estrutura curricular, já que “*a gente tem as teorias das áreas de atuação e só no quarto ano vê a prática*” (Discente 4º ano). Desta forma, o aluno tem pouca participação clínica e esta é vista de modo bastante fragmentado como relatado abaixo:

A gente tem aula, por exemplo, e vê uma angioplastia. Fica sabendo da teoria da angioplastia. Mas a gente só vai para a prática de Córdio depois de um ano (Discente 4º ano).

A gente não tem o contato real dos problemas que os pacientes estão se referindo, como lidar com eles. Nós temos todas as teorias, todos os autores, mas como levar isso para a prática nós não sabemos (Discente 4º ano).

O docente “L” corrobora com os estudantes no sentido da frágil forma de aquisição de conhecimento, conteudista e enfatiza a incapacidade desta estrutura de formar profissionais atualizados e conhecedores de uma realidade que estes vão, possivelmente, encontrar a posteriori:

Essa nova proposta de formação dos profissionais, sejam eles da saúde ou não, é em um contato mais próximo e mais imediato com a realidade é fundamental. (...) Se eles não tiverem contato com essa realidade nós corremos o risco de formar um profissional para resolver problemas que na realidade, na hora que eles saírem daqui, não exista mais, problemas que não afetam mais a população (...). Segunda coisa é que nós não temos mais que formar profissionais enfaticamente técnicos, (...) sob o risco desses profissionais ao serem formados dominarem uma técnica da qual não é mais capaz de resolver o problema, porque o problema já mudou as suas características (Docente “L”).

A participação discente nos cenários de prática é de observação no primeiro ano. Esta observação é dos atendimentos na USE e é proporcionada pelo interesse do docente da disciplina de fundamentos de fisioterapia.

No 4º ano, a prática é realizada em nível ambulatorial, hospitalar, na Estratégia de Saúde da Família, e na Escola Municipal, com supervisão docente. No entanto com grande

concentração de atividades na USE e com a escolha do discente por qual especialidade deseja estagiar, como relatado abaixo:

Nos estágios você que escolhe por quais quer passar, quando tem vaga para todos. Mas a maioria não consegue passar por tudo (Discente 4º ano).

Em uma recente mudança da rotina do estágio, o aluno tem que passar por cinco grandes áreas do conhecimento: músculo-esquelético; neurologia; geriatria e gineco-obstetrícia; rede de saúde (Estratégia de Saúde da Família e escola municipal); e cárdio-respiratória. O aluno precisa passar por cinco grandes áreas de estágio, obrigatoriamente. A escolha fica nas subáreas: estágio em musculoesquelética (sub-áreas: reumatologia, fisioterapia geral, ortopedia e traumatologia); estágio em neurologia (sub-áreas infantil e adulto); geriatria e ginecologia; atenção básica; cárdio-respiratória (sub-áreas: ambulatorial na USE e Santa Casa e hospitalar no Hospital-Escola). Essa escolha é vista pelos alunos de duas formas: com certa tranquilidade, quando já escolheu ao longo da graduação em que área vai atuar, a qual está intimamente relacionada com a área em que realizou iniciação científica; e com certo estresse e preocupação, já que as escolhas praticamente direcionam em qual (is) especialidade(s) vai atuar quando profissional. As duas falas abaixo, de um docente ex-aluno do curso e de um discente, respectivamente, demonstram essa tensão:

Quando eu conheci a disciplina, no segundo ano, assim que eu conheci a disciplina, eu gostei e fui atrás. Consegui entrar no laboratório e a partir daí caminhei até o final do curso (Docente “E”).

Tem algumas áreas que a gente nem viu a prática. Se vier um paciente de respiratória para mim eu vou passar vergonha (Discente 4º ano).

Estas falas retratam o direcionamento do aluno para ser especialista em uma área de atuação ainda na sua formação na graduação. O que parece natural para alguns, para outros causa estranheza e certa sensação de insegurança, visto que não teve oportunidade durante o curso de aprender sobre o cuidado dos pacientes em todas as áreas e níveis de atuação. Além disso, esta forma de escolha dos estágios deposita no aluno a responsabilidade das suas opções no curso e conseqüentemente do seu sucesso profissional.

Para os alunos que tiveram a possibilidade do contato com a rede de saúde municipal pelo Pet-Saúde, a participação destes aparece de forma mais ativa:

Os alunos começaram a enxergar que são os mesmos pacientes que eles atendem lá (USF) e atendem aqui (USE). Então a proposta trazida por muitos alunos foi de que os pacientes atendidos aqui na USE, vão ser também visitados nas suas casas

agora. Isso já dá um olhar muito mais abrangente. Alguns alunos inclusive conversaram também com a equipe de saúde (...) sobre esse paciente. Então é o avanço de alguns alunos, bem modesto, mas é um avanço grande (...). Então a gente tem tentado devagarzinho, ter um sistema de referência e contra-referência que não existe em São Carlos (Docente “C”). **Complemento da autora.**

Em pesquisa realizada por Almeida e Aciole (2009) com fisioterapeutas residentes nas unidades de saúde da família em São Carlos, a grande quantidade de atendimentos solicitados para este profissional era devido à demanda espontânea; e dos encaminhamentos para as especialidades médicas e que ficaram ‘acumulados’ nas unidades. Para os fisioterapeutas das unidades, esse contexto é um impasse para a organização do trabalho como apoiadores matriciais. Uma questão de muitas discussões nas equipes foi fazer com que fosse entendido que a atuação da fisioterapia na APS é diferente da fisioterapia especializada. Concomitantemente a isso, o fisioterapeuta se via na obrigação ética de atender porque se não o fizesse, o usuário ficava descoberto e sem nenhum cuidado.

De certa forma, os alunos inseridos na APS começam a fazer intervenções que a médio e longo prazo podem interferir positivamente na precária rede de cuidados dos pacientes da fisioterapia demonstrada na pesquisa acima.

O problema da grande demanda de atendimento da fisioterapia para crianças no município também foi apontado em um dos depoimentos e que estes atendimentos estão concentrados na UFSCar:

(...) existem os critérios para poder selecionar essas crianças. Então a gente procura pegar crianças que tenham problemas mais agudos, crianças mais novas ou que tenham saído de uma cirurgia ou que tiveram uma complicação recente, por exemplo, nós pegamos agora crianças com traumatismo raqui-medular por acidente, por atropelamento. É uma criança que não pode ficar sem atendimento, então a gente dá um jeito de encaixar essas crianças. Mas o que está amarrando? As altas, não têm lugar para encaminhar. (...) São casos crônicos que precisariam de manutenção e não tem para onde encaminhar. Esse é o problema. (...) Como tem o grupo do PET que vai a cidade Aracy, nós conseguimos para alguns pacientes serem atendidos em casa, porque eles precisam de manutenção (Docente “J”).

Novamente, os alunos que estão no Pet-Saúde realizam um papel fundamental de integração entre o serviço com seus problemas, dificuldades e potencialidades com o curso de fisioterapia.

Segundo Marins (2004), a atuação nos serviços de saúde permite que os alunos desenvolvam uma interpretação crítica do sistema de saúde e tenham elementos para pautar sua atuação de forma dinâmica, realizando análise situacional da realidade, o planejamento estratégico das atividades a serem desenvolvidos, seu gerenciamento e avaliação.

Na ação que provoca uma reflexão que se volta a ela, o trabalhador social percebe as forças que na realidade social estão com a mudança e aquelas que estão com a permanência. Este trabalhador não pode ser um homem neutro frente ao mundo, um homem neutro frente à desumanização ou humanização (FREIRE, 2003).

Um grande potencial do desenvolvimento desta atividade relatada é a análise das linhas de cuidado e dos itinerários terapêuticos, para se entender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença, bem como uma avaliação crítica do suporte do sistema de saúde para as reais necessidades de saúde dos usuários:

É preciso hoje reconhecer que a natureza das formas de procura de cuidados é variada e complexa, que ela se diferencia de um indivíduo a outro, que ela pode variar num mesmo indivíduo de um episódio de doença a outro e que a procura de cuidados está sujeita a questionamentos repetidos em cada uma das etapas do processo de manutenção da saúde (MASSE, 1995 apud GERHARDT, 2007).

Para a fisioterapia, especificamente, a percepção das linhas de cuidado e dos itinerários terapêuticos é de grande valia, visto que o restrito atendimento nos centros de reabilitação vem ocasionando uma demanda reprimida nos serviços de atenção primária, porém a oferta não aumentou na mesma proporção. Outro grave problema é a dificuldade de deslocamento destes usuários em função das limitações físicas, fatores econômicos, entre outros (RIBEIRO et al, 2006).

Portanto, há um espaço aberto e desafiador para que esses profissionais em formação experienciem as dificuldades e os avanços da fisioterapia na rede de saúde.

4.4.3 Vetor: Âmbito Escolar

Este vetor verifica se a escola oferece práticas ligadas aos departamentos e às disciplinas/especialidades; se ela oferece práticas que cobrem vários programas em forma estanque (materno-infantil, urgência, etc); ou práticas que se desenvolvem ao longo de todo o curso, com o uso de serviços de forma integral (adulto, criança etc) (LAMPERT, 2002).

A relevância de pensar a fragmentação deve-se ao fato dela estar presente na análise do corpo humano esquadrihado em órgãos e tecidos, na relação distante com o outro, em que o sujeito é objetivado, na organização dos serviços de saúde e do atendimento marcados pela descontinuidade das ações realizadas, aspectos que afrontam diretamente a possibilidade de se efetivar práticas de integralidade em saúde (GOMES et al, 2005).

O curso estudado oferece suas práticas ligadas às especialidades, com predomínio destas atividades no espaço ambulatorial no interior da universidade, como já relatado neste estudo e como afirmado por este docente:

O grande trabalho do curso com a rede é no atendimento ao paciente SUS na USE. Então a UFSCar, através da USE, tem um convênio com o SUS há muitos anos. Então a fisioterapia oferece os estágios por especialidades ainda na USE, não por linha de cuidado. Mas qual o problema... a USE ainda não está integrada na rede (Docente "B").

Para análise dos dados empíricos a seguir, retoma-se o conceito de integralidade em saúde¹⁷. Por se apresentar como um conceito polissêmico, seus três sentidos permitem aproximar a teoria com as opiniões dos discentes coletadas nesta pesquisa.

O primeiro sentido refere-se à integralidade como crítica à atitude fragmentária, a um sistema que privilegia a especialização e a segmentação, a atitude reducionista e a formação de base flexneriana (MATTOS, 2001; KELL, 2005). Neste sentido, para o discente do 4º ano:

A gente vê a teoria por partes, só que no estágio a gente não aprende a pensar no todo. Porque na verdade todo mundo deveria estar pronto para atuar em qualquer área. Então estamos sempre focados para atender naquela área que você está no estágio. Mesmo os supervisores não sabem tanto. São poucos supervisores que veem como um todo.

O segundo sentido refere-se à organização das práticas de saúde integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. No âmbito da organização do sistema de saúde, significa ainda a garantia de acesso aos diferentes níveis de complexidade da atenção. Isso se caracterizaria pela busca da articulação entre a oferta, demanda espontânea e a demanda programada, construídas de maneira dinâmica, resultante de uma ação social, que tanto pode incluir a objetividade e/ou a subjetividade de seus atores, quanto suas falas e práticas no interior das instituições (BRASIL, 2004; CAMPOS, 2003; MATTOS, 2001; PINHEIRO, 2001). Para o discente:

¹⁷ A integralidade, no Sistema Único de Saúde, é um dos três princípios fundamentais para se alcançar um sistema e serviços de saúde que proporcionem um atendimento de qualidade para as necessidades da população. É um termo complexo e polissêmico, o que remete a muitas caracterizações e definições por diversos autores. Segundo a definição legal e institucional, a integralidade é “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Diretriz política, ideal ou objetivo, a integralidade é um atributo relevante a ser levado em conta na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde estruturados como redes assistenciais inter-organizacionais que articulam dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização (CONILL, 2004; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Se estivermos no estágio de neuro, por exemplo, atendendo um lesado medular e ele tiver problemas respiratórios, a priori, a gente não atende, encaminha. Só se for um caso muito urgente, que precise de intervenção na hora (Discente 4º ano).

O terceiro sentido propõe que as relações mantidas entre gestores, profissionais e usuários no sistema de saúde local devem se revestir de práticas pluridimensionais, multiprofissionais, interdisciplinares, de democratização do processo de trabalho e horizontalidade entre os saberes numa perspectiva de integralidade em que a valorização da atenção e do cuidado desponta como dimensão básica para a política de saúde (MATTOS, 2001; PINHEIRO, 2001; PINHEIRO; LUZ, 2001). Na proposta do curso:

Eu estou na ortopedia com um paciente que veio da cárdio, porque ele não tava conseguindo fazer os exercícios na cárdio porque estava com dores nas costas. Só que na hora que vou tratar eu não sei o que ele faz na cárdio porque eu não passei pela cárdio. Então não sei o que estou fazendo na ortopedia é o melhor pra ele. Ele melhorou a dor nas costas? Melhorou, mas eu não fiz essa correlação com a cárdio (Discente 4º ano).

A partir destes relatos comparados aos sentidos da integralidade revela-se:

- atitude fragmentada, especializada e reducionista, em que o aluno não é estimulado a ver o paciente como um todo;
- articulação insuficiente entre a oferta, a demanda espontânea e a programada. O aluno atende aquilo que é preconizado pela área em que ele está atuando, com foco na doença e não no sujeito e com o encaminhamento como forma de superar o hiato entre a necessidade do usuário e a oferta do serviço;
- lacunas de práticas pluridimensionais e interdisciplinares, de democratização do processo de trabalho e horizontalidade entre os saberes. O aluno tem conhecimento do que foi realizado com o paciente em outras áreas predominantemente por prontuários, bem como de poucas informações acerca da resolutividade das diferentes terapêuticas que não estão articuladas entre os profissionais.

A atuação integral remete a abordagem do indivíduo levando também em conta o contexto familiar e social no qual está inserido. Uma dimensão da integralidade, na prática, se expressa na capacidade dos profissionais de incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas (MATTOS, 2001; 2004; CAMPOS, 2003; ALVES, 2005).

Segundo os autores supracitados, urge uma nova forma de olhar o paciente, o colega de trabalho, e a si mesmo, como profissional de saúde. A formalidade e a burocratização da

prática de saúde coíbem a satisfação profissional, além de provocar um estado de estagnação, não se sentindo responsável pelo resultado final das ações realizadas.

4.5 EIXO IV: CAPACITAÇÃO DOCENTE

O professor precisa se colocar na situação de um cidadão de uma sociedade capitalista subdesenvolvida e com problemas especiais e, nesse quadro, reconhecer que tem um amplo conjunto de potencialidades, que só poderão ser dinamizadas se ele agir politicamente, se conjugar uma prática pedagógica eficiente a uma ação política da mesma qualidade.

Florestan Fernandes¹⁸

Este eixo busca identificar a tendência para investir nos aspectos didático-pedagógicos, técnico-científicos e de interação com os serviços, caracterizando as políticas da escola em relação ao corpo docente, o agente que orienta a formação e serve como modelo em serviço, nos seguintes vetores: formação pedagógica, atualização técnico-científica, participação nos serviços de assistência; capacitação gerencial (LAMPERT, 2002).

Segundo as DCN, o ensino do curso de graduação em fisioterapia deve estar centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem (BRASIL, 2002).

Discutir a formação do professor universitário é importante num contexto atual de questionamentos sobre o papel do docente, as práticas pedagógicas e a construção do conhecimento para um aprendizado de qualidade. Além disso, é trazer à tona especificidades epistemológicas do docente fisioterapeuta, definidos numa estrutura e contexto social e político.

¹⁸ Trecho do livro “Desafio Educacional”, de Florestan Fernandes. Editora Cortez, 1989. p. 170.

4.5.1 Vetor: Formação Pedagógica

Este eixo verifica se a escola oferece ou promove, ou não, cursos de orientação didático-pedagógica; se o faz esporadicamente ou se isso é uma exigência da política da escola a todos os docentes (LAMPERT, 2002).

Para iniciar essa discussão, recorro à fala dos docentes em que aparece uma reflexão crítica sobre sua própria formação e sobre a formação em fisioterapia:

O profissional fisioterapeuta era formado de uma determinada maneira e ele poderia se tornar um professor de fisioterapia sem ter o treinamento adequado para isso, ou seja, ele tendia sem esse treinamento adequado, a repetir aquilo que ele tinha sido objeto na sua formação. (...) Ensinar para ele era, na realidade, aquilo que os seus professores haviam feito com ele. (...) Não poderia se supor que alguém que fosse formado fisioterapeuta pudesse ser entendido como professor em fisioterapia. Ensinar a fazer alguma coisa exige outras habilidades diferentes daquelas de você fazer outra coisa (Docente “L”).

No Brasil, não se previu educação continuada para fisioterapeuta nos anos 80. Eu ainda sou resquício do técnico (Docente “A”).

A gente entendia que nós deveríamos construir o conhecimento da nossa própria área. E por conta disso a gente deveria tentar pós-graduação, deveria tentar melhorar nossa capacitação porque naquela ocasião quando a gente dizia ‘ah, eu sou egresso da fisioterapia e gostaria de fazer pós-graduação, eles diziam: ‘ah, mas por que você quer fazer mestrado, você não faz massagem?’ Era bem essa a concepção. Então foi uma história muito longa, um caminho muito difícil para mostrar que na fisioterapia o conhecimento que tinha que ser construído deveria ser construído pelo próprio fisioterapeuta (Docente “I”).

Estas falas se remetem especialmente ao final da década de 1970, quando a profissão foi reconhecida oficialmente e a formação dos futuros fisioterapeutas era realizada por docentes médicos. Segundo Oliveira (2002), havia um despreparo e um descompromisso dos professores para exercerem suas funções como docentes dos cursos de fisioterapia, como também a ausência de um programa curricular coerente e adequado à formação de um profissional competente.

Apesar dos avanços em relação à identidade e à transmissão do conhecimento fisioterapêutico, as lacunas estão atualmente na formação didático-pedagógica, bem como no conhecimento altamente especializado, sem olhares mais abrangentes da realidade social e de saúde, bem como das políticas e as interfaces entre estes e a fisioterapia:

A maioria deles termina o curso, entrou no mestrado, do mestrado já entrou no doutorado, ou seja, perdeu o feeling, o sentimento, a relação né... E agora esse aluno que passou por essa situação, que passou seis, oito anos estudando, que

perdeu contato, é ele que vai estar no estágio mostrando para o aluno de quarto ano o que vai ter que ser o estágio. E ele não tem esse feeling, não sei se você percebe o que eu estou falando. Eu acho isso um absurdo (Docente “G”).

Este depoimento traz uma reflexão importante, visto que a formação do aluno ao longo de dez anos ininterruptos (graduação, mestrado e doutorado) pode reproduzir uma característica de formação especializada, de grande conteúdo teórico e distante da realidade. Esta questão não é unicausal e nem determinista, ou seja, estes estágios de formação são importantes e necessárias, mas dependendo de como é realizado podem comprometer a formação do fisioterapeuta para ser docente, especialmente no que se refere a interlocução com a prática e com o que se apresenta como as reais necessidades de quem atua na assistência. Conseqüentemente, a tendência é a reprodução deste mesmo ensino para os que vierem, posteriormente, a serem os seus alunos.

Segundo Bazzo (2008), os futuros professores da Educação Superior têm suas experiências baseadas na vivência das salas de aula e nas escolas (seu futuro local de trabalho), como alunos e como pós-graduandos. Estas experiências podem ser a principal, se não a única fonte de formação inicial para a docência e é com base nelas que pensam então estar preparados para iniciar suas carreiras.

Além disso, uma questão a ser pautada é a formação em educação pedagógica, especialmente nos cursos de pós-graduação. Nos últimos anos, um maior número de fisioterapeutas é recrutado para exercer a função docente sem domínio da área pedagógica e exercício da dimensão política, que possibilite professores e alunos discutir os aspectos políticos de sua profissão e de seu exercício na sociedade (OLIVEIRA, 2002).

No Brasil, a legislação educacional que trata da formação do professor da Educação Superior está situada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Segundo esta lei, no art. 66, a preparação para o exercício do magistério superior far-se-á em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado (BRASIL, 1996b).

Um relato chama a atenção para a questão da lacuna que os cursos de pós-graduação têm em relação a formação pedagógica:

Teve uma fase muito importante que foi ter ficado dois anos como substituta, como professora-substituta porque a gente aprende a parte técnica também, mas aprende a ser docente. Não existe uma formação pedagógica e esse período de substituta foi como um treino porque não tem muita sobrecarga de burocracia, você fica disponível para as aulas e os estágios. E foi um período muito bom, que eu pude entender um pouco, fui melhorando na parte de ensino também, entendendo um pouco o funcionamento do departamento (Docente “E”).

A pesquisa de Bazzo (2008) também trouxe resultados parecidos em relação à fala deste docente. Segundo a autora os docentes aprenderam a serem professores, a partir de uma aprendizagem que se deu basicamente de forma empírica, quase sempre por imitação ou por ensaio e erro. Todos mencionaram o fato de não terem tido formação específica para a docência antes de iniciarem suas carreiras na universidade e, embora houvessem feito cursos de mestrado e doutorado, relataram que aprenderam a fazer, fazendo. Entre suas estratégias de sobrevivência na atividade docente, o que contou foi bastante também a experiência de terem sido alunos e de terem tido professores que, segundo suas lembranças, valia a pena tentar imitar.

Sob a ótica do exercício docente como prática social, a profissionalização do professor universitário em saúde precisa ser encarada como uma das estratégias para repensar a dinâmica do próprio ensino. São marcantes os traços de uma identidade indefinida do professor universitário, visto que a formação docente acaba ficando secundarizada (BATISTA, 2004).

Um exemplo disto são as dificuldades relatadas pelos docentes na construção do projeto político pedagógico:

A gente não conhece, não tem conhecimento de projeto pedagógico. Não fomos formados para saber como fazer um projeto pedagógico (Docente “J”).

Os alunos também revelaram esta lacuna referente ao papel docente:

Falta mais a professora levar a matéria a sério, sabe?. A gente vê que nem ela mesma leva a matéria dela a sério. É uma matéria extremamente importante, só que não é uma matéria que não foi dada de maneira interessante para a gente, a professora não soube direcionar (Discente 2º ano).

A pesquisa aqui é muito forte, os professores estão voltados pra isso e isso acaba prejudicando a gente porque não consegue dar conta desse monte de problemas que a gente falou aqui. O que faz a fama deles são as pesquisas (Discente 4º ano).

O papel do docente em saúde não pode vincular-se apenas ao domínio e à transmissão de conteúdos em sua disciplina. O papel do professor carece estender-se a gestão do processo educativo com seus alunos, à preparação do aprender a aprender, de desafiar, de estimular, e de ajudar os alunos na construção de uma relação com o objeto de aprendizagem. Esta deve estar dentro de um nível que atenda às necessidades dos alunos, auxiliando-os na implicação das necessidades apresentadas socialmente dentro de uma formação universitária. (GADOTTI, 1985; BATISTA, 2004; DALBÉRIO; DALBÉRIO, 2010).

Outro problema apontado pelos alunos é em relação aos papéis de professor e pesquisador, como demonstrado na fala abaixo:

Professor é professor, tem que saber dar aula, ter didática. As maiorias dos professores daqui não são bons professores, são bons pesquisadores (Discente 3º ano).

É muito comum a interpretação, talvez equivocada, de que o bom técnico ou bom pesquisador é necessariamente um bom professor, justificando as atividades prioritárias de formação de pesquisadores pelos programas de pós-graduação *stricto sensu*, em detrimento da necessária formação pedagógica de profissionais para o exercício do magistério superior (PAIVA, 2010).

A progressão na carreira universitária é baseada, primordialmente, em atividades de pesquisa, que geram recursos por meio das instituições de fomento e as publicações são os parâmetros mais utilizados para medir a produção docente. A atividade docente na graduação permanece sendo a atividade marginal dentro do sistema, pois, incapaz de gerar recursos e determinar a excelência acadêmica, não desperta o interesse que sua importância enseja (GORDAN, 2004).

Saviani traz uma perspectiva de definição do que seria o docente e o pesquisador, numa tentativa de separação dos papéis:

Enquanto o cientista está interessado em fazer avançar a sua área de conhecimento, em fazer progredir a ciência, o professor está mais interessado em fazer progredir o aluno. O professor vê o conhecimento como um meio para o crescimento do aluno; enquanto para o cientista o conhecimento é um fim, trata-se de descobrir novos conhecimentos na sua área de atuação (SAVIANI, 1985, p.19).

O fato da LDB não mencionar de forma explícita a importância de um processo de formação para a docência especificamente é um lacuna muito grande. A exigência de uma titulação em nível de pós-graduação *stricto sensu*, traz a prerrogativa da capacidade de pesquisador que o docente deverá apresentar. Parte, pois, da compreensão de que o trabalho docente é fundamentalmente identificado com a atividade de pesquisa, considerando-a sua principal fonte de prestígio acadêmico e também de valorização profissional (BAZZO, 2008, p.7). Segundo esta autora:

(...) falta o mesmo interesse em formar e valorizar no professor, aquele indivíduo que, além de pesquisador, será o mestre, o orientador, o que ministra aulas, que solicita exercícios, que informa e estimula a construção do conhecimento, que avalia

a aprendizagem, que conversa, que educa, que acolhe o aluno em suas dificuldades, para dizer só algumas de suas complexas atribuições.

A mesma autora completa essa questão quando traz que:

O professor, ao perceber a importância do seu papel na tarefa educativa dos jovens para além da técnica e do domínio dos conteúdos específicos, fique cada vez mais envolvido pelas questões da educação e da real aprendizagem/formação de seus alunos, de tal sorte que, na mesma medida da importância que dá às pesquisas de sua área específica de conhecimento, engaje-se na investigação e na descoberta de novas e desafiantes maneiras de desenvolver o ensino (BAZZO, 2008, p.12).

Em uma das entrevistas, surgiu a abertura para entender um pouco mais a questão da boa avaliação do curso (como descrito nos critérios da escolha do curso de fisioterapia da UFSCar no início desta dissertação). Para o docente entrevistado, ele destaca que esta boa avaliação se deve, em grande parte, aos próprios docentes:

Conta muito ponto, muito mesmo em todos esses mecanismos de avaliação a titulação dos professores. Por isso que a UFSCar sempre se sobressai em relação aos outros porque foi aqui que começou a pós-graduação. E conta muito publicação. E nisso, nossa pós-graduação é a maior nota do país. E isso é muito pontuado, até no ENADE isso é muito bem pontuado. E também nosso curso é muito voltado para a pesquisa clínica. Isso ajuda, porque quase 100% dos alunos fazem iniciação científica (...). Isso é um ponto forte do nosso currículo que ajuda na pontuação (Docente "C").

A avaliação institucional externa, desenvolvida pelo SINAES, trata a titulação docente da educação superior como aspecto imprescindível às universidades e centros universitários. Muitas IES, para assegurar conceitos elevados na avaliação desenvolvida no âmbito do SINAES, dedicam especial atenção à titulação do docente, deixando em segundo plano a sua qualificação. Contudo, a qualificação do corpo docente para o exercício da educação superior deve ter maior relevância do que o número de portadores de títulos de mestre e doutor (PAIVA, 2010).

Essa especificação da avaliação externa de instituições de educação superior faz dos programas *stricto sensu* uma necessidade competitiva aos profissionais que atuam na educação superior. O docente da educação superior é compelido a buscar o programa *stricto sensu* com vistas à garantia do emprego, haja vista a titulação do corpo docente ser requisito indispensável ao credenciamento e recredenciamento institucional. Essa situação confere, então, aos programas de mestrado e doutorado, um aspecto mais importante à sobrevivência da IES do que propriamente à necessária formação do seu quadro de professores (MELO; LUZ, 2005 apud PAIVA, 2010).

Outra questão que apareceu bastante nas falas dos entrevistados foi em relação às resistências docentes a novas formas de ensino e as novas propostas de mudanças, como descrito abaixo:

Eu acho que a questão quando você propõe uma mudança gera-se uma certa tensão. Porque assim: 'eu to fazendo uma coisa assim, dessa forma, há muitos anos e a coisa continua dessa forma por que eu vou mudar para uma outra forma, para um outro modelo', por exemplo. Eu acho que existe um certo medo de mudar. Esse é um dos problemas. Eu acho que alguns professores são mais resistentes a essas mudanças (Docente "F").

A gente não teve a formação voltada para isso e outro problema que eu vejo é uma certa zona de conforto que o professor consegue ao longo da sua vida. 'Minha disciplina pode se repetir todo o ano, da mesma maneira'. E a gente vê que isso acontece com alguns casos. Mas o principal é mudar, é muito difícil a gente mudar e não tendo a formação (Docente "C").

Qualquer atividade de ensino precisa estar articulada, necessariamente, a um currículo, a uma teoria, a um método, mas, se quisermos uma transformação e não somente uma mudança, é preciso que as atividades de ensino sejam problematizadas permanentemente por aqueles que trabalham nas escolas, por quem os precisa articular, compreender, refutar e inventar cotidianamente em meio às práticas pedagógicas (DINIZ-PEREIRA; LACERDA, 2009).

De um lado, a exigência de construir um projeto pedagógico pautado pelo princípio da qualidade, o que traz novas demandas ao coletivo dos cursos; de outro, a percepção de que a qualidade desse projeto depende muito de uma política de qualificação permanente do corpo docente como fundamento e garantia da qualidade do conjunto organizado de atividades acadêmico-científicas (DIAS SOBRINHO, 1992).

A escola deve almejar a formação e a capacitação pedagógica de seus docentes. O conhecimento de diferentes conceitos, estratégias e metodologias educacionais são fundamentais para o desenvolvimento de planos de estudo e de novos processos de ensino-aprendizagem. Assim como as transformações do contexto socioeconômico e político da sociedade contemporânea, que influenciam a educação superior, a formação pedagógica é de grande importância para o exercício qualitativo da profissão docente, especialmente no terceiro grau (LAMPERT, 2002; PAIVA, 2010).

Dessa forma, verifica-se que a formação pedagógica do docente fisioterapeuta teve historicamente grandes lacunas de qualificação, dado por contextos históricos, sociais e políticos em que isto não era evidenciado. Ao longo dos anos, as pós-graduações deram um novo fôlego à capacitação docente, particularmente ao que se refere à produção de

conhecimento em fisioterapia. Atualmente, as críticas presentes na literatura se dão no bojo da formação didático-pedagógica dos docentes, da aproximação com temas da pedagogia e de discussões relativos ao campo da educação. No curso de fisioterapia estudado, estes fatos apareceram nas falas aqui registradas, tanto como uma crítica interna do próprio docente no exercer da docência, como nos discentes no (não) entendimento da função ou correlação da função docente/pesquisador. Não é uma política do corpo docente estudado promover cursos de orientação didático-pedagógica enquanto coletivo. Possivelmente alguns docentes façam essa qualificação em nível individual, porém isto não apareceu nas entrevistas. As atuais políticas de educação e saúde vêm promovendo espaços para que isso aconteça, porém esta descrição está abordada no item 4.7 (A construção da mudança).

4.5.2 Vetor: Atualização Técnico-Científica

Verifica se a escola estimula, apoia ou promove, ou não, a atualização técnico-científica dos professores, com base também na formação da pós-graduação (LAMPERT, 2002).

Um dos pontos positivos do curso mais citado, além do estímulo a pesquisa foi a boa capacidade técnico-científica dos professores:

Acho que é força do grupo, a gente tem um curso bastante coeso e tem um perfil de trazer as questões das evidências científicas voltadas para a atuação profissional e eu acho que traz de know-how para o nosso curso (Docente “H”).

Um dos fatores relatados para que o aluno tenha uma boa formação é a formação especialista dos professores:

Eu acho que a UFSCar tem um nome, tem uma boa formação do aluno porque justamente nós temos bons professores especialistas e conhecedores daquele assunto (Docente “J”).

Sobre esse assunto, a literatura diz que não basta ao professor deter sólido conhecimento de sua área específica e nem mesmo ter passado por cursos de pós-graduação para ter seu profissionalismo docente assegurado. Corpo docente qualificado e não apenas titulado deve ser a preocupação de todo sistema de ensino, de toda instituição de educação. A

prática revela ser errônea a associação de relação diretamente proporcional entre titulação docente e qualidade de ensino (BAZZO, 2008; PAIVA, 2010).

Bazzo (2008) nos chama a atenção para o cuidado que se tem que ter na ênfase do conhecimento específico do professor. A demanda pela atualização na área específica é naturalmente percebida como necessária. Os professores continuamente participam de congressos, seminários, publicações, cursos de pós-graduação, entre outras iniciativas, entre os quais a velocidade com que os conhecimentos de cada área se expandem. Porém, é também importante na formação a dimensão didático-pedagógica da docência. O bom professor será o profissional que detém conhecimento sólido e atualizado em sua área específica e também no campo da educação.

Os alunos reconhecem os conhecimentos dos professores, porém, na atual estrutura curricular esse ponto positivo pode tornar-se um obstáculo:

Cada professor quer que saiba muito na matéria deles, cada detalhe, um conhecimento aprofundado. Só que fica muita coisa para a gente estudar e não damos conta de aprender tudo. Eles e nós também perdemos a visão do todo (Discente 3º ano).

O docente não é o profissional que possa dispor de uma bagagem de técnicas instrumentais finalizadas, rotineiras e apoiadas em pretensos conhecimentos específicos. A relação do professor quanto ao conhecimento é uma parte substancial de suas perspectivas profissionais, relacionadas às suas experiências, sendo a base da valorização do saber que colocará em ação quando tiver que ensinar ou guiar os alunos para que aprendam (SACRISTÁN, 2000).

Em termos de integração entre os próprios docentes e suas áreas, um docente relatou:

Talvez você entenda uma coisa hoje: porque que as pessoas trabalham tão isoladas aqui. Você não tem grupos de pesquisa conjunta aqui, talvez tenha até fora, aqui dentro não. Essa história um pouco justifica, cada um foi tendo um tipo de formação. Não quero nem tocar no pessoal dessa questão. Foram formações tão disparatarias, (...) que ficou mais difícil conformar pesquisas inter-grupos que estão aí agora (Docente "A").

O professor enfrenta uma situação complexa e incerta na qual é um problema encontrar o problema. Ao tratar de casos únicos não se pode aplicar teorias ou técnicas-padrão, mas um processo de reflexão e de escolhas nas condições concretas das situações práticas. Fruto da pressão de uma sociedade muito marcada pelo conhecimento científico e suas derivações nas tecnologias, acentua-se o valor da objetividade, da estrutura interna do

conhecimento e se relegam as preocupações pessoais, a totalidade do ser que conhece, as implicações e causas sociais do conhecimento (SACRISTÁN, 2000).

Para finalizar e como um breve resumo deste vetor, verifica-se que o corpo docente do curso estudado estimula, apóia e promove a atualização técnico-científica e a formação na pós-graduação de forma incisiva e continuada. Isto traz para os docentes uma qualidade e atualização neste âmbito em todas as áreas específicas da profissão. Além disso, ao longo do raciocínio neste vetor pondero sobre algumas questões de debates atuais na literatura sobre a relação tênue entre técnica, a especialização e o ensino. Estes são considerados como temas atuais e que podem estar presentes na agenda de debates dos espaços formais e das “conversas de corredor” nos espaços informais dos cursos da saúde e da fisioterapia.

4.5.3 Vetor: Participação nos serviços de assistência

Cuida se os docentes da escola participam dos serviços de assistência; se o pessoal docente e dos serviços tem algum grau de integração; e se há participação da escola no planejamento e avaliação dos serviços de saúde (LAMPERT, 2002).

Neste tema, as falas apontaram a necessidade e a importância dos docentes se inserirem na nova dinâmica de interação e participação nos serviços do SUS. Uma fala que expressa isso é relatado abaixo:

O que eu sinto ainda é que a gente precisa dar uma atenção muito grande pra demanda social que é o SUS. Para mim é uma demanda social (Docente “D”).

A atenção primária está sendo a grande ponte na articulação entre os docentes do curso de fisioterapia e a gestão municipal, e as falas trazem esse nível de atuação como recente, desconhecido para muitos e com grandes desafios:

O cenário atual SUS de atenção primária quem está chegando faz ‘hã?’ (Docente “A”).

A fisioterapia no atendimento primário que eu sei é que tá começando a aprender como é que faz isso. Alguns colegas que estão trabalhando nesse sistema que tenho dito estão aprendendo, estão pra ver o que é possível fazer. Eu conheço experiências de outros lugares, não daqui, que já tem uma estrutura um pouco melhor, mais avançada. Eu acho que seria interessante uma troca de experiências para mostrar que existem coisas que já foram vencidas por outros e que algumas pessoas daqui ainda estão tentando entender como é que funciona (Docente “D”).

Um aspecto a ser considerado se refere à redução do SUS à demanda social ou da atenção primária. As falas tiveram uma tendência, ao longo de toda a pesquisa, de que os fisioterapeutas precisam conhecer o SUS como uma parte que atende outra parcela da população brasileira. Esta afirmação não deixa de ser verdadeira, porém corre-se o risco de que sempre se faça associações do SUS à pobreza ou de pessoas que não podem pagar um plano privado de saúde. Uma das grandes características do SUS é a universalidade, o que garante que todo cidadão brasileiro tenha o direito de usufruir dos serviços prestados por este sistema, acima de gênero, raça e classe social. Além disso, o cuidado em saúde inclui, além das relações de encontro, vínculo e responsabilização também o acesso à qualidade dos saberes técnicos, do diagnóstico e da terapêutica. Há que se avançar na generalização da atenção primária como demanda social para uma orientação do cuidado em saúde e uma clínica da integralidade.

Outra característica inerente ao SUS é a regionalização e hierarquização dos serviços, o que revela uma gama de serviços em níveis de complexidade diferenciados e interligados em uma rede de atenção à saúde. Com a verbalização atenção primária = SUS exclui-se todos os outros serviços que fazem parte desta rede e como eles se ‘conversam’. Estes outros serviços podem ser desconhecidos pelos alunos.

É necessário pensar numa cadeia de cuidados em saúde, ou seja, “arranjos que possibilitem articular o acesso aos serviços de diferentes tipos, mantendo vínculo e continuidade do cuidado de acordo com as diferentes situações clínicas” (FEUERWERKER, 2011, no prelo). Pelas necessidades verificadas nos serviços há que se produzir arranjos diversificados de produção do cuidado. O arranjo UBS – ambulatório de especialidades – hospital é pobre para assegurar essa oferta (FEUERWERKER, 2011).

Na fisioterapia, especificamente, é rotineiro que os profissionais fisioterapeutas da rede ou vinculados à ela, sintam-se impotentes e acuados quanto a encaminhamentos e resoluções dos usuários que acompanham pela complexidade das demandas de fatores como os sociais, econômicos, físicos, entre outros. Na atuação e na formação há que se buscar compreender essa cadeia de cuidados, inclusive além do setor e serviços de saúde, como estratégia de ampliação e diversificação das ofertas.

Ao mesmo tempo, algumas falas trazem as experiências vivenciadas, os avanços conseguidos com essa articulação e a contribuição dos docentes para a rede:

Nós começamos em 2009, com as atividades do Pet-Saúde, aí nós fomos para a rede, conhecemos os fisioterapeutas que eram os preceptores, fomos conversando com o pessoal da secretaria identificando os problemas. O maior problema que a gente via era assim: o fisioterapeuta da rede em São Carlos, ele estava assim, cada dia estava num lugar (...). No Programa de Saúde da Família, o mesmo fisioterapeuta tinha que ficar em quatro ou cinco lugares diferentes na mesma semana. E o fisioterapeuta não tinha vínculo com a equipe (...) porque tem poucos fisioterapeutas e tava atuando um pouquinho em cada lugar. Então quando a gente começou a conversar, a identificar isso, aí nós vimos a sensibilidade muito grande da secretaria e dos fisioterapeutas que talvez fosse mais interessante para essa construção a gente ter o fisioterapeuta da rede, preceptor, por pelo menos 12h, com vínculo em uma equipe, com aluno e com um professor da UFSCar parceiro e (...) que a população daquele PSF realmente tivesse a inserção do fisioterapeuta (Docente “B”).

A gente pode melhorar muito o trabalho da equipe de referência, que eu acho que a gente tem um monte de habilidades e um monte de competências que ajuda na resolutividade, tanto na promoção que é o que eles mais enfatizam, prevenção, mas pensando também na assistência (Docente “E”).

Em uma pesquisa sobre as tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras (LAMPERT et al, 2009a), consideradas tradicionais, essa integração ainda deixa a desejar: falta integração dos serviços com a universidade; poucos professores envolvidos em planejamento; resistência dos docentes a esta atividade.

Em escolas consideradas inovadoras, os docentes participam do sistema de saúde em sua área de influência e têm serviços assistenciais integrados com o sistema de saúde e os médicos dos serviços têm participação na docência: professores do curso e do serviço atuam em todos os níveis do PPP; presença de política e convênio entre escola e município; convênios com o município; reuniões pedagógicas e estágios supervisionados com participação dos médicos de serviço.

O curso estudado passa por um momento de transição em que o velho e o novo convivem de forma não tão harmônica, com conflitos e posições contrárias. Porém, há um movimento interessante de uma parte dos docentes: alguns com posições a favor sobre a necessidade da interação ensino-serviço; outros com ações na prática já demonstrando a possibilidade de que isso pode acontecer. O que se espera é o que o novo e o velho possam conversar, no sentido de trocas e de superação de formas de ensinar e aprender na prática.

4.5.4 Vetor: Capacitação Gerencial

Este vetor procura saber se a escola promove ou não capacitação gerencial, como é a forma que assumem estes cargos e se estes docentes possuem conhecimento de ciências administrativas e buscam imprimir estilo gerencial participativo (LAMPERT, 2002).

A partir dos depoimentos, colocar-se-á a discussão em três pontos: capacitação para assumir cargos gerenciais; atribuições exigidas atualmente para estes cargos; e participação dos docentes e discentes na tomada de decisões.

O primeiro ponto trata da capacitação para assumirem cargos gerenciais. Os relatos trazem o despreparo dos docentes ao assumir o cargo e ao longo do trajeto gerencial:

O que eu vejo dentro da Universidade, uma realidade triste é o fato que você entra tão despreparado para o cargo tão importante. O cargo de coordenador de curso, ele é um cargo extremamente importante para a formação do aluno, para manter as políticas da universidade. (...) É um encargo bastante estressante, deveria ser realizado por pessoas que tem bastante capacidade, que já conhecem a máquina e o que acontece? Sempre é passado para os docentes mais novos (Docente “H”).

O coordenador ele tem que ter um interesse, tem que ter disponibilidade para ter uma boa coordenação, acho que ele deveria ter mais tempo para isso e a capacitação também muito importante. Apesar que a gente aprende fazendo né, aprende fazendo. Mas se tivesse uma capacitação para formação mais direta de uma coordenação de uma universidade, coordenação de um curso seria muito mais fácil (Docente “J”).

Nota-se, por estes relatos, que a escola não prioriza a formação dos docentes que assumem cargos administrativos. O aprendizado acontece numa prática de erros e acertos, o que dificulta ou atrasa processos administrativos e pedagógicos.

Para os cargos gerenciais não há uma política institucional que valoriza e reconhece este cargo, não oferece cursos e/ou consultorias para seus gestores e não proporciona a participação ativa e a responsabilização dos segmentos docente, discente e técnico-administrativo nas decisões, processos, resultados e avaliações institucionais (LAMPERT et al, 2009a).

Parece também que há uma desvalorização destas atividades administrativas, visto que a prioridade é pela inserção de professores novos nestes cargos, muitos destes com pouca ou nenhuma experiência neste tipo de atividade. Não é interesse deste corpo docente, por exemplo, mesclar docentes com e sem experiência, como uma forma de valorização e continuidade das experiências já aprendidas por docentes mais antigos.

Uma das explicações para a não motivação do professor mais antigo para assumir este cargo, é dado por este docente:

É um encargo extremamente desgastante, ter uma carga horária enorme para dar conta das ações. Eu cheguei a ficar praticamente em seis reuniões semanais, só fica em reunião, entrava numa reunião, saía para outra reunião. Assim, não dá, é inviável para o tanto de coisas que a gente tem que fazer além das atribuições de coordenação e é muito importante (Docente “H”).

Este discurso revela também uma atividade gerencial que opera sobre a organização do trabalho a partir de um conjunto de procedimentos-atividades visando os fins e não o próprio processo de trabalho numa construção coletiva (MERHY, 1995). Pressupõe a possibilidade de um diagnóstico objetivo da realidade e de seus problemas. O resultado desta forma de gestão deixa de levar em conta a visão dos distintos atores, o espaço político no qual o plano irá se desenvolver, os obstáculos e enfrentamentos que irá encontrar, assim como as oportunidades favoráveis que poderiam auxiliar sua execução (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2008).

Neste processo gerencial falou-se sobre a participação dos outros docentes e dos discentes na tomada de decisões:

Você acha que tem que mudar, (...) só que existe a dificuldade de lidar com certos docentes, de não aceitar porque é cômodo estar do jeito que ele está. Não sei se é por medo da mudança, não sei se é pelo diferente, é falta de tempo dos docentes né. Então você encaminha algumas coisas e você não tem resposta, demora para ter resposta. Em reuniões, sempre são os mesmos que participam. Os outros não participam e aí existem determinadas decisões e aí que as reclamações aparecem (Docente “J”).

O coordenador apenas responde pelo grupo, ele representa um grupo. Mas ele tem que levar o que o grupo pensa, ele tem que respeitar essas opiniões, levar esses conhecimentos, para levar a opinião de um grupo. Então quando você trabalha com um grupo que não se compromete, é complicado ou que olha só para o seu lado. Ele vê o lado dele, o que é importante para ele. Quando ele não vê o lado do grupo ou do aluno aí eu acho que é complicado (Docente “J”).

Parece que os próprios professores são desorganizados a ponto de não pautarem a continuidade. Eles assumem um cargo, fazem tudo diferente do que o outro fez, aí depois saem, pegam outro cargo e por aí vai. Eu aluno chego aqui e fico sem saber o que fazer. Por que a coordenação do curso não apresenta o que a universidade tem? Por que não se junta com o Centro Acadêmico para fazer essa apresentação? A gente não vê integração nenhuma entre os professores e os alunos e dos alunos com os próprios alunos de fisioterapia (Discente 4º ano).

Pensar em gestão no campo departamental de um curso, por exemplo, requer pensar que os problemas não são estruturados e que não aceitam explicações deterministas. É

necessário que haja planejamento numa perspectiva estratégica que considere visões múltiplas e diversificadas (MERHY, 1995).

Para Matus (1993) a gestão está em saber distribuir bem os problemas pela organização de modo que todos os níveis estejam sempre lidando de forma criativa com problemas de alto valor relativo. A necessidade e importância da participação dos diferentes atores no processo de gestão descentralizada residem no fato de que estes estão sempre em situação realizando recortes interessadas da realidade e que esta é sempre um produto permanente de um processo de disputa entre sujeitos que agem intencional e reflexivamente.

Um ponto de coesão foram as decisões compartilhadas entre os docentes coordenadores do curso e chefe de departamento:

A gente sempre tenta quando são assuntos de interesse da coordenação de curso e da chefia do departamento, a gente sempre procura fazer reuniões no sentido de definir algumas coisas (Docente "F").

Apesar de não promover capacitação gerencial, alguns docentes reconhecem a importância do cargo e da qualificação que tem que estar presente ao assumi-la. Alguns buscam, através de ações isoladas, maior participação do corpo docente, posição esta que não é clara quanto aos discentes e ao segmento técnico-administrativo.

Nas reuniões da qual participei, os discentes tem sua participação garantida com representação nas reuniões da comissão de reestruturação curricular e departamentais, porém, sua presença é esporádica e sua participação na discussão é predominantemente de ouvinte. Em relação aos técnico-administrativos não houve participação.

No curso estudado, parece que cada ator realiza gestões individuais de acordo com o que julga coerente e com o seu papel definido culturalmente pelos próprios atores. Ou seja, os professores gerenciam suas atividades de ensino-pesquisa-extensão em que estão alocados e os discentes tem a função de reclamar de alguma situação pontual que está com problemas.

Esta falta de coesão entre os atores causa esse 'estranhamento' corroborado pelas falas como descontinuidade nos cargos gerenciais, descompromisso com os problemas e soluções e a falta de gestão compartilhada, aspectos que considero essenciais para um processo formativo de qualidade.

4.6 EIXO V: MUNDO DO TRABALHO

A política cultural que se limita a facilitar o consumo de bens culturais tende a ser inibitória de atividades criativas e a impor barreiras à inovação.

Celso Furtado

Este eixo busca identificar a tendência da escola para mostrar e discutir, de forma crítica, aspectos do mercado de trabalho em que o profissional deverá inserir-se para prestar serviços de saúde, procurando acompanhar e discutir a dinâmica do mercado de trabalho e a organização dos serviços, nos vetores que indicam: carência de profissionais e emprego; base econômica da prática; prestação de serviços (LAMPERT, 2002).

Os serviços de assistência à saúde e o mundo do trabalho, ao passar por profundas transformações, apresentam acelerado processo de reestruturação produtiva do capital. Dessa forma, os cursos de graduação devem estar atentos aos movimentos no mundo do trabalho, que exigem dos profissionais, além dos conhecimentos técnico-científicos, habilidades e atitudes em situação de trabalho para resolver problemas e enfrentar situações nem sempre previsíveis e previstas (LAMPERT et al, 2009b).

4.6.1 Vetor: Carência de Profissionais e Emprego

Este vetor analisa se a escola, para elaborar e organizar a programação curricular considera as possibilidades de emprego ou atividades remuneradas e/ou carência de profissionais para o atendimento das necessidades básicas de saúde (LAMPERT, 2002)

Os entrevistados trouxeram a questão do mercado de trabalho para a profissão. O contexto atual das políticas públicas, de concursos e possibilidades de emprego leva a um questionamento, da maioria dos docentes nesta pesquisa, da formação atual que estão oferecendo ao aluno. Os cenários de trabalho estão cada vez mais diversificados, com ênfase no SUS e nas habilidades e competências que trazem as DCN.

Dois docentes apontam a necessidade de inserção de práticas que ainda não acontecem e pelo espaço aberto no mercado de trabalho:

Eu sei que na fisioterapia do município não tem trabalho com puericultura, mas eu acho que a fisioterapia tem que estar inserida nesse contexto de promoção e prevenção também (Docente “J”).

Espero que a fisioterapia consiga ser inserida nas equipes do SUS, tanto nas equipes do Programa de Atendimento Domiciliar, como nas equipes do Programa de Saúde da Família. O SUS tem várias equipes na saúde da mulher, no oncológico. Então eu acho que essa é a primeira coisa. Isso eu acho que a gente já está conseguindo, por exemplo, São Paulo com 22 milhões de habitantes, o fisioterapeuta foi incluído na equipe do Programa de Saúde da Família (Docente “B”).

Primeiramente, é preciso conceituar o que é mercado de trabalho e, a partir disso, entender qual o papel que a fisioterapia desempenha ou possa desempenhar neste mercado, já que “hoje a saúde está sendo fortemente oferecida e comprada como produto, segundo as leis do mercado” (LAMPERT et al 2009b, p. 42).

A constituição do mercado de trabalho em saúde corresponde a uma etapa particular da formação do mercado capitalista em geral. O mercado é entendido como o lugar social no qual todos os indivíduos, para poderem viver, precisam comprar e vender mercadorias (TUMOLO; TUMOLO, 2004).

Somente é possível falar de mercado de trabalho em saúde quando as relações de compra e venda da força de trabalho ocorrem sistematicamente no mercado. Nos países de industrialização tardia e nos subdesenvolvidos, que possuem maiores disparidades regionais e maior heterogeneidade, o perfil profissional para esse mercado de trabalho pode variar em limites amplos. Nestes países, como é o caso do Brasil, pode-se encontrar desde um cirurgião até um curandeiro (MÉDICI et al, 1991).

Num mercado dinâmico e frente a uma variedade de modelos de ganhos econômicos é necessário conhecer e discutir os impactos desses aspectos e de atitudes éticas, numa visão global do contexto e as necessidades reais de saúde da sociedade, inseridas na construção de um SUS que possibilite referências e contra-referências (LAMPERT et al, 2009b).

Ao analisar o atual campo de atuação profissional do fisioterapeuta, percebe-se o que se chama de saturação do mercado de trabalho com diminuição ou quase extinção da oferta de emprego em algumas regiões e a precarização dos vínculos e condições de trabalho. Este relativo desequilíbrio, entre a oferta e a demanda de profissionais de saúde traz como consequência prática, a redução do valor de trabalho destes profissionais e o aumento do desemprego e do subemprego (BISPO JÚNIOR, 2009; MÉDICI et al, 1991).

Caldas (2006) explicita alguns fatores principais que definem a complexidade do mercado de trabalho em saúde: descompasso entre o contingente de formados e o mercado, que não têm condições de absorvê-los; o profissional liberal foi sendo substituído pelo profissional assalariado, inserido em organizações; a prática profissional está intimamente relacionada à esfera do conhecimento, o que garante o monopólio do trabalho; com a ampliação do número de escolas, aumentou a presença de estagiários como mão-de-obra quase sem custo; com a dificuldade na inserção no mercado, os recém-formados se sujeitam a qualquer forma de trabalho (sem carteira assinada e/ou salários abaixo do piso salarial da categoria).

Bispo Júnior (2009, p.662), porém, afirma que a saturação do mercado de trabalho da fisioterapia não corresponde à plenitude da atenção à saúde da população. Segundo o autor:

O que se encontra saturado é o campo privado de atuação curativista, orientado pela lógica do lucro, ao qual o acesso é determinado pela capacidade de pagamento e não pelas necessidades individuais ou coletivas.

A abertura no mercado de trabalho para os serviços públicos foi levantada por alguns docentes, além da crítica ao atual currículo que não prepara o futuro fisioterapeuta para esse campo:

Tem uma defasagem em função do mercado profissional, das demandas sociais, das demandas de saúde que aconteceram ao longo desse tempo e que não foram inseridas concretamente ou mais formalmente nesse currículo (Docente “D”).

O próprio mercado de trabalho que exige né, a formação de um profissional com uma visão mais geral, até mesmo para trabalhar hoje no Sistema Único de Saúde. Então o profissional vai para o mercado de trabalho, ele tem que trabalhar na saúde da família, ele tem que trabalhar em locais que exigem essa visão global. Um ponto acho que é esse, que é o fator de mudança de política de saúde no país, que está nortando toda essa discussão (Docente “J”).

Bispo Júnior (2009) alerta para a carência de fisioterapeutas em atuação nos níveis primário e secundário, opondo-se as afirmações de que existe um excesso de profissionais. Porém, chama a atenção que nessa inserção, principalmente a fisioterapia, é que deve adequar-se e preparar-se para atuar de acordo com a nova lógica de organização dos modelos de atenção e o atual perfil epidemiológico da população. Segundo o autor, não basta que o SUS, como mediador coletivo, proporcione a aproximação entre a fisioterapia e as necessidades da população.

Há um cenário marcado por profundas alterações no mercado de trabalho, em que é o setor estatal que tem garantido postos de trabalho. Ressalvados os avanços, ainda permanecem as dificuldades de adesão das categorias profissionais ao SUS (ACIOLE, 2006).

Na possibilidade dessa aproximação com as necessidades de saúde, a inserção na Atenção Primária como mercado de trabalho foi colocado por alguns docentes, como neste relato:

A gente está formando um profissional voltado para a reabilitação, totalmente voltado e o que se tem até de emprego para esse formando é emprego NASF, emprego para atuar na saúde da família mesmo. Então é um perfil hoje equivocado que a gente tem (...). Não que a população não precisa, a população precisa da reabilitação sim, mas não tem mercado de trabalho para eles (Docente "C").

Porém, um docente chama a atenção de que os fins que alguns docentes visualizam para a mudança curricular baseiam-se unicamente no fato da formação para o emprego e o mercado de trabalho:

Quem pesca essa coisa da humanização, tá olhando quase que exclusivamente o mercado de trabalho. 'Ó, vamos aprender isso aqui porque tem mercado mais a frente'. (...) 'Moçada, presta atenção aqui nessa aula, porque em todos os concursos de fisioterapia está caindo na prova, legislação do SUS e tal'. (...) Mas não tem o compromisso essencial (Docente "A").

A influência sócio-demográfica e as políticas sociais sobre a composição do mercado de trabalho induzem demandas de formação de profissionais, tanto a partir de questões epidemiológico-sanitárias enfrentadas, como pela oferta e disponibilidade de postos de trabalho que requeiram especializações definidas. À medida que a intersectorialidade das práticas de saúde seja mais acionada, mais serviços serão incorporados e mais profissões de saúde como a fisioterapia serão inseridas (ACIOLE, 2006).

Sobre esta questão, um cuidado extremo é olhar para a ampliação da atenção primária com uma visão puramente mercadológica, com o intuito de inclusão de profissionais só para ampliar mercado de trabalho. Estes posicionamentos devem ser condenados e combatidos. A visão mercadológica de ampliação da atenção primária é insuficiente para promover mudanças no perfil do profissional, que continuará a ser curativo-reabilitador. Cabe à fisioterapia promover mudanças profundas, de natureza conceitual e epistemológica, sobre seus saberes e campos de prática e apresentar, para a sociedade, as contribuições de sua atuação nos níveis primário e secundário (BISPO JÚNIOR, 2009).

Mais do que argumentação teórica, essas contribuições a que retratou este autor estão garantidos em documentos oficiais, como as DCN para os cursos de fisioterapia (BRASIL, 2002), em que cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos (Art. 4); e exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social (Art. 5).

Quanto aos alunos, os relatos trazem à tona o pouco debate ou a inexistência de discussões a respeito desta temática. Pelas entrevistas, se consideram sem informações ou conhecimentos do que fazer e como fazer após a conclusão do curso, como nesta fala:

Informações da saúde de modo geral, de como vai atuar, quais locais não são divulgadas no curso. A gente vai onde tiver mais fácil o emprego (Discente 3º ano).

O 4º ano traz uma realidade mais preocupante, já que a atuação em campo está mais próxima e o desespero começa a ‘entrar em cena’, como no diálogo transcrito abaixo do grupo focal:

- *Perdido. A gente aqui tá numa ilha.*

- *Eu aprendi vendo a outra turma prestando aprimoramento, especialização.*

- *Eu tô desesperado...*

- *Quase chorando...*

- *A gente tem noção de quem tem que sair e fazer outra coisa. Ou um mestrado, ou aprimoramento. Você não pode sair só graduando de fisioterapia. É muito difícil conseguir alguma coisa depois, todo mundo tem essa consciência.*

Um docente confirma este despreparo quando reconhece que:

No final do curso, eles ficam ansiosos em relação ao futuro profissional, como eles vão conseguir se inserir no mercado de trabalho. Tem muitos alunos que ficam perdidos quando se formam. É tanta sobrecarga que parece que eles não se programam para se formar, como vai ser depois da universidade, depois da formação. Muitos saem inseguros, vão buscar trabalhos voluntários, adquirir experiência em algum lugar mesmo sem receber (Docente “E”).

Uma característica que está muito presente na relação formação-trabalho em saúde é a obsessão pelo conhecimento, o que amplia as fileiras constituídas por eternos estudantes, as quais são respostas ao *status quo* de competitividade exigida pelo mercado. O que se produz nas instituições formadoras é uma excessiva especialização e o distanciamento dos conteúdos

curriculares que trazem como consequências a produção fragmentada do cuidado e a baixa capacidade de reflexão sobre a prática profissional (ALBUQUERQUE; GIFFIN, 2009).

Esse panorama impõe árduas tarefas a todos que estão envolvidos com a implementação do SUS. Para traçar um panorama mais realista e integrado a respeito deste é necessário mobilizar acepções mais amplas sobre regulação das relações entre o público e o privado. O mapeamento dessas relações, como a regulação do mercado de trabalho, é imprescindível para contextualizar o SUS como política pública e o arranjo institucional dinâmico resultante de tensões, conflitos e consensos interpostos pela sociedade civil às instituições governamentais (BAHIA, 2006).

Há que se ampliar a compreensão do educativo. A educação do cidadão produtivo, em que o mercado funciona como princípio organizador do conjunto da vida coletiva, distancia-se dos projetos do ser humano emancipado para o exercício de uma humanidade solidária e a construção de projetos sociais alternativos (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2003).

A contextualização dessas transformações no mundo do trabalho precisa ser colocada como pauta de discussão transversal nos currículos da área da saúde, como uma nova agenda para auxiliar a desalienar a formação em saúde, que tenha a capacidade de denunciar e de anunciar e que favoreça a formação de profissionais de saúde capazes de sonhar e de contribuir para construção de um outro mundo possível (ALBUQUERQUE; GIFFIN, 2009).

4.6.2 Vetor: Base Econômica da Prática

O objetivo deste vetor é aproximar a discussão do capitalismo na saúde, em particular nas ações da fisioterapia, confrontar a literatura sobre o assunto e emergir desafios e enfrentamentos sempre na perspectiva da preservação da vida humana.

Além disso, sob orientação do instrumento utilizado nesta pesquisa, saber se o curso estudado explicita ou não a existência de uma prática liberal e uma assalariada, e a influência desse fato na formação profissional (LAMPERT, 2002).

A atual conjuntura histórica está permeada por cenários complexos e contraditórios, especialmente no que tange às transformações no mundo do trabalho. Dentre os processos sociais e as polêmicas contemporâneas destacam-se, atualmente, aquelas envolvendo a problemática do conhecimento e da formação profissional face ao processo de reestruturação produtiva do capitalismo global (CATANI et al, 2001).

Pontuam-se três importantes transformações, as três Revoluções Industriais, que marcaram a ascensão de potências mundiais (Inglaterra, Estados Unidos e Japão) e implicaram transformações na esfera econômica, social e política. Dentre estas, a mais importante foi a 3ª Revolução Industrial, ocorrida nos anos 80, marcada pela reestruturação produtiva (*Just in time*), implicando em readequações significativas no ambiente do trabalho, como a terceirização e deslocamento de indústrias para espaços com mão-de-obra barata.

A partir deste último marco, estamos vivenciando as mudanças impulsionadas pelo novo modo de reestruturação produtiva através da acumulação flexível do capital e da flexibilização do trabalho (toyotismo), o que produz profundas mudanças no mercado de trabalho (RAMOS; SANTOS, 2008; CATANI et al, 2001).

As premissas e os valores do projeto neoliberal fundamentam-se nos pressupostos da desresponsabilização do Estado quanto à garantia de direitos sociais, com diminuição do gasto social e focalização da assistência. No plano ideológico, o neoliberalismo apregoa a necessidade de se reconstituir o mercado como esfera de regulação da vida social e, correlatamente, disseminam-se valores calcados no individualismo, no consumismo e na competição, os quais vêm minando as bases da solidariedade social e do coletivismo (BISPO JÚNIOR, 2009; BARBOSA, 2010).

A tecnologia tornou-se fator fundamental num contexto em que a competitividade e a produtividade se tornaram dogmas absolutos e sinônimo de luta pela sobrevivência. Portanto, nesta ótica empresarial, verifica-se que grande parte das vantagens está associada à qualificação dos trabalhadores da saúde e à qualidade dos conhecimentos produzidos. Do taylorismo-fordismo¹⁹ ao toyotismo emerge um trabalhador comprometido para além do desejo de consumo e de mobilidade social, subsumido emocionalmente ao fantasma do desemprego e da exclusão social, face ao desmonte do Estado Social promovido pelo ‘Deus Mercado’ (CATANI et al, 2001; RAMOS; SANTOS, 2008).

O mundo do trabalho atual tem recusado o trabalhador herdeiro da cultura fordista (muito especializado), sendo substituído pelo trabalhador “polivalente e multifuncional” da era toyotista. Além disso, há uma crescente expansão de trabalho no chamado terceiro setor, assumindo uma forma alternativa de ocupação através de empresas de perfil mais comunitário como as ONGs. Assim, a classe trabalhadora atual tem “uma conformação mais fragmentada,

¹⁹ Consultar Landes (1994) sobre o taylorismo-fordismo e as Revoluções Industriais. Landes salienta que a segunda Revolução Industrial nos Estados Unidos foi denominada pelo método de produtividade do taylorismo-fordismo, que se caracterizou, a grosso modo, pelos contratos rígidos de trabalho entre o empregador e o empregado e o aumento do poder sindical.

mais heterogênea, mais complexa, mais polissêmica e mais multifacetada” (ANTUNES, 2003, p. 236).

Trazendo esta discussão no âmbito da área da saúde, verificam-se propostas diferentes e presentes na mesma sociedade. De um lado, encontra-se o projeto da reforma sanitária fundamentado nos valores da solidariedade e em princípios de universalidade, integralidade e equidade; do outro, o projeto neoliberal, que defende a segmentação e a privatização como alternativas de organização do setor e que atribui aos próprios usuários a responsabilidade pelos serviços de saúde (MENDES, 2001 *apud* BISPO JÚNIOR, 2009).

Merhy (2002) também vê duas situações antagônicas: na forma atual hegemônica da medicina neoliberal tecnológica, os médicos privatizam e tomam posse dos espaços microdecisórios, que definem o modelo de atenção e incorporação de tecnologias duras e leve-duras; na forma de atenção gerenciada, nos modelos que se propõem seguir o eixo das necessidades dos usuários como seu ordenador, nos quais os processos de incorporação tecnológica têm de superar tanto aquelas privatizações dos espaços microdecisórios, quanto a redução do bem saúde a um bem de mercado.

À medida que a ciência e a tecnologia crescem sem precedentes com novos conhecimentos e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, há uma reestruturação produtiva do capital, que redesenha as oportunidades com a criação de diferentes serviços de assistência à saúde sem, no entanto, optar por formas de conhecer os problemas básicos de saúde de cada território e propor uma intervenção mais adequada às necessidades de saúde dos diversos grupos (LAMPERT et al, 2009b; KANTORSKI, 1997).

O modo de produção capitalista é prisioneiro das inovações tecnológicas. Para resolver o ciclo de acumulação do capital vai se tornando evidente que este processo inovador – transição tecnológica – imprime alterações significativas no parcelamento dos processos de trabalho, no perfil da qualificação dos trabalhadores, no mercado da força de trabalho, nos processos de troca, entre outros (MERHY, 2002).

Há uma forte tensão da incorporação de novas tecnologias duras aos processos produtivos pela disponibilização e oferta de equipamentos no mercado, do alto consumo da maquinaria no processo de produção e a construção imaginária que associa qualidade da assistência com densidade tecnológica. Essa é uma das apostas do capital sobre os serviços, na busca da distribuição dos seus produtos em larga escala. Na formação em saúde, a indústria promotora desses insumos encontra no modelo flexneriano o apoio teórico para propor modelos centrados no consumo de seus produtos, o que traz para o ensino o direcionamento

da atividade profissional baseado nas tecnologias duras e leve-duras (MERHY; FRANCO, 2009).

Os estudos e debates atuais trazem a necessidade de uma transição tecnológica, ou seja, um novo padrão de cuidado, com inversão do núcleo tecnológico do cuidado e configurando na sobreposição das tecnologias mais relacionais. Significa operar na assistência com sentidos diferentes da produção de procedimentos, em busca de ações voltadas às necessidades de saúde dos usuários, no impacto dos resultados e de novos sentidos para as práticas assistenciais (MERHY; FRANCO, 2009).

No mercado de trabalho, o consultório privado exercido como prática liberal está reduzido e dominado pelos convênios. Neste estudo, a fisioterapia ainda é reconhecida como profissão liberal e a utilização desta forma de atuação pelos profissionais, como abaixo transcrito:

A fisioterapia é a essência da profissão liberal, é a essência. Pense num sistema liberal capitalista. A prática da fisioterapia sempre foi uma prática que permitiu, pelas suas características de profissão, invadir, invadir no bom sentido, ir à casa do paciente. Mas isso só se consolidou como uma prática liberal e não como uma prática de transformação (Docente "A").

Este depoimento traz dois pontos que são extremamente importantes para esta discussão e que se coloca como questionamento: Por que a fisioterapia tem uma característica predominantemente liberal? E que sentidos e fins se dá essa prática?

A própria origem do campo de atuação profissional da fisioterapia enfatizou aspectos e dirigiu o desenvolvimento desse campo para atividades recuperativas e reabilitadoras. Essas características, com alguns avanços e recuos permanecem e sua implantação do país mantém essa direção. Além disso, há uma inércia, forte resistência às mudanças e a presença do forte corporativismo das organizações e da categoria profissional. Esse modelo é muito conveniente a interesses econômicos e ao modelo de profissional liberal (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Na fisioterapia, de modo geral, ainda existe uma ideia de que o privado (autônomo ou assalariado) é o que oferece melhores condições e salários, como visto nessa fala:

A atuação do fisioterapeuta no SUS tem muito ainda que crescer. E além de tudo, um fator importante deveria ter uma boa remuneração, que o profissional fosse valorizado no trabalho. Na nossa profissão acho que ainda falta muito a valorização (Docente "J").

Segundo Holanda (2009), a literatura sobre diferencial de salários entre os setores públicos e privados no Brasil apresenta evidências de que os trabalhadores do setor público recebem, em média, maiores salários do que os trabalhadores do setor privado. Nesse contexto, uma possível explicação para a discrepância salarial entre os setores público e privado trata das diferentes restrições com que cada setor defronta. Enquanto o setor público está sujeito a restrições políticas, o setor privado é caracterizado por restrições associadas ao problema de maximização de lucro. Forças não competitivas do mercado também podem influenciar a estrutura salarial dos setores público–privado de diferentes formas.

Além da questão de sindicatos, políticas governamentais como as ações afirmativas ou a legislação de salário mínimo podem ter um impacto significativo nos salários dos trabalhadores desses setores. O setor público, na maior parte dos países inclusive o Brasil, oferece uma grande variedade de benefícios para seus empregados. Todos os estudos empíricos referentes ao caso brasileiro demonstram que além dos maiores salários, o setor público oferece estabilidade no emprego e a aposentadoria integral.

Relativo aos salários do fisioterapeuta a partir do que é oferecido no mercado de trabalho tem-se o seguinte depoimento:

O que tem acontecido é que no vestibular tem diminuído muito a procura pelo curso de fisioterapia em geral, a gente tem tido algumas desistências de alunos no primeiro ano porque entram em contato com o mercado de trabalho, como é o mercado de trabalho e a remuneração do profissional e acabam se desiludindo com o curso. Isso tem sido bastante frequente (Docente “C”).

Uma possível explicação pode residir dentro das próprias instituições formadoras. Nos anos 1990 iniciou-se a expansão do número de cursos de fisioterapia no Brasil e por muito tempo prevaleceu o modelo de ensino ligado ao êxito profissional, não visível no currículo, mas presente para o aluno no convívio com os professores (BISPO JÚNIOR, 2009).

As instituições de ensino mantiveram e aprofundaram o modelo curativo-reabilitador privatista, formando fisioterapeutas a partir da concepção de profissional liberal. Estimulou-se o aprimoramento tecnicista sob o discurso da crescente concorrência do mercado de trabalho, em que o domínio do conhecimento biológico e das técnicas de reabilitação era requisito suficiente e necessário para o estabelecimento no mercado (LAMPERT, 2002).

Um discente corrobora com essa afirmação quando fala:

Os governos procuram serviços dentro dessa área mesmo, da saúde da família ou outros casos, mas com profissionais que tenham um pouco mais a cabeça aberta

para estar ajudando a população e não os profissionais como a gente é criado, entre aspas, mais técnicos e mais voltados para a parte privada (Discente 2º ano).

Essa fala traz dois pontos que são considerados importantes. Um primeiro ponto se refere à questão de relacionar o profissional que atua “integralmente” como aquele que tem uma atuação técnica reduzida e insuficiente, em contraposição àquele profissional que detém o domínio apenas dos aspectos técnicos garante um atendimento de qualidade. O outro ponto se refere a um imaginário de que quem trabalha na saúde da família, em que o reconhecimento e a valorização são dados pelos aspectos humanísticos e sociais.

Por este raciocínio têm-se duas situações antagônicas e excludentes que estão determinadas pela base econômica da prática. O fisioterapeuta que trabalha em consultórios privados ou ambulatorios tem que ser um excelente técnico e o fisioterapeuta que trabalha no SUS ou na atenção primária tem que ser muito humano e comprometido com o social.

É necessário à fisioterapia e às outras profissões de saúde ampliar sua caixa de ferramentas no trabalho em saúde. Na formação profissional é premissa entender que o profissional necessita de um arsenal teórico-prático-vivencial-humanístico-cultural-ético que possibilite que sua atuação seja a mais ampla e a mais resolutiva possível. Falas que exaltam que determinado profissional não é muito humano, mas é um excelente técnico ou que é muito politizado, mas é ruim na técnica, por exemplo, não cabem mais no perfil do profissional brasileiro.

A fisioterapia tem que compreender as práticas de saúde como práticas sociais, totalizantes e transformadoras, do nível individual ao coletivo. Isso com certeza independente de qual prática fisioterapêutica está se realizando ou de que classe social estamos atingindo em nossa prática. Pensar a formação e o trabalho em saúde fora deste contexto é, acima de tudo, estar negando a capacidade do ser humano em buscar a integralidade de todas as suas ações.

4.6.3 Vetor: Prestação de Serviços

Este vetor observa se a escola menciona ou não, de forma crítica ou não, a relação institucional mediadora de seguradoras, planos de saúde e outras, na prestação de serviços de saúde, como fator adicional ou de interferência na relação singular entre profissional de saúde e paciente e os seus reflexos na formação e no exercício da profissão (LAMPERT, 2002).

Pelo instrumento utilizado isto deveria ser analisado, porém esta relação não apareceu nos depoimentos. Foi necessária uma adaptação neste vetor.

Entendendo que no mundo do trabalho e na prestação de serviços há o público e o privado, em que o público é o SUS (modelo da Reforma Sanitária) e o privado é a saúde suplementar (modelo liberal), procurou-se analisar a partir do que foi emergido das falas: Onde a fisioterapia se aloca? Como se apresenta suas práticas? Assim, a oferta dos serviços será analisada neste vetor a partir desta diferenciação e destas duas lógicas.

Segundo Almeida (2008), o lugar social do fisioterapeuta está fortemente ligado à reabilitação, identificado com o ideário liberal privatista. Na sua tese, as entrevistas e os dados analisados sustentam as evidências de uma prática profissional fragmentada e reducionista, resultando em um processo de alienação dos fisioterapeutas.

Por outro lado, as mesmas entrevistas evidenciam a disputa: a) do modelo hegemônico, em que se identifica com o liberalismo e o entendimento da saúde como mercadoria. Neste modelo, a organização dos serviços é baseada na reabilitação, centrada na doença e valoriza a especialização, as tecnologias e, portanto, o trabalho morto. b) do modelo contra-hegemônico que não nega a importância do conhecimento técnico, mas valoriza as dimensões sociais e humanas, está centrado na pessoa e busca a integralidade, valorizando a interdisciplinaridade e a intersectorialidade como uma abordagem permanente da atenção no trabalho vivo.

Aciole (2006, p.340) traz uma contribuição no que se refere à atenção em saúde atual:

A tensão dialética que envolve o desenvolvimento capitalista do Brasil, e no seu seio, alimenta a constituição de dois subsistemas de atenção à saúde: um privado, centrado na oferta e consumo de procedimentos médico-clínicos, em grande parte financiado pela organização previdenciária estatal garantidora de uma clientela cativa; outro, estatal, voltado para atendimento das questões de natureza coletiva e sanitária, financiado e gerido pelos organismos de saúde.

As falas nos trazem uma ideia de como este assunto se apresenta para cada um dos atores e quais são os locais e que serviços a fisioterapia está presente. Início minha discussão neste vetor com a fala de um discente, em que ele tenta explicar qual a ênfase do curso para as possibilidades do campo de atuação do fisioterapeuta:

(...) Mas não é só na saúde da família. Por exemplo, no hospital. Não vejo muita gente que quer trabalhar no hospital. O pessoal tá mais ligado numa clínica ou esporte. É isso que está baseada nossa formação (Discente 2º ano).

Um docente traz no seu relato o mesmo contexto do discente, como também acrescenta a opinião e ideia dos alunos quanto ao SUS:

(...) É que o aluno tenha condições e interesse na sua formação em trabalhar no SUS. Porque o que a gente vê é ao contrário. Quando o aluno entra, eles entram em montar uma clínica particular, fazer um atendimento individual e não para trabalhar em equipe, muito menos para trabalhar no SUS. Uma coisa assim, as pessoas têm ojeriza do SUS né. E isso aí é uma coisa que temos que mudar na fisioterapia. (...) Então assim: por que a fisioterapia é ainda uma profissão de elite? Ou seja, por que a população de um modo geral não tem acesso a uma fisioterapia de qualidade? Porque o fisioterapeuta não está no SUS, né. Então vamos inserir e aí é que precisa ter uma mudança curricular para que na graduação ele possa ser inserido, aprender como o SUS funciona, como são as equipes de Programa de Saúde da Família e como os fisioterapeutas podem ser um membro do Programa de Saúde da Família ou na equipe de referência ou na equipe matricial (Docente “B”).

Um dos fatores que contribuem para explicar essa situação é a própria opção da fisioterapia em direcionar o atendimento à classe média e aos estratos de maior poder econômico.

Segundo Bispo Júnior (2009), a fisioterapia elitizou-se, o acesso dos usuários do sistema público tornou-se ainda mais difícil e a qualidade do atendimento não acompanhou a evolução do sistema privado. Diante desse contexto, a fisioterapia optou por direcionar sua atuação para o sistema suplementar de assistência e convênios e planos de saúde constituíram, quase sempre, requisitos necessários para o acesso aos serviços de fisioterapia.

A questão da fisioterapia elitizada foi comprovada por um discente quando foi à rede pública de saúde, mais especificamente pelo Pet-Saúde na atenção primária:

O que a gente vê é que a fisioterapia é uma profissão elitizada. E quem faz fisioterapia é quem tem mais dinheiro. Quem tá no SUS às vezes nem sabe quem é o fisioterapeuta. Semana passada a gente tava num PSF e a gente ia nas casas, aí as pessoas perguntavam: ‘Você é médica, enfermeira?’ ‘Não, eu faço fisioterapia!’ ‘Fisioterapia, o que é isso?’ Então eles não conhecem, não é uma coisa tão comum. Tem que mudar (Discente 4º ano).

Um discente do 1º ano também acha importante que a experiência no SUS tem que estar na formação, com a opinião de que como o SUS é precário os alunos vão ter que saber lidar com essa realidade:

Mas eu acho que assim, você tem que estar preparado para lidar. Pelo menos aqui não dá uma ideia de que, como funciona é o SUS. O SUS é precário? Beleza, mas você tem que ter uma ideia de como contornar a situação. Eles não vão te dar a ideia pronta, você que vai ter que contornar na hora mesmo. Então é como eu tava falando, o problema é a falta de equipamentos, a precariedade, o tanto de pacientes que tem que atender por horário, por demanda. Mas isso você vai ter que aprender

a lidar, se você quiser ir para o SUS também, porque tem outras opções, trabalhar numa clínica, num SPA (Discente 1º ano).

Na pesquisa de Almeida e Aciole (2009)²⁰, os fisioterapeutas relataram que o trabalho deles no SUS torna-se diferenciado também pelo fato do cuidado ao usuário não estar sempre atrelada à utilização de aparelhos, sem que esta não deixe de ter qualidade e efetividade. E que isso se apresenta muito diferente do que aprendem na graduação.

Na opinião de Aciole (2006), as consolidações de um valor de uso e de legitimação sociais do SUS estão longe de acontecer para a população brasileira, pois não parece que o sistema criado e em implementação se constitua em um patrimônio pelo qual valha a pena lutar. O SUS é fruto e consequência de uma política que o estrangula, do discurso que hegemoniza e reforça no imaginário a imagem de ineficiência dos serviços públicos ao lado da imagem da eficiência e efetividade dos serviços organizados pela iniciativa privada.

Para Ceccim et al (2008), o ideal do exercício liberal da profissão e o ideal do cenário consultório-prescrição, individualizado e de ampla autonomia, determinam a imagem liberal-privatista a ser reproduzida nos subsetores estatal (próprio ou complementar) e suplementar (privado).

Um ponto importante que surgiu das falas foi a dupla-jornada de trabalho do fisioterapeuta na prestação de seus serviços, num mix de empregos de vários formatos (público, privado, assalariado, autônomo):

A melhoria da gestão implica em qualificação permanente dos profissionais do SUS, melhora das condições de trabalho, enfim. Então, para muita gente isso é um bico, que vai lá no SUS, mas também tem seu consultório particular. O cara tem que fazer um monte de coisa e quando ele vai para o atendimento no SUS ele é um profissional cansado (Docente “B”).

Destaca-se nesta fala a necessidade do profissional ter múltiplos empregos. Mais além do que referido neste depoimento, a grande carga horária de trabalho ou a não-dedicação em um único emprego não é uma característica apenas de quem trabalha no SUS.

²⁰ Para os fisioterapeutas entrevistados nesta pesquisa, as visitas domiciliares são as atividades desenvolvidas que mais ressignificam a atuação fisioterapêutica na APS. Pela complexidade do contexto familiar, a utilização de recursos disponíveis e o vínculo permitem que o profissional adapte seus conhecimentos para a realidade cotidiana, da conquista e confiança através do toque e da cumplicidade na superação mútua entre família e profissional no processo de construção do cuidado. Os recursos mais utilizados pelos fisioterapeutas baseiam-se, fundamentalmente, em técnicas manuais, no movimento e técnicas específicas também sem a utilização de aparelhos como a termoterapia (uso do calor), crioterapia (uso do frio), adaptação de órteses e utilização de materiais alternativos (cabo de vassoura, almofadas, bolas etc).

A reestruturação produtiva, imposta pela inserção das políticas neoliberais e pelo “Consenso de Washington”²¹ aos países da América Latina, passou a gerar grandes transformações na esfera do trabalho. Entre estas transformações vale destacar a ampliação da jornada de trabalho para além das 8 horas diárias devido aos baixos salários e ao fim do Estado de Bem-Estar Social. Esta forma de governo outrora havia sido chancelada pelo Estado como uma forma de obter uma segurança para acompanhar o “ritmo alucinante” do consumismo, transpassado pelo capitalismo midiático.

A atual flexibilidade nos empregos é observada como condizente com o momento que vivemos, da globalização. No entanto, esta flexibilidade garante uma ‘falsa’ liberdade no mercado de trabalho, pois para o indivíduo que pretende se manter dentro desta dinâmica alterna, muitas vezes, mais de um emprego durante o dia ou mesmo um trabalho de dia e outro a noite.

A miríade de possibilidades de relações entre o público e o privado na assistência à saúde afeta e é reproduzida pelas múltiplas formas de inserção no trabalho dos profissionais de saúde. Estima-se que existe certo nível de subemprego entre os profissionais de saúde brasileiros. Neste contexto de baixos níveis salariais, os profissionais recorrem a vários empregos ou a uma combinação de dois ou mais empregos assalariados com a prática liberal, em consultórios próprios. Esta situação acarreta uma maior carga de desestímulo pela profissão e diminui, portanto, a qualidade dos serviços prestados e o interesse em adquirir melhor formação profissional (BAHIA, 2006; MÉDICI et al, 1991).

Apesar do status na sociedade em relação à boa remuneração, esta situação de acúmulo de empregos também está presente na categoria médica, em sua maioria, num mercado de serviços que se equilibra entre o emprego público, o emprego privado e a atividade liberal de consultório (ACIOLE, 2006). O investimento na implementação de modelos assistenciais baseados na integralidade não foi suficiente para contrastar a opção dos profissionais de saúde pelas especialidades requeridas pelo mercado privado de planos e serviços de saúde e o exercício de múltiplos vínculos (BAHIA, 2006).

Na discussão público-privado, a Constituição de 1988 que garante a saúde como direito, também abriu margens no seu artigo 199, para que as instituições privadas pudessem participar de forma complementar do SUS. Diante da universalidade do SUS, o setor privado

²¹ É um conjunto de medidas formuladas em 1939 por economistas de instituições financeiras como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos EUA. Este Consenso aplicou uma cartilha que “aconselhava” os países latino-americanos endividados algumas medidas: a abertura do mercado nacional destes países, redução dos gastos do Estado – “Estado Mínimo” e redução da proteção social ao trabalhador (LIMA, 2007).

se abre restritivamente para quem pode pagar por seus serviços. No campo da saúde há uma dicotomia, que vai colocando um distanciamento na relação entre a prática profissional e a prática sanitária, elementos discriminadores da visão do público e do privado (ACIOLE, 2006).

Em recente estudo de Oliveira (2009), foi averiguado que o SUS é responsável por uma parcela importante na assistência à saúde dos beneficiários de planos de saúde, tanto para as internações (10,7%) como para os demais atendimentos (11,0%), contribuindo para a existência de desigualdades no sistema de saúde brasileiro. No que diz respeito ao perfil de morbidade da população com cobertura de plano de saúde (internações e atendimentos), quanto pior foi o estado de saúde auto-declarado, maior foi a utilização do SUS no financiamento dos serviços.

Ainda no tocante às características de saúde, os dados apontaram que a presença de doença crônica estava associada a um maior uso do sistema público de saúde nas internações e nos demais atendimentos. Assim, o fluxo de pacientes entre os segmentos privado e público, este último assume os casos mais complexos. Além disso, a posse de planos privados de saúde é um fator que interfere na utilização dos serviços de saúde no Brasil e impacta a equidade do sistema.

Um docente relata que é preciso acreditar no SUS, enquanto ideologia teórica e prática, tornando-se inconcebível que o fisioterapeuta não comece a se inserir nele:

Hoje nós temos um sistema pelo qual nós acreditamos, então não faz sentido formarmos profissionais para atuarem fora do sistema. Do ponto de vista nacional, isso é um desserviço. Os profissionais fisioterapeutas têm que estar sim inseridos no nosso sistema enquanto nós acreditamos nele, da maneira mais profunda possível (Docente "L").

A defesa do SUS constitucional tornou-se uma tarefa de militantes, de sanitaristas, dos participantes de conselhos de saúde. Para uma parcela importante dos profissionais de saúde, o SUS significa apenas o conjunto de serviços de saúde destinado a atender os que não podem pagar. Não é por menos que esses mesmos servidores consideram imprescindível a cobertura dos planos privados de saúde (BAHIA, 2006).

Além disso, é necessário combater ações privatistas/terceirizadas dentro do público/estatal, através das chamadas organizações 'sociais', em que o setor público não recebe dos gestores os investimentos necessários, conseqüentemente degradando-o, e acontecendo, assim, o repasse da gestão e do dinheiro público às organizações privadas.

No âmbito da formação, Ceccim et al (2008, p.11) dizem:

Ao preservarmos, como sociedade do conhecimento, um ensino de saúde, em todos os níveis de escolarização, que privilegia a perspectiva liberal-privatista, e não coloca em análise as relações entre público e privado no ordenamento do SUS, não contribuimos para a real compreensão e apropriação da cidadania, para a equidade e solidariedade entre as classes sociais no direito à saúde como dever do Estado para com toda a população e para uma ciência com relevância pública associada ao mérito acadêmico.

No caso da fisioterapia há uma necessidade urgente e imanente de ampliar e tornar mais flexíveis os campos de atuação profissional. Não dá para aceitar uma profissão que, dentro do contexto brasileiro, se limite a atuar num único nível de atenção ou num único subsistema de atenção à saúde. A formação do fisioterapeuta precisa contemplar uma discussão aprofundada do SUS e da assistência suplementar, como possibilidades de atuação que avance do emprego alienado, para uma ação crítica e responsável, seja no âmbito do público, seja do privado.

4.7 A CONSTRUÇÃO DA MUDANÇA

A Universidade também é o lugar de uma luta para saber quem, no interior desse universo socialmente mandatário para dizer a verdade sobre o mundo social (e sobre o mundo físico), está realmente (ou particularmente) fundamentado para dizer a verdade.

Pierre Bourdieu²²

Este tópico refere-se a itens que não se encaixaram em nenhum dos eixos de análise, anteriormente abordados. Apesar disso, entende-se que é importante que eles estejam presentes, pois foram fruto da participação das pessoas entrevistadas e refletem, obviamente, o curso de fisioterapia da UFSCar. A especificidade inerente a este curso e a estes atores apresenta a potencialidade da própria pesquisa em trazer o que é comum e o que é específico, visto que falo de um lugar dado, que conta uma história de trinta e dois anos. O exercício deste momento é fazer emergir o novo, mas sempre com um dos pés na história, própria deste curso estudado.

4.7.1 O papel das Associações e das Políticas na mudança

Este tópico se refere as relações, as aproximações e as ações que aconteceram dentro do curso e que estão impulsionando o processo de mudança a partir das Políticas Públicas (as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Pró-Saúde e o Pet-Saúde), bem como das Associações (Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia - ABENFISIO).

Nos últimos anos, o governo brasileiro vem implementando políticas de inclusão social que têm expressões concretas nas áreas sociais do Governo, especialmente nas de saúde e de educação (BRASIL, 2007).

As políticas públicas e os movimentos que discutem saúde no Brasil estão mais próximas das instituições de ensino. Esse novo contexto vem sendo percebido por todos que

²² Trecho do livro “Coisas ditas”, de Pierre Bourdieu. 2.ed. Brasiliense: 2004. p.116.

estão na universidade, devido ao grande incentivo que está sendo dado para as mudanças curriculares. Três docentes falaram desta influência das políticas no curso de graduação em fisioterapia:

Do ponto de vista específico das diretrizes, eu acho que vieram num bojo de muitas mudanças. E a partir de 2006 uma série de políticas nacionais, 2008 com os núcleos de ação, saúde da família. Foram assim, coisas muito positivas. O que eu sinto, não sei se vou ser feliz na forma como eu vou falar, mas eu sinto que para essas coisas funcionarem há uma necessidade de uma infra-estrutura muito consistente, uma integração de fato entre o sistema de saúde e a proposta pedagógica. E eu temo um pouco da gente se apoiar demais nisso (Docente “T”).

De uns anos pra cá, (...) eu pude perceber que as políticas públicas começaram a trazer, não digo a forçar, mas tentar auxiliar com projetos, com fomentos de iniciação científica voltado para as políticas públicas. Mas é um período de transição (Docente “H”).

As políticas nacionais de formação dos profissionais de saúde nunca tiveram, pelo menos na minha vivência, tão integradas para fazer com que os profissionais sejam formados para se integrar ao SUS (Docente “L”).

As falas destes docentes apresentam diferenças importantes de entendimento e confiança nessa aproximação das políticas públicas de educação e saúde com todos os envolvidos na formação.

Um docente, apesar de ver que coisas novas estão acontecendo no ensino e na atuação profissional, tem receios de que esta coisa que ‘parece que está na moda’ possa provocar mudanças curriculares sem sustentação. Parece que para esse docente, a mudança só é segura quando esta integração for efetiva e que as ações no SUS estejam mais consolidadas.

Outro docente percebe que essa aproximação trouxe avanços para o curso, especialmente no que se refere aos projetos de pesquisa. Apesar da avaliação positiva desta integração parece que a visão sobre os pressupostos e ações da fisioterapia dentro das políticas, e vice-versa, ainda está um pouco restrita.

O terceiro depoimento mostra uma opinião mais ampliada, já que contextualiza historicamente os avanços que estas políticas alcançaram nos últimos anos e enfatiza a importância destas na formação para o SUS.

Feuerwerker e Almeida (2003, p.14) lembram o contexto em que as políticas de ensino na saúde, mais especificamente as DCN, foram adentrando o terreno das instituições de formação:

O contexto em que foram definidas as Diretrizes Curriculares no Brasil não pode ser omitido. Ou seja, se de maneira genérica a orientação das políticas educacionais no Brasil nos últimos anos esteve sintonizada com as definições dos organismos

internacionais. No caso das Diretrizes Curriculares houve uma efetiva modulação que as aproximasse das orientações do sistema público de saúde (público, democrático, em busca da universalidade e da integralidade da atenção).

No curso estudado, é discutível a participação dos docentes no que se refere às políticas ou as discussões do ensino na saúde. O docente “D” traz isso de forma muito clara, no que se refere ao acompanhamento e participação na construção das Diretrizes Curriculares:

As diretrizes foram discutidas, de certa forma, em vários fóruns nacionais, regionais, foram discutidas em vários momentos. Talvez muitos colegas aqui não tenham participado, eu participei dessas discussões, mas foi dada oportunidade para discussão disso (Docente “D”).

As DCN para os cursos de fisioterapia foram construídas coletivamente, com a participação de coordenadores de curso, docentes e estudantes e foi discutida nas bases e com grande participação da Rede Unida. No decorrer do ano de 2006, mais de 20 oficinas regionais para a implementação das DCN foram realizados em todo o Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO EM FISIOTERAPIA, 2007).

Segundo Guizardi et al (2006) existem dois movimentos que são marcados nas instituições quando novos projetos e políticas adentram o terreno da formação: um quando estes projetos e políticas representam um molde ou um ponto de chegada, em função do qual as escolas procuram se adaptar; o outro movimento ocorre quando esses projetos e políticas representam um desafio ou ponto de partida para a construção de novos modos de ensinar ou novas práticas de formação.

A maioria dos colaboradores trouxe pontos positivos das DCN, especialmente de ocupar um papel de orientação quanto à qualidade do curso frente às demandas atuais do ensino em fisioterapia:

Para a nossa comissão que está trabalhando no processo de reestruturação, as diretrizes são o nosso ponto de partida. Então é por ela que a gente percebeu, conseguiram perceber finalmente que o curso está inadequado (Docente “C”).

Outro ponto positivo se refere à flexibilidade das DCN na construção da mudança e do protagonismo que cada instituição deve assumir neste processo:

As diretrizes como o nome diz, são diretrizes, são um encaminhamento, uma seta apontando para um norte, então você sabe qual é o norte que precisa ser atingido. O caminho para chegar a esse norte se dá de acordo com a sua criatividade. Então eu acho que é perfeitamente viável atingir esse norte fazendo coisas inovadoras e interessantes (Docente “D”).

Essa maleabilidade das DCN também foi citada como ponto positivo para o docente “H”, visto que estas não descartam a atividade que os docentes consideram como mais forte no curso que é a pesquisa científica:

As diretrizes são completamente flexíveis. Elas não barram a potencialidade da iniciação. Muito pelo contrário, ela valoriza isso. De certa forma, a gente não pode dizer que a gente não está contemplando todos os quesitos da formação profissional dentro das diretrizes (Docente “H”).

As DCN expressam uma orientação geral porque não pretendem ser a expressão de um Currículo Nacional. As orientações das Diretrizes estimulam as escolas a superar as concepções conservadoras, a rigidez, o conteúdo e as prescrições estritas existentes nos Currículos Mínimos, mas não definem um caminho único (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003).

Além das DCN, as políticas do Pet-Saúde e do Pró-Saúde tiveram importância fundamental no incentivo das pequenas, mas significativas ações que começam a integrar o curso nas ações do SUS:

O Pet-Saúde e o Pró-Saúde foram dois mecanismos que o Ministério da Saúde e da Educação lançaram para incentivar os cursos a ter essa inserção, principalmente voltada para a atenção básica. Aqui na fisioterapia foi essencial porque sem isso a gente não conseguiria. A gente só conseguiu nossa pequena inserção, por causa das bolsas destinadas aos preceptores, que são os profissionais da rede (Docente “C”).

O Pró-saúde foi comentado, especialmente, na grande contribuição para a formação dos docentes na parte pedagógica:

O Pró-Saúde veio com uma proposta, a gente que elaborou juntamente com os outros cursos da saúde, oficinas, seminários, entrevistas e simpósios em áreas que a gente se sentia, percebia que precisava de formação mais específica.(...) E os professores que estão interessados fizeram vários cursos que foram proporcionados pelo Pró-Saúde, o curso de formação até para metodologias mais ativas de ensino (...) O Pró-Saúde forma, ajuda na formação desse novo professor que se quer (Docente “C”).

O Pró-Saúde ele tem sido importante na capacitação de docentes, principalmente para quem está trabalhando com o currículo integrado, com problematização, então a capacitação está sendo muito importante, muito interessante (Docente “J”).

O Pró-Saúde tem o papel indutor na transformação do ensino de saúde no Brasil, pois, a partir da criação de modelos de reorientação pode-se construir um novo panorama na formação profissional em saúde (BRASIL, 2007).

O docente “E” traz a contribuição na integração ensino-serviço do Pet-Saúde para o curso e para os serviços de saúde, particularmente na atenção primária:

A gente tem uma ajuda que é fundamental que é o PET que dá bolsa para os preceptores. Então essa ajuda, não é só isso, acredito que não é só a bolsa que vincula o profissional com a equipe. Antes ele ficava cada dia num lugar e não conhecia lugar nenhum. Não atendia da forma que gostaria. Então eles estavam sobrecarregados e sem resolutividade e aí com essa bolsa eles se sentiram mais importantes de contribuir com a formação dos alunos. A maioria dos fisioterapeutas que estão na rede hoje foram ex-alunos da federal. Então eles entendem qual é a nossa formação, eles têm uma visão muito parecida. Então eu acho que eles se sentem valorizados de ajudar na formação de um curso que eles também já fizeram parte (Docente “E”).

É de extrema importância, atualmente, a discussão da interação entre sistema de saúde e ensino de graduação nas profissões de saúde, possuindo como elemento central dessa discussão o exercício da crítica de seus próprios territórios institucionais, como produção coletiva de novos espaços e práticas de cuidado, gestão e formação (GUIZARDI et al, 2006).

Reconhecer a conexão entre a esfera do trabalho e da educação implica na ampliação do conceito de saúde, reconhecendo suas interfaces com outros temas e com a riqueza de valores e processos, somados à diversidade de olhares e subjetividades deste complexo sistema, na busca da transição de um modelo de atenção pautado na Promoção da Saúde (BRASIL, 2007).

Saindo das políticas e entrando no campo das associações, a ABENFISIO foi a associação de ensino citada por alguns docentes que tem tido grande importância no que se refere às discussões do ensino atual em fisioterapia.

A ABENFISIO tem essa preocupação e eu sempre participei da ABENFISIO, então eu aprendi alguma coisa lá dentro (Docente “D”).

A questão da Política de Humanização do SUS, o aluno não vê isso, não domina o que é um acolhimento, não vê esse repertório e muito menos agir nesse sentido. E isso tem entrado na Abenfisio de maneira bem consistente. A ABENFISIO está bem atualizada sobre o que preconiza as novas diretrizes do MEC. Eles falam, por exemplo, nas metodologias ativas de aprendizagem. Assim, eu percebo que a ABENFISIO tem essa percepção de fazer os cursos (...) entrarem mais nessa forma de pensar a questão da saúde e particularmente do fisioterapeuta (Docente “G”).

Nós vamos ao congresso da Abenfisio, que vai ter toda essa discussão de alunos de graduação, reunião com coordenadores, então é algo que estou me interessando, tenho muito o que aprender e estou aprendendo a cada dia (Docente “J”).

A ABENFISIO convoca todos os envolvidos com o fazer fisioterapêutico (na formação, na assistência ou na representação), para que sejam observadas as DCN, o padrão

de qualidade, os resultados e encaminhamentos dos fóruns legítimos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO EM FISIOTERAPIA, 2007).

Para finalizar os relatos, dois docentes pontuaram a inserção incipiente do curso de fisioterapia da UFSCar e da fisioterapia brasileira no que se refere a esse novo contexto de formação e das práticas em saúde, evidente através das palavras transição e processo:

Com o Pró-Saúde, a UFSCar foi contemplada. (...) Foi um grande projeto para tentar alavancar essas políticas, que culminou com um processo global das áreas da saúde aqui da UFSCar, mas que aqui dentro do curso de fisioterapia foi uma transição bastante lenta (Docente “H”).

Acho que é processo e eu acho a fisioterapia uma classe bem organizada para isso, tem a Abenfisio que ajuda bastante nisso, acho que é um processo que vai durar alguns anos e que logo muda, a gente vai ser capaz de enxergar a nossa atuação mais abrangente do que é, só na reabilitação (Docente “C”).

Durante o processo de construção das mudanças é necessário construir e preservar os espaços coletivos para debates e reflexões críticas, sobretudo porque os desafios são muitos e as áreas de desconhecimento também são frequentes. E por isso, deverão ser enfrentados conjuntamente no processo de transformação da formação e das práticas de saúde. É necessário selar o compromisso dos movimentos por mudanças considerando que o currículo deva expressar posicionamento da universidade diante de seu papel social (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003).

4.7.2 As tentativas de mudanças curriculares

A atual mudança curricular do curso de fisioterapia da UFSCar vem sendo discutida, segundo os docentes, num período de oito a dez anos. Essa história é complexa, visto que está repleta de conflitos, poderes, resistências, ideais, indignações, inovações, certezas e incertezas. Procurou-se reproduzir esta história, contada pelos próprios sujeitos, os quais conforme Bourdieu (2004) estão por fazer, ou seja, não estão dados na realidade social.

O curso estudado está no auge do seu processo de mudança curricular. Potencializado pelas DCN, as discussões referentes a essa mudança sugerem que esta se encontra num processo de amadurecimento, porém “*mudar a roda com o carro andando às vezes é desgastante*” (Docente “B”).

Este desgaste referido pelo docente parece estar muito presente, visto que:

É bastante difícil porque nós temos hoje uma estrutura que funciona há 30 anos. Os estágios também funcionam mais ou menos esse período. E mudar essa forma é muito complicado no âmbito do departamento. Então só o fato de implementar essas ações no quarto ano do Pró-Saúde já foi assim... um transtorno. Parece que você tá fazendo uma coisa pra você, não é pra você. Você tá pensando mudar um perfil que não é você que está ditando, são as diretrizes, é a formação do novo profissional (Docente "H").

A discussão do projeto pedagógico vem (...) há muitos anos, acredito que há mais de dez anos. E essa comissão já mudou muito. E depois que essa proposta de mudança não foi aprovada (...) foi montada uma nova comissão, alguns membros foram ficando, mas alguns foram saindo, foram entrando novos membros e agora tem essa nova comissão. E essa nova comissão está fazendo uma discussão (...) para ter uma proposta bem concreta, e a partir daí a gente levar uma nova proposta para o departamento para ver se a proposta é aprovada ou não (Docente "F").

A literatura traz que os possíveis fatores que dificultam as mudanças da prática docente são: a desvalorização da prática docente em contraposição à supervalorização da pesquisa; a falta de identidade da profissão docente; a incipiente capacitação pedagógica dos professores; a resistência e o individualismo da ação docente (ALMEIDA; FERREIRA FILHO, 2008).

A maioria dos entrevistados revela certo cansaço e impaciência com este processo que já leva anos. Pensando que especialmente desde o início do ano 2000 há intensos estímulos para experienciar, para discutir e para problematizar a formação, que mudanças efetivas o curso de fisioterapia da UFSCar realizou?

A Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (2007) corrobora essa afirmação quando traz que se por um lado as mudanças foram adquirindo garantias legais, por outro, não repercutiram de forma impactante na prática cotidiana dos cursos da área da saúde ²³.

As possíveis respostas para essa pergunta também são dadas pelos próprios sujeitos, que trazem como emergentes as palavras: resistência e poder.

*Qualquer mudança incomoda. (...) O que isso significa mudar? Significa que você precisa começar a lidar com novas variáveis, as quais necessariamente você ainda não domina, por isso elas são novas. Isso exige trabalho, isto exige inovação, isto fundamentalmente coloca em risco o **poder** já conseguido. Ou seja, alguém que é um grande pesquisador hoje que tem uma área de conhecimento, ele domina todas as variáveis, todas não, dominam um conjunto grande de variáveis. Por isso ele goza de um determinado **poder**, porque ele tem este domínio. Se você coloca um conjunto de outras variáveis, você coloca em risco esse **poder**. São outras variáveis que tanto você não conhece, como seu produtor também não conhece. Vocês estão em tese no mesmo patamar. Só em tese. Isso coloca em risco o **poder** adquirido.*

²³ Para Gramsci (1978), as tramatas legislativas e os projetos de sociedade e educação foram e ainda são enredados por atores que se localizam em dois mundos cujo ideário é antagonico: o mundo vivido dos educadores e o mundo oficial.

*Então está acontecendo isso, tem um conjunto de pessoas que está partidária dessa mudança, outro conjunto não está partidária (Docente “L”).***Grifo da autora**

*O nosso currículo é de 86, não consegue mudar porque sempre passa por reunião de departamento e é vetado qualquer proposta nova porque são professores mais antigos que tem um modo de atuar e tem uma **resistência** à mudança bastante forte (Docente “C”).***Grifo da autora**

Foucault (2003, p. 77) diz que há complexidade na inter-relação entre o desejo, o poder e o interesse:

As relações entre desejo, poder e interesse são mais complexas do que geralmente se acredita e não são necessariamente os que exercem o poder que têm interesse em exercê-lo, os que têm interesse em exercê-lo não o exercem e o desejo do poder estabelece uma relação ainda singular entre o poder e o interesse.

As relações objetivas de poder tendem a se reproduzir nas relações de poder simbólico. Os títulos escolares representam autênticos títulos de propriedade simbólica, um capital simbólico universalmente reconhecido e garantido, válido em todos os mercados e que dão direito às vantagens de reconhecimento (BOURDIEU, 2004).

Nas escolas com currículos tradicionais e que se propõem a mudanças curriculares significativas, um grande desafio é o enfrentamento da resistência de docentes às inovações e ao exercício das novas atividades.

Nos novos currículos propostos há a necessidade de uma mudança do papel docente: do antigo centralizador de conhecimentos para um papel mais cooperativo e facilitador do processo de ensino-aprendizagem. Empregam-se outras atividades como de integrador com outras disciplinas tanto nas atividades de planejamento como na execução das tarefas. Esse panorama pode trazer ao docente, especialmente naqueles considerados mais tradicionais sensações de insegurança e de perda de poder, gerando resistência (ALMEIDA; FERREIRA FILHO, 2008).

A resistência ou o poder na questão das disciplinas apareceu nas falas sobre os docentes deste curso:

Eu acho que há fatores variados, desde mais individuais, de pessoas que gostariam de ter um formato para uma determinada disciplina que não é compatível com o grupo das demais, mas eu vejo que a questão da metodologia, tem sido um entrave, porque as coisas estão bastante misturadas. Há coisas também muito específicas né, algumas disciplinas, por exemplo, o último bloco, algumas são mais... podem ter um formato mais enxuto de três meses, outro de seis meses então de incompatibilidades operacionais (Docente “T”).

O individualismo está muito presente na docência universitária, em que os professores do ensino superior são dominados pela ‘síndrome de ensinar à minha maneira’, e de ‘rei e senhor do conteúdo a ministrar’, fatores que os levam a adotar estilos pedagógicos que têm tanto de pessoal como de empírico (COSTA, 2007; SACRISTÁN, 2000).

Outras críticas se referem à postura de alguns docentes quanto a se manter na sua certeza, como também na dificuldade de abertura de ideias novas, dificultando o diálogo:

Eu falo dessa nova forma de atuação da fisioterapia, que é o que a gente tá querendo... mas é duro colocar essa ideia na cabeça dos PHDeuses que tem aqui dentro, entendeu? Porque o cara acha que está fazendo certo (Docente “G”).

O que a gente ouviu muito nas reuniões aqui é um curso que tem dado certo, a gente vê nota do ENADE, então ‘para que mudar um curso que está dando certo’? (Docente “C”).

Para finalizar sobre as resistências, um docente coloca em xeque as posições conservadoras dos docentes, impedindo que coisas inovadoras aconteçam:

Nós temos um conjunto de professores que não quer mudar, não quer mudar porque acha que aquilo que está fazendo é bom, e o que é bom tem que ser conservado. Essa é a definição de conservadorismo (Docente “L”).

O docente ocupa uma posição de intelectual que garante algumas formas de poder, dentre elas a própria negação da mudança. Assume-se com este poder para afirmar a sua verdade como única, sem possibilidades de estar imbuído de outras verdades diferentes da sua e que no âmbito coletivo obstaculiza muitos processos.

O intelectual é alguém que ocupa uma posição específica e é composto por três especificidades: a de sua posição de classe (pequeno burguês a serviço do capitalismo, intelectual do proletariado); de suas condições de vida e de trabalho, ligadas à sua condição de intelectual (seu domínio de pesquisa, seu lugar no laboratório, as exigências políticas a qual se submete ou contra quais se revolta); e a especificidade da política de verdade nas sociedades contemporâneas (FOUCAULT, 2003).

Para que mudanças aconteçam, o professor sabe-tudo deverá dar lugar a um professor que se propõe aprender, e o professor-obstáculo tornar-se-á um professor agente da inovação. Além das competências específicas para o exercício de uma profissão, existem as competências próprias do docente universitário, seja em determinada área do conhecimento, seja no domínio da área pedagógica, seja no imprescindível exercício da dimensão política da docência universitária. Em outras palavras, na visão de educação, de homem e de mundo do

professor. Transformar a educação implica, inicialmente, uma decisão política daqueles que estão envolvidos no processo (COSTA, 2005 apud EVANGELISTA; SHIROMA, 2007; COSTA, 2007; LIMA et al, 2003).

A prática docente, portanto, não pode ser considerada ponto de chegada, não pode ser considerada espaço-tempo de aplicabilidade de qualquer coisa que seja, e isso porque a prática não é um lugar inerte onde algo possa ser simplesmente depositado. O professor está sendo constituído como obstáculo a reforma educacional e a reforma de Estado (DINIZ-PEREIRA; LACERDA, 2009).

As resistências no interior das instituições têm sido decorrentes das alterações que as reformas curriculares sugerem ou produzem nas práticas docentes e nas diferentes culturas institucionais. As reformas curriculares são vistas, por parte significativa dos docentes, como uma ameaça às suas crenças, valores, opções políticas, práticas didático-pedagógicas etc. A forma de organização dos currículos tende a legitimar o isolamento da ação docente e deve ser considerada quando se pensa em transformar a formação de profissionais de saúde (CATANI et al, 2001; COSTA, 2007).

Segundo Feuerwerker (2002, p.20), a base dessa mudança:

(...) é a democratização, um produto social que se constrói por meio da intervenção deliberada de sujeitos e que depende da correlação de forças, de mudança dos poderes instituídos, da capacidade de se construírem espaços de poder compartilhados.

O docente “D” diz que todo este contexto só prejudica o curso e a formação, pois acaba sendo reproduzidor de modelos:

Eu acho que ainda o curso mantém uma relação de reprodução de modelo, ou seja, a gente aqui na UFSCar poderia ser um modelo único, especial, como já foi, como já aconteceu no currículo de 83. (...) Essa seria a oportunidade e o momento de inserir isso de maneira mais clara, mais intensa, pra se tornar, de fato, um modelo discutido, bem estruturado, bem organizado, e infelizmente, do meu ponto de vista, a gente acabou perdendo um pouco o bonde. A gente vai continuar sendo um reproduzidor de modelinho que já existe (Docente “D”).

Segundo Signorelli et al (2010), os PPP dos cursos de fisioterapia da maioria das Instituições de Ensino Superior parecem perpétuos, intocáveis e distantes de qualquer possibilidade de ação reflexiva que gere transformações. Para uma transformação completa é natural que algumas crises ocorram e que estas crises se transformem em desafios, a serem vencidos numa abordagem coletiva na câmara do curso. Assim, tanto o projeto político da

instituição quanto o do curso de fisioterapia devem estar em sintonia com o processo dinâmico de construção dos saberes de produção de existência e das necessidades sanitárias, socioeconômicas, educacionais, culturais e ambientais da região onde está implantado.

Todos os envolvidos necessitam se comprometer com o projeto, assumir a ideia como sendo sua e trabalhar o ambiente, interno e externo, para alcançar os resultados sobre alicerces firmes e sólidos (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Problemas também são elencados quando as decisões, impreterivelmente, dependem da decisão de todos. As falas trazem uma heterogeneidade nas ideias no que tange a formação, ou seja, não se tem um caminho parecido entre todos os docentes:

Nós não temos uma coesão de todos os docentes do departamento, o mesmo olhar, não tá todo mundo olhando para o mesmo lugar, entendeu? Então é bastante complicado. E a gente tem, acaba tendo que respeitar também a visão de alguns docentes porque não se pode fazer uma mudança sem considerar a visão de todos os docentes. Se o grupo de docentes, se a maioria resolve que não quer mudar o perfil do profissional que vai ser formado aqui na UFSCar, não vai mudar. Então eu não sei até que ponto em termos legais a gente tem condições de fazer essa mudança, mesmo que fuja do perfil profissional das diretrizes curriculares do Ministério da Educação (Docente “H”).

As diversas percepções sobre uma determinada realidade social ou a construção da mesma não são operadas num vazio social. Estas percepções estão submetidas aos confrontos estruturados, que tiveram uma gênese social e que em determinado momento se enraízam de forma que não há espaço para mudanças. A construção da realidade não é um empreendimento individual e sim um empreendimento coletivo (BOURDIEU, 2004).

A partir da década de 1980, os professores passaram a ser reconhecidos como um dos principais agentes de mudança, seja da qualidade do ensino, seja da democratização da sociedade brasileira. Porém, a sua atuação organizada não confirma esta importância, visto que está tendo por esse grupo o chamado ‘efeito de retroanulação política’, ou seja, a perspectiva do docente como profissional que busca alargar o seu poder e o reconhecimento de sua especialidade pelo Estado e pelo mercado (WEBER, 2003).

Quanto mais diversificada e democrática a participação de docentes (do básico, do clínico e da saúde coletiva) maior a possibilidade de construção com uma abordagem ampliada da clínica e do modelo biomédico (LIMA et al, 2003). Mais especificamente no que tange a ênfase especializada ao ensino em fisioterapia, Rebelatto e Botomé (1999, p.126), trazem a seguinte reflexão:

Ensinar um fisioterapeuta em nível universitário pode ser entendido como ensinar técnicas de tratamento fisioterápico? Se assim for, não é correta a pretensão de estar formando profissionais da área da saúde.

As contradições presentes entre os docentes estão alocadas, principalmente, na discussão da inserção do estudante no SUS e do perfil do egresso, como relatado nestas duas falas:

Eu acho que o perfil do nosso egresso hoje está falho, mas no sentido de ainda pender mais para a investigação na academia do que para o SUS, o movimento humano, lidar com as condições do movimento humano na população. Mas eu acho que é uma integração que pode ser feita (Docente “L”).

O que a gente sempre escuta nas nossas reuniões é: ‘Por que preciso mudar se meu aluno entra em mestrado?’ ‘Por que preciso mudar se meu aluno passa em concurso?’ (Docente “G”).

Em relação à aproximação com o SUS, apenas o docente “I” discorda de que essa seja uma discussão recente, no sentido de que isso já estava posto em tempos anteriores, como relatado abaixo:

Ainda hoje eu não vejo muita diferença daquilo que a gente esperava há muito tempo atrás. Por exemplo, essa necessidade de uma inserção social da fisioterapia quando nós fizemos a aproximação com o Sistema Único de Saúde, isso é uma motivação que já vinha há muito tempo. É que as coisas são recíprocas. Não havia eco também nas políticas nacionais de saúde para esse tipo de atuação.

É vital ter direção convergente aos inúmeros processos de mudança. Não se pode esperar uma reorientação espontânea das instituições de ensino ou do serviço na direção assinalada pelo SUS. A premissa é ter sempre este como foco, onde os interesses individuais somente têm lugar depois do interesse coletivo. A análise de quando mudar sempre será situacional, porém há que se ter um tanto de audácia, determinação e persistência porque a inércia e a tendência à norma são forças entranhadas na prática humana (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; LIMA et al, 2003).

Há aproximadamente três anos atrás uma proposta mais concreta de mudança curricular foi apresentada por uma comissão para o departamento, como conta esse docente:

Há uns três anos, a Comissão Pedagógica que estava trabalhando no projeto pedagógico para o curso tinha uma proposta de mudança de modelo semelhante a proposta da medicina e a proposta da terapia ocupacional. E aí essa Comissão discutiu internamente e depois foi convocada uma reunião geral do departamento e foi levada a proposta da Comissão para todos os docentes do departamento. Então foi apresentada a proposta, inclusive para os alunos, e aí foi feita a votação e a

proposta da comissão perdeu. Então a decisão foi pela manutenção do modelo atual de organização em disciplinas, em especialidades (Docente “F”).

Essa proposta não teve aprovação. Um dos motivos foi a indicação da mudança pedagógica de aulas centrada no docente para o PBL. Esta questão foi bem explicitada, nesta pesquisa, no vetor referente à abordagem pedagógica do curso. Outro ponto da não-aprovação pelo corpo docente está descrito a seguir:

Pegou-se o currículo que foi de 1983, e foi feito uma enxertia, vamos dizer assim, colado uma coisinha aqui, outra acolá. (...) Não houve essa projeção do que era o ideal e como é que deveria ser a realização de fato de um currículo real e realizável de acordo com aquilo que era projeção do ideal. Foi feito simplesmente uma adequação, um ajuste naquele currículo que tava já funcionando (Docente “D”).

Se você olhar essencialmente o currículo novo põe o velho do lado e se você achar uma mudança poderosa você corre aqui para me contar, que eu não sei qual é. Essencialmente não tem mudança não (Docente “A”).

As verdadeiras mudanças têm “de ir muito além de redistribuir carga horária e trocar disciplinas de lugar” (p.21). Implicam em mudanças de poder, de conceitos e na maneira de organizar os processos de produção do conhecimento, de ensino-aprendizagem e de produção do cuidado (FEUERWERKER, 2006).

No final de 2009 monta-se uma nova comissão de reestruturação curricular, composta por nove professores e três consultores vinculados ao Departamento de Medicina, ao Departamento de Terapia Ocupacional e ao Departamento de Morfologia e Patologia, todos da UFSCar. Em sua maioria, os membros não fizeram parte da comissão anterior. Dos nove docentes, três tinham pouco tempo de atuação docente no departamento e seis participaram continuamente e efetivamente de todo o processo da mudança curricular. Estes docentes decidiram reunir-se nessa comissão por terem alguns pensamentos em comum. Um deles é a grande valorização de espaços em que o aluno pode vivenciar a realidade prática e a ampliação dos cenários, como visto nesta fala:

A gente uniu vários professores com essa intenção de um curso mais voltado para a prática, mais voltado para a realidade que a gente se encontra, tirando a gente desse enclausuramento que a gente vive na universidade, mais voltado para a prática (Docente “C”).

Eu acompanhei as reuniões desta comissão, como pesquisadora, durante aproximadamente cinco meses. O panorama atual reflete tudo o que foi colocado até aqui, visto que as propostas que são pensadas sempre se remetem ao mesmo questionamento: “Será

que o departamento vai aceitar?” (diário de campo). Um docente traz isso muito claro, quando diz:

Essa nova comissão que nós montamos, eu procurei alguns professores e eles falaram ‘eu não quero mais ouvir falar em projeto pedagógico, não me fale mais de projeto pedagógico e isso não vai dar certo, não adianta, vocês estão trabalhando à toa, vocês vão chover no molhado, não dá certo, não dá, vocês não vão conseguir’. (...) Aí a comissão trabalha, montamos uma comissão boa, uma comissão que considero um grupo de trabalho, que todos colaboram, está todo mundo meio integrado com interesse mesmo de mudar, pensando na qualidade do ensino, pensando nas condições de formação desse aluno. Mas o problema é quando a comissão leva para o departamento... (Docente “J”).

No período acompanhado, o processo de trabalho foi intenso de reuniões semanais (muitas vezes mais de uma por semana). Havia um esforço no sentido de se deixar entender que propostas eram essas e como teriam que ser feitas, inclusive escutando experiências de cursos que já estavam funcionando no modelo atual:

Algumas pessoas do grupo da comissão têm trazido informações de outros cursos, por exemplo. Provavelmente a gente vai trazer uma pessoa da federal do Mato Grosso (...) que tem um enfoque um pouco diferente na formação dos alunos. (...) Provavelmente, vem uma professora da USP de São Paulo. (...) E dessa forma a gente vai vendo se tira alguma ideia para reestruturação do currículo aqui da UFSCar (Docente “F”).

Outro ponto favorável foi o contato de alguns dos integrantes da comissão com as experiências do PET, o que facilitou o planejamento de um currículo que contemplasse o que as diretrizes propunham, além de um delineamento de ações que realmente proporcionava uma mudança na atual formação do curso:

O que a gente quer mudar: Primeiro, que agora é lei, a gente vai passar o curso para cinco anos, é obrigatório isso. O aluno vai (...) acompanhar famílias desde o início do curso. Então ele vai ter atividade prática realmente, não só observação desde o início do curso, aumentando o grau de complexidade de atuação que ele possa ter. Vão ter disciplinas que vão ter discussão sobre o SUS desde o início do ano também, que é falho no nosso currículo. E ao longo do curso ele vai ter todas as áreas de atuação de todas as especialidades também, mas o olhar desde a prevenção até a reabilitação (Docente “C”).

O grupo de condução de mudança tem que sempre ser conduzido coletivamente, tem de ser negociador, legitimado e operar a construção de pactos e contratos entre os distintos atores sociais interessados nos processos de mudança (FEUERWERKER, 2006).

Destaca-se aqui a ação pró-ativa de alguns docentes, que iniciaram uma parceria com a gestão e os fisioterapeutas da rede através do Pet-Saúde e continuaram essa aproximação e pactuação para as mudanças que seriam realizadas.

A participação de atores externos à comunidade interna da universidade nos movimentos de mudança cumpre papel essencial. É necessário criar espaços reais de troca, interlocução e transformação mútua por meio de relações horizontais entre universidade, serviços de saúde e comunidades. Isto significa abrir espaço para que ‘o que está fora da escola’ possa influir de maneira ativa nas disputas que se travam dentro da escola (FEUERWERKER, 2002).

Um ponto desfavorável é a falta de um acompanhamento mais marcante dos alunos nas discussões da mudança curricular e das DCN. Segundo os próprios alunos há um desconhecimento por parte de alguns, como também desinteresse por parte da maioria:

*Eu fui numa reunião no ano passado e a expectativa deles é que para o ano que vem dê certo. Mas a gente não vai pegar esse currículo. O pessoal começaria no próximo ano, é o que eles esperam. Mas como tá enrolando aí sete anos, não é muito certo. Eu fui numa reunião do currículo mesmo, mas como não deu muita gente ela (a coordenadora do curso) não apresentou a nova grade (Discente 2º ano). **Grifo da autora***

Eu sei que marcaram reuniões, na nossa turma têm representantes, mas a maioria não ouviu falar dessas diretrizes e não sabem da mudança do currículo (Discente 3º ano).

A gente participou de algumas reuniões, chamou os alunos para discutir. No início até surge gente, mas depois o pessoal não se interessa (Discente 4º ano).

A participação mais efetiva se dá por representação, nas reuniões da comissão, porém não é constante como relatado por este docente:

A comissão se reúne duas a três vezes por semana atualmente e os alunos participam uma vez por semana mais ou menos. Às vezes um aluno participa num dia, às vezes um aluno de outro ano, porque geralmente eles estão em aula e nossa grade horária é lotada de disciplinas (Docente “C”).

Tem grande importância a mobilização e sensibilização de todos (inclusive os discentes) para criar condições para que estes aceitem o convite da mudança. Além disso, proporcionar oportunidades para reflexão crítica sobre suas práticas clarifica problemas, limites e possibilidades, cuja ação é fundamental na construção de propostas de mudança (FEUERWERKER, 2006).

Outra grande mudança sugerida dar-se-á nos estágios da USE, havendo uma transição do estágio por especialidades para a prática por linhas de cuidado, que é como a USE já funciona.

As mudanças requeridas pelos docentes neste local de estágio são vistas de forma cautelosa, devido a problemas internos que os docentes e os técnicos da USE já tiveram. Porém, este grupo de docentes ainda está fazendo com que essa negociação seja tranquila e interessante para ambas às partes. Foram realizadas reuniões entre a comissão e os diretores da USE no sentido de pactuar ações conjuntas:

A gente pensa muito na questão de preceptores, do curso ter preceptores atuando junto aos alunos na supervisão de estágio e talvez esse seja um problema que a gente vai enfrentar. É uma proposta que a comissão tem pensado bastante, (...) mas eu não sei até que ponto a gente vai conseguir viabilizar isso não (Docente “F”).

Esta reformulação nos estágios da USE também vem imbuída de um desejo deste grupo de que as relações profissionais na prática sejam mais próximas entre os docentes da fisioterapia. Ao mesmo tempo, esse desejo vem acompanhado de incertezas:

A nossa ideia é estruturar os estágios em linhas de cuidado, como a USE já funciona. E a gente tem que levar isso para o departamento. Por que? Porque nós vamos ter que trabalhar em conjunto entre os docentes, trabalhar integral. (...) Então o trabalho vai ser conjunto. Então não sei como os docentes vão lidar e aceitar essa proposta (Docente “J”).

Além de todo esse contexto complexo, há mais um problema que sempre é falado pelos docentes nas reuniões: a contratação de novos professores, visto que a mudança curricular pretendida ampliou bastante o leque de espaços e ações de ensino-aprendizagem:

O que está agora dificultando o nosso trabalho e vai dificultar ainda mais é quando o projeto pedagógico estiver pronto e aí, qual vai ser a contrapartida da universidade? (...). A gente quer o ideal, a gente sabe o que é melhor para a formação do aluno e a gente não sabe qual vai ser a contrapartida da universidade na contratação de profissionais (Docente “J”).

A universidade²⁴, no que se refere à formação profissional, tem papel e deveres com a sociedade e com os indivíduos que estão neste processo de aquisição de conhecimentos e do contato com o saber científico. Além disso, deve prezar pelo desenvolvimento humano nos seus aspectos sociais, culturais, éticos etc.

²⁴ Coloca-se universidade nesta análise entendendo-a como as pessoas que a compõem, ou seja, vou além da concepção de universidade enquanto sujeito inanimado, que não tem forma e corpo de gente, o que pode lhe ausentar de responsabilidades inerentes à mesma.

Afunilando para a formação em saúde, a universidade tem responsabilidades na formação de pessoas que virão a cuidar de outras, que devem entender seu país na sua pluralidade de lidar com a saúde e a doença, de analisarem criticamente os serviços e políticas de saúde, entre tantas outras atribuições.

Tem-se amadurecido que isto não acontece nos cursos de formação de graduação no país e de que mudanças são urgentes e necessárias para reverter esse quadro. Há que se retomar o papel social da universidade.

Um pouco antes de finalizar a escrita da dissertação o currículo proposto foi aprovado na segunda reunião do departamento com esta finalidade, em que os docentes decidiram pelo parecer favorável ao currículo construído e proposto pela comissão. Até o presente momento desta pesquisa, o currículo foi enviado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde para avaliação e parecer. O currículo está demonstrado no Anexo E.

Para se ter uma melhor análise dos avanços nas concepções e da estruturação deste novo currículo elaborou-se um quadro comparativo dos currículos²⁵ ao longo da história do curso, como comprovado a seguir:

²⁵ O quadro 1 traz um panorama dos currículos ao longo da história do curso de Fisioterapia da UFSCar, unicamente pelos registros dos documentos oficiais dos projetos políticos pedagógicos do referido curso.

	Primeiro currículo (1978)	Segundo currículo (1986)	Terceiro currículo (2010)
Duração do curso	3 anos	4 anos	5 anos
Concepção filosófica: princípios e pressupostos	Não há relatos.	Conceito de fisioterapia como uma ciência aplicada, cujo objeto principal de estudo é o movimento humano.	O fisioterapeuta é um profissional do campo da saúde, que tem como objeto de intervenção o movimento humano, utilizando o próprio movimento humano e recursos físicos como instrumentos de atuação na promoção, prevenção, manutenção, tratamento e reabilitação de indivíduos com diferentes necessidades de saúde. O fisioterapeuta atua em diferentes locais, de acordo com o tipo de assistência a ser realizada.
Análise situacional de saúde no Brasil e em São Carlos	Não há relatos.	- O curso se propõe a oferecer ao aluno uma formação universitária condizentes com as questões que a época e as características peculiares que a saúde no Brasil exigem. - Não há análise local.	- Brasil: O conhecimento em fisioterapia vem experimentando notável expansão, impulsionado pelo reconhecimento social da profissão. A produção científica tem crescido, evidenciado pela abertura de cursos de pós-graduação. Cresce também a oferta de cursos destinados a qualificar o fisioterapeuta em técnicas e métodos terapêuticos. O mercado de trabalho está cada vez mais competitivo e, por consequência, mais exigente por profissionais qualificados. Existem hoje no Brasil dois grandes setores contratadores de serviços: o Serviço Público e a Iniciativa Privada. São estes dois setores que definem as regras e as políticas de contratação de serviços no setor de saúde. Uma terceira força refere-se à Iniciativa Privada Individual, representada pela clientela que paga diretamente pelos serviços fisioterapêuticos. Uma quarta força que vem surgindo e crescendo em ritmo moderado são as empresas que contratam Consultorias. Com relação à expansão profissional, segundo dados do Conselho Federal de Fisioterapia (2008), no Brasil existem aproximadamente 75.000 fisioterapeutas. As áreas de atuação de maior prevalência são musculoesquelética, cardiorrespiratória, neurológica e dermatofuncional. Há maior concentração de atendimentos a adultos e idosos. A atenção terciária ainda é a área de maior atuação do fisioterapeuta. As alterações musculoesqueléticas e reumatológicas perfazem cerca de 57% do total de atendimentos feitos pela fisioterapia, sendo que no campo da fisioterapia preventiva e ergonomia e na saúde pública o percentual ainda é relativamente baixo (8,2 e 2,2% respectivamente). Em relação à atuação profissional, cerca de 34% dos entrevistados afirmam atuar em clínicas e consultórios. - Não há análise local.
Perfil profissional do fisioterapeuta da UFSCar	Não há relatos.	Compromisso primário dos alunos com a profissão que elegeram como a singular no horizonte de possibilidades da área da saúde. O fisioterapeuta pode atuar desde a fase de prevenção até a reabilitação, na atenção à saúde.	Profissional fisioterapeuta com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com uma visão ampla e global. Com o objetivo de atuar na promoção da saúde, prevenção de doenças e incapacidades, no tratamento e reabilitação, respeitando os princípios éticos/bioéticos, morais e culturais do indivíduo e da coletividade, sendo um profissional voltado ao desenvolvimento científico e apto a adquirir por iniciativa própria conhecimentos que possam garantir uma educação continuada e permanente.
Concepção pedagógica e de gestão do curso	Não há relatos.	A formação que pretende dar ao futuro fisioterapeuta visa à compreensão ampla da profissão, como uma obrigação social.	Os conteúdos essenciais do curso de graduação em fisioterapia estão relacionados com todo o processo saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia. O Projeto Político Pedagógico do Curso de fisioterapia terá como meta a sua permanente construção, pelos docentes que

			compõem o Núcleo Docente Estruturante (NDE) sendo elaborado, re-elaborado, implementado e avaliado pelo conselho de curso, composto por um representante de cada departamento envolvido com o referido projeto, bem como pelos docentes do curso, pelo Coordenador de Curso e Vice-Coordenador. Além disso, será proposta educação permanente ao longo deste processo, com a finalidade de instrumentalizar os docentes com propostas pedagógicas inovadoras.
Metodologias de aprendizagem	Não há relatos.	Não há relatos.	Os processos pedagógicos envolvidos na formação do aluno deverão ser voltados para a construção do conhecimento, não poderão orientar-se exclusivamente por uma estrutura curricular rígida, baseada no enfoque unicamente disciplinar e sequenciada de conteúdos confinada aos limites da sala de aula, onde o ensino tem por base a exposição submissa aos conteúdos descritivos.
Identificação de competências	Não há relatos.	A função social do fisioterapeuta é buscar um modelo próprio de profissão, partindo da realidade social e entendendo que as boas condições de saúde em todos os níveis constituem um direito de toda a população.	O currículo do Curso de fisioterapia contempla os conhecimentos, habilidades e atitudes nos quatro domínios propostos por DELORS, (1996), o saber, o saber fazer, o saber ser, e o saber conviver, entendendo que esses domínios se constituem em apenas um, com múltiplas interfaces de permutas e relacionamento. Além desses domínios, a formação deve estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde, trazendo a condição do refazer, permanentemente, as relações profissionais com os usuários de modo responsável e comprometido.
Organização curricular	Dois ciclos: pré-profissionalizante e profissionalizante.	Seis linhas fundamentais de conhecimentos: ciências humanas, ciências biológicas, recursos terapêuticos, áreas aplicadas, estágios profissionais, iniciação científica.	Orienta-se pelos ciclos de vida, especialidades na área de fisioterapia, níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde e por áreas temáticas: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Sociais e Humanas e Conhecimentos Biotecnológicos e Fisioterapêuticos.
Cenários de prática	Não há relatos.	Não há relatos.	Unidades de Saúde da Família (USF), Escolas, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Saúde Escola-UFSCar, Hospitais e demais equipamentos sociais disponíveis no município de São Carlos, região e do estado.
Formas e espaços de avaliações	Não há relatos.	Não há relatos.	A avaliação utilizada neste projeto se baseará na avaliação formal objetiva, na qual busca-se avaliar a aprendizagem nos domínios cognitivos, atitudinais e psicomotor. A avaliação requer que todos os passos do processo ensino/aprendizagem tenham sua relevância, por isso as modalidades de avaliação formativa, diagnóstica e somativa serão empregadas.

Quadro 1: Análise comparativa dos currículos do curso de fisioterapia-UFSCar

A partir deste quadro é visível o avanço que o curso realizou ao longo dos currículos. É evidente que cada currículo teve sua construção influenciada pelo momento histórico e pelas pessoas que estavam presentes em cada período destacado.

Um real avanço está na própria publicização das propostas curriculares. No ano de 1978, data do primeiro currículo, não foram encontrados documentos que descrevessem estas concepções. Estes documentos também são desconhecidos dos docentes e técnico-administrativos do curso. O currículo recém-aprovado deste ano, contrariamente ao primeiro, descreve com detalhes todas as propostas curriculares consensuadas pelo grupo.

Um ponto que não houve mudança de 1986 para 2010 é em relação à atuação profissional na promoção, prevenção, manutenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos. O que tem que ser destacado é que apesar da descrição formal de uma atuação ampliada, o currículo de 1986, como já demonstrado nesta pesquisa, não conseguiu atingir todos estes aspectos na formação. O currículo de 2010 mantém esta concepção, porém insere mudanças na estrutura curricular para que isto seja alcançado.

Outro ponto em comum entre os currículos é a ausência de uma análise da realidade de saúde do município. Isto pode ser uma lacuna se os docentes não tiverem acesso a esses dados, visto que a prática pode ser realizada sem um debate crítico da situação atual, da ausência de planejamento e de estratégias de atuação num locus 'desconhecido'.

Os pontos que se destacam como de grande avanço no currículo de 2010 são:

- o aumento da duração do curso para cinco anos, o que atende o Parecer 213/2008 do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior;
- uma análise da situação da fisioterapia no Brasil consistente e atualizada;
- a criação do Núcleo Docente Estruturante (NDE) em que o Projeto Político Pedagógico terá um acompanhamento permanente;
- a proposta de educação permanente, que tem como indicação ser um espaço institucionalizado em que os docentes podem discutir e se aproximar de propostas pedagógicas inovadoras;
- a adesão por uma estrutura curricular flexível, interdisciplinar, não-sequenciada dos conteúdos, da ampliação dos espaços de ensino-aprendizagem além da sala de aula e da diversidade de práticas pedagógicas e didáticas;
- a organização curricular orientada também pelos ciclos de vida e pelos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde;
- a ampliação dos cenários de prática, com destaque para os serviços de saúde do município em todos os níveis de atenção e da inserção do aluno nestes campos desde o primeiro ano;

- a equidade na relevância de outros aspectos além do cognitivo no processo de ensino-aprendizagem e na avaliação.

Apesar de todos os percalços, confrontos, desânimos, desesperanças e resistências, a comissão de reestruturação curricular conseguiu, com as estratégias que lhes foram possíveis e conhecidas, aprovar o currículo com as propostas baseadas nas DCN.

A história recente do movimento de mudança curricular deste curso foi advinda primariamente de fatores externos como as DCN e as políticas integradas da educação e da saúde. Secundariamente esta mudança ficou caracterizada pelas ações internas, em que um grupo de docentes se fez pró-ativo desta construção.

Para que esta mudança faça sentido e significados, mais do que argumentações teóricas, documentos oficiais e currículo aprovado, o que realizará o proposto está 'nas mãos' dos próprios sujeitos envolvidos na formação: docentes, discentes e técnico-administrativos.

CAPÍTULO 5:
ABRINDO O DEBATE DE LIMITES E
POSSIBILIDADES

5 ABRINDO O DEBATE DE LIMITES E POSSIBILIDADES

Este estudo foi desenvolvido possuindo como inspiração a formação do fisioterapeuta, no nível de graduação, para o sistema de saúde vigente no Brasil. Focalizar em um único curso trouxe além da viabilidade, a profundidade necessária para entender os processos formativos e o acompanhamento proximal das mudanças em trânsito.

O objetivo de historiar a formação profissional em fisioterapia da UFSCar, da saúde pública e das atuais políticas de formação para o SUS foi alcançado a meu ver, visto que esta conexão proporcionou variadas categorias de análise, demonstrando assim, que a formação dos profissionais de saúde é um tema complexo e amplo e que extrapola os limites universitários. Além disso, a conformação das análises, apesar de uma separação didática em eixos e vetores, comprovou que todos os âmbitos estão interconectados e que as ações têm que ser planejadas e realizadas segundo um contexto ampliado.

O caminho percorrido desde a coleta a análise dos dados da formação em fisioterapia na UFSCar corroborou com a literatura sobre a importância e os caminhos da mudança na formação para uma maior proximidade com as necessidades de saúde e com o SUS. Apesar disso, é importante ressaltar as limitações deste estudo, que como todo estudo científico não dá conta de responder a todas as questões formuladas. No caso da pesquisa qualitativa esta complexidade se torna ainda maior, visto que além das hipóteses e questões elaboradas previamente, as pessoas representadas aqui através das suas falas trouxeram outras perguntas e variáveis que estiveram distante do controle do pesquisador. Ao longo da análise, generalizações diversas tiveram que estar presentes, pois se apresentaram como colocações muito repetidas pelos entrevistados. Ao mesmo tempo, sabe-se que estas generalizações não acontecem de forma homogênea entre todos os docentes, os discentes, as áreas específicas e as linhas de cuidado. Além disso, como respeito a própria metodologia escolhida, as falas únicas também foram valorizadas, no sentido da riqueza do singular, do heterogêneo, do dissonante, do que instiga e faz pensar.

É sobre este terreno complexo de uma pesquisa, que envolve especialmente pessoas, a qual me aventurei a fazer um estudo com olhar crítico e, particularmente reflexivo. De certa forma, é também me implicar junto, como uma pessoa que também fez e faz parte deste 'solo arenoso'. É sob todos estes aspectos que convido o leitor a fazer parte, na conclusão deste estudo, de uma reflexão e do debate sobre os velhos e novos limites e possibilidades da formação em fisioterapia.

Na fisioterapia há que se avançar nas estruturas construídas historicamente na profissão que ainda trazem o reconhecimento de uma ciência acrítica dos saberes profissionais e a afirmação da profissão inserida em práticas corporativas de serviços privativos.

A história recente da formação em fisioterapia (com início em meados da década de 1980) retrata um desejo dos docentes e profissionais de fazer com que a profissão tivesse uma identidade própria e com maior valorização no mercado de trabalho. Essa busca caracterizou o forte estímulo à formação docente e às investigações que trouxessem validação científica para as práticas fisioterapêuticas, de modo também a desvinculá-las das especialidades médicas.

De certo modo esse movimento não caminhava na mesma direção especialmente do movimento das políticas de saúde que buscavam práticas mais ampliadas, interdisciplinares e próximas da realidade brasileira. Certa ausência de participação mais efetiva da fisioterapia nas discussões e ações frente à Reforma Sanitária e a construção do SUS produziram um “buraco” em que a fisioterapia estava em uma das margens e a saúde pública em outra. Os cursos em geral não fizeram ou fizeram pouca articulação com essas novas propostas.

Ao mesmo tempo em que a discussão das políticas de formação em saúde se direcionava para uma ampliação da atuação desses profissionais com aproximação da realidade do SUS e o enfoque na atenção primária, o curso de fisioterapia estudado privilegiava a investigação científica como propulsão para seu reconhecimento. Durante esse período, mudanças no currículo como às propostas pelos documentos oficiais das políticas de saúde e educação não foram realizadas. Percebe-se a ausência de participação de um curso de graduação nas lutas nacionais por saúde, independente à cidadania e isento de responsabilidade política em sua área de produção de conhecimentos e práticas.

Do final da década de 1990 até o momento têm sido verificadas políticas de saúde e de educação, a abertura de associações e intensa mobilização de profissionais, alunos, gestores e movimentos sociais que discutem a formação dos profissionais de saúde frente a uma nova realidade brasileira. Apesar disso, no curso de fisioterapia da UFSCar estas políticas não impulsionaram mudanças internas. Parece que há uma inércia, dentro deste curso, no que tange a movimentos importantes de articulação com as propostas e políticas que surgiram. As possibilidades de mudanças se iniciam no início da atual década, porém o curso não conseguiu produzir mudanças efetivas nos últimos vinte e cinco anos de sua história.

O atual panorama da formação em fisioterapia revela o enfoque teórico para as causas biológicas na determinação da saúde. Os currículos não fazem interface com as ações em saúde de forma mais ampliada, como também a quase ausência das discussões sobre a saúde

pública e o SUS. Além disso, o que se observa é a total desconexão das disciplinas ‘da área de humanas’ com o restante do curso.

Outro ponto é a falta de integração das disciplinas como um problema sério na interface teoria-prática. As disciplinas não estão distribuídas adequadamente, o que impõe uma necessidade de aproximação das teorias quando os alunos estão na prática. A carga horária é muito intensa e com bastantes disciplinas teóricas, o que acaba cansando o aluno e não sendo eficaz na absorção de todo o conteúdo. Para o aluno, fica muito clara a importância das atividades práticas para um melhor estímulo e aprendizado, o que não acontece com frequência e continuidade.

Outro ponto que merece relevância é a articulação da graduação com os serviços de saúde do município. A formação do fisioterapeuta deve ter pluralidade nos campos e cenários de aprendizagem avançando da atuação ambulatorial e das clínicas-escolas baseada na reabilitação de pessoas.

Além disso, a atenção clínica deve valorizar todas as tecnologias em saúde, que vão desde as duras às leves, de modo que não haja uma dicotomia entre o técnico e o relacional. No caso da formação em fisioterapia estudada, há separação entre aspectos relacionais, do saber estruturado e da utilização de equipamentos ao longo da trajetória na graduação. Com isso, há uma distância da expectativa do estudante sobre a profissão e a proposta da formação.

Nessa aproximação com os serviços do SUS, sair do campo da reabilitação e ir ao encontro da atenção primária é visto como desafiador, especialmente quando é notório o hiato existente entre a formação e as competências para trabalhar nesse nível de atenção. Nesse movimento de saída do lócus do ambulatório e do hospital para o nível primário, há uma questão importante que é a reconstrução que a fisioterapia tem que fazer enquanto profissão, para si mesma e para a sociedade.

Na formação em fisioterapia, alguns assuntos ainda são “velados”, especialmente no que se refere ao ensino crítico da saúde suplementar do SUS. Há dificuldades de mencionar a relação institucional mediadora de seguradoras, planos de saúde e outras na prestação de serviços de saúde como fator adicional ou de interferência na relação singular entre terapeuta e paciente e os seus reflexos na formação e no exercício da profissão.

As políticas atuais de incentivo a novas práticas e mudanças curriculares, em que se destacam as DCN, o Pró-Saúde e o Pet-Saúde vêm produzindo efeitos interessantes no curso, proporcionando a capacitação de docentes e a inserção dos alunos na rede de saúde municipal.

A recente e intensa aproximação das políticas dentro do curso estudado gerou e ainda gera incômodos. São inquietações pela presença mais sólida das novas discussões e das novas

maneiras de pensar a formação em fisioterapia, representada mais materialmente na nova tentativa de discussão da mudança curricular.

Neste contexto, há docentes favoráveis e muitos outros ainda resistentes à mudança. Mais do que isso: há relações de poder fortes que entram as discussões. Há um distanciamento das ideologias e lutas que fizeram parte da construção de todo o processo histórico em busca de uma saúde garantida, integral e próxima das reais necessidades da população brasileira.

No que diz respeito à construção dessa transformação, Feuerwerker (2002) diz que algumas mudanças são bem intencionadas, porém, se não forem estratégicas dificilmente conseguirão ter sucesso.

Um dos primeiros problemas que a autora aponta é trabalhar quase exclusivamente com as pessoas que já estão mais sensibilizadas ou que se mobilizam mais em torno do tema. Estas discussões fluem mais tranquilamente, já que se está entre pares que compartilham da mesma ideia.

Um segundo problema é a não-inclusão de pessoas que estão relacionados diretamente com o poder. Isso é importante para viabilizar a mudança, como para minimizar entraves burocráticos, na mobilização dos professores etc. Assim, a viabilidade das propostas depende da capacidade de criar massa crítica e do grau de governabilidade dos sujeitos proponentes da mudança.

A partir do momento que a proposta é aprovada e implementada, é preciso criar estratégias para mudar a situação de inércia em que muitos professores se colocam frente às novas tarefas. Muitos têm profundos conflitos de valores, poder e autoridade. A criação de espaços coletivos de debates (educação permanente), bem como de avaliações e reavaliações periódicas é importante, visto que uma nova proposta curricular pode significar alternativas de mudanças, porém nem sempre alterar o currículo significa alterar as práticas. É necessário motivar os atores envolvidos no desempenho de alguma função no novo. Além disso, é importante saber que as mudanças educacionais significativas são um processo evolutivo lento, que exige das lideranças grande dose de paciência e muito esforço (ALMEIDA; FERREIRA FILHO, 2008; FEUERWERKER, 2006; SENA, 2005).

Na medida em que a temática da formação em fisioterapia é um tema ainda incipiente, e por vezes espinhoso, é preciso considerar os esforços daqueles que aprendem com o novo e produzem mudanças. Neste ponto não exponho grandes mudanças como a curricular, que depende muito mais do coletivo do que individual. Mas sim, das pequenas mudanças fruto de um trabalho de enfrentamentos. Refiro-me a estes enfrentamentos no sentido da possibilidade

da abertura de encontros e cenários presenciais, da formação de novas redes de articulação e dos debates reflexivos entre os atores implicados.

Uma questão a problematizar diz respeito a quais mudanças os atores envolvidos na formação almejam. Além da aproximação da formação com e para o SUS, deve-se pensar e considerar as mudanças da própria universidade com a sociedade e com o mundo, que inclui pensar a ciência e a produção do conhecimento em diálogo com outras perspectivas. As diferentes concepções de mudanças trazidas pelos depoimentos indicam diferentes referências e modos de produzir as mudanças. Há que se considerar que papel os futuros trabalhadores tem e terão nos diferentes processos. As concepções de educação e saúde trabalhadas na graduação precisam avançar superando a discussão da produção de profissionais apenas com perfil mais adequado às necessidades do sistema de saúde, com o foco para este como mercado de trabalho.

Ademais, há que se repensar que cuidado a fisioterapia e os fisioterapeutas estão se propondo realizar. O modo de produção em saúde encena uma rica e inventiva articulação em torno do tema cuidado, em que este agir, em sua essência, independentemente do ‘terreno’ em que o profissional atua. Os cursos de graduação têm responsabilidades de uma formação centrada em procedimentos e na pesquisa clínica. Aproximar-se da prática no início do curso já produz efeitos e perguntas importantes, mas não é suficiente. O tensionamento em direção a uma formação para o cuidado tem que ser colocado na agenda de debates dos docentes e discentes.

Este estudo sobre o tema da formação dos fisioterapeutas não é conclusivo. Pelo contrário, a ideia a que me propus é que seja capaz de causar inquietações, rever atitudes, possibilitar abertura para as coisas novas e instigar problematizações. As mudanças aqui idealizadas vão além das instituídas e das permanentes, possuindo um norte singular, da implicação de cada sujeito no processo formativo. É preciso ir além da mudança do currículo no papel. Acredito que são necessárias também as mudanças subjetivas continuadas, é estar inquieto e inconformado, é ser crítico, é saber que papéis cada sujeito ocupa em certo espaço e em determinado tempo histórico.

Se a atitude da transformação não fizer sentido para os atores envolvidos, as mudanças limitar-se-ão a um sentido estrutural (editais de convocação e sistemas de avaliação mais bem detalhados e executados) em contraposição as mudanças no sentido das práticas, de maior implicação com a saúde e o setor saúde, de produção de existência e da invenção do mundo.

A fisioterapia não pode estar alheia das discussões da saúde brasileira. A saúde é a única política da Ordem Social identificada como de relevância pública e é a única área cujos

Conselhos têm participação de 50% dos usuários. Essas características podem diferenciar a necessidade de envolvimento dos cursos da saúde com o setor, o que difere do reducionismo de mudanças curriculares adaptadas.

Este trabalho cumpre com o papel de contribuir com o país no tocante ao ensino da fisioterapia. Porém, há ainda grandes lacunas de estudos na interface fisioterapia e sSaúde coletiva na formação do fisioterapeuta no Brasil. Destaco alguns temas que me parecem importantes na agenda de investigações: avaliações da formação do fisioterapeuta no cenário nacional com a implementação das DCN; o ensino da fisioterapia na prática real; redes e processos na articulação ensino-serviço; o debate da saúde suplementar e mercado de trabalho no ensino em fisioterapia entre outros.

Que este estudo, com as limitações que lhes são inerentes, possa contribuir para essa provocação e na multiplicação de quem deseja se comprometer com a fisioterapia. Por fim, que estudantes, docentes e trabalhadores sonhem e realizem coisas concretas com uma fisioterapia diferente, incluída em equipes interdisciplinares, que lutem pela saúde como direito além da lei e ampliem a vocação de ser fisioterapeuta. Sejam antes de tudo, sujeitos da sua história e cidadãos que almejem projetos de sociedade mais dignos e igualitários para o Brasil.

6 REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G.G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- AGUIAR, A.C. Tendências na educação médica: um modelo curricular ajustado ao conceito ampliado de saúde, às mudanças tecnológicas e à realidade social. In: ARRUDA, B.K.G. **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP; Ministério da Saúde, 2001. p. 69-86.
- ALBUQUERQUE, V.S.; GIFFIN, K.M. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 519-537, nov.2008/fev. 2009.
- ALBUQUERQUE, V.S. et al. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 31, n. 3, p. 296-303, 2007.
- ALMEIDA, A.B. Reverberando. In: LACERDA, D.A; RIBEIRO, K.S.Q.S (Org.). **Fisioterapia na Comunidade: experiência na Atenção Básica**. João Pessoa: Editora Universitária, 2006. p. 197-203.
- ALMEIDA, A.B. et al. A Fisioterapia na Atenção Básica a partir de uma experiência de educação popular. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 5., 2005, Recife. **Anais...** Disponível em: <<http://www.paulofreire.org.br>> Acesso em: 16 ago.2010.
- ALMEIDA, A.B.; ACIOLE, G.G. **Inserção da Fisioterapia como apoio matricial na saúde da família**. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2009. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em saúde da família.
- ALMEIDA, A.L.J **O lugar social do fisioterapeuta**. 2008. 166 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia. Presidente Prudente, 2008.
- ALMEIDA FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p. 865-84, 2004.
- ALMEIDA, H.G.G.; FERREIRA FILHO, O.F. Educação permanente de docentes: análise crítica de experiências não sistematizadas. **Rev. Bras. Educ. Med**, v.32, n.2, p. 240- 47, 2008.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 8, n. 15, p.375-80, mar./ago. 2004.
- AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev. Bras. Educ. Med**, v. 29, n.2, p. 136-46, 2005.

ANTUNES, R. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, v.1, n. 2, p. 229-37, 2003.

AQUILANTE, A.G et al. Situações-problema simuladas: uma análise do processo de construção. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2010. Disponível em: <<http://www.educacaomedica.org.br/>>. Acesso em: 16 set. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA – ABEM. Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de Medicina-PROMED. **Boletim ABEM**, nov./dez. 2002. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf/artigo_promed.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO EM FISIOTERAPIA - ABENFISIO. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas. In: FÓRUM DA ABENFISIO, 16., 2007, Canela. **Relatório ...** Canela, RS: ABENFISIO, 2007. Disponível em: <www.afism.com.br>. Acesso em: 20 ago.2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO EM FISIOTERAPIA - ABENFISIO. **A Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia**. Disponível em: <www.eef.ufmg.br/mreab/documentos_new/apres10.ppt> Acesso em: 16 ago.2010.

AYRES, J.R.C.M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o Cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. p. 127-44.

BAHIA, L. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. **Trab. Educ. Saúde**, v. 4 n. 1, p. 159-169, 2006.

BARBIERI, F.B. **A Rede Unida e o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde**. 2006. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

BARBOSA, R.H.S. A 'teoria da práxis': retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 9-26, mar./jun.2010.

BATISTA, N.A. Planejamento na prática docente em saúde. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac, 2004. p. 35-56.

BATISTA, S.H. Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac, 2004. p. 57-74.

BAZZO, V.L. Constituição da profissionalidade docente na educação superior: apontamentos para uma política nacional de formação. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 31., 2008, Caxambu. **Anais...** Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/1trabalho/GT11-4842--Int.pdf>>. Acesso em: 27 set.2010.

BISPO JÚNIOR, J.P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15(supl.1), p. 1627-1636, jun. 2010. Supl. 1.

BISPO JÚNIOR, J.P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.655-68, jul.-set. 2009.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. **Parecer nº 622/82**. Reformulação dos currículos mínimos dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, de 3 de dezembro de 1982. Brasília, 1983.

BRASIL. Ministério de Estado da Educação e Cultura. **Portaria ministerial nº 511/64**, Brasília, 1964.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 90.640**. Inclui categoria funcional do fisioterapeuta no Grupo-Outras Atividades de Nível Superior. Brasília, 1984.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Constituição Federal da República do Brasil, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 9. 1993, Brasília. **Relatório...** Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9131**, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Constituição Federal da República do Brasil, Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 10, 1996, Brasília. **Relatório....** Brasília, 1996a.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 9394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 248 20 dez. 1996b

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. **Edital nº4/97**. Torna público e convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores. Brasília, 1997a.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. **Parecer CNE nº 776/97**. Orienta para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº287**, de 08 de outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 11., 2000. **Relatório....** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 10.172**, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer 583/2001**. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 12, 2004, Brasília. **Relatório...** Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Portaria 198**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS**: O SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 11.129 de 2005**. Cria a residência em área profissional da saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.118 de 3 de novembro de 2005**. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde na área da saúde. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de trabalhadores da saúde. Rio de Janeiro, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 13, Brasília. **Relatório...** Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: Cadernos HumanizaSUS. Formação e intervenção. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Disponível em: <www.saude.gov.br/sgtes>. Acesso em 16.08.2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 421**, de 3 de março de 2010, Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 3., 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/conferenciagestaotrabalho.htm>. Acesso em: 03 fev. 2011.

CALDAS, M.A.J. **O processo de profissionalização do fisioterapeuta**: o olhar em Juiz de Fora. 2006. 118f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2006.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, F.E. et al. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; CEBES, 2008. p.1011-34.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 53-92.

CARDOSO, C.L. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 22, n.1, p. 22-9, 2002.

CARVALHO, A.I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; CEBES, 2008. p. 141-66.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 149-182.

CASSIANI, S.H.B.; RODRIGUES, L.P. O ensino da metodologia científica em oito escolas de enfermagem da Região Sudeste. **Rev.Latino-am.Enfermagem**, v.6, n.2, p.73-81, 1998.

CATANI, A.M. et al. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 22, n. 75, p. 67-83, ago. 2001.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 259-278.

CECCIM, R.B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Cienc.Saud.Coletiv**, v.13, n.5, p. 1567-78, 2008.

CECCIM, R.B.; CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R. et al. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 69-92.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-45, jan./jun. 2004.

COELHO, I.M. Diretrizes curriculares e ensino de graduação. **Estudos**, v.16, n.22, p.7-20, 1998.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. 17. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, set./out. 2004, p. 1417-23.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução nº 8**. Aprova as normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Brasília, 1978a.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução nº 10**. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Brasília, 1978b.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução nº 80**. Baixa atos complementares à resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do Fisioterapeuta. Brasília, 1987.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução nº 363**. Reconhece a Fisioterapia em Saúde Coletiva como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Brasília, 2009.

COSTA, N.M.S.C. Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? **Rev. Bras. Educ. Med**, v.31, n.1, p.21-30, 2007.

COURY, H.J.C.G.; VILELLA, I. Perfil do pesquisador fisioterapeuta brasileiro. **Rev. Bras. Fisioter**, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 356-63, jul./ago. 2009.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petropolis: Vozes, 2004. p. 51-66.

DALBERIO, M.C.B.; DALBERIO, O. A formação docente: a mediação da didática para um ensino de melhor qualidade. **Rev. Iberoam. Educ.**, n. 51, v.5, p. 1-11, 2010.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M.H.L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. **Interface (Botucatu)**, v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009.

DAVINI, M.C. Currículo integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Trabalhadores da saúde para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p.39-58.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. 3. ed. Campinas: Autores Associados, 1998.

DIAS SOBRINHO, J. Universidade: projeto, qualidade, avaliação e autonomia. **Pro-Posições**, v.2, n.7, p.7-17, 1992.

DINIZ-PEREIRA, J.E.; LACERDA, M.P. Possíveis significados da pesquisa na prática docente: idéias para fomentar o debate. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 30, n. 109, p. 1229-1242, set./dez. 2009.

ERDMANN, A.L. et al. O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 288-94, 2009.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES, 2008. p. 385-434.

EVANGELISTA, O.; SHIROMA, E.O. Professor: protagonista e obstáculo da reforma. **Educ. Pesqui.**, v.33, n.3, 531-41, 2007.

FEUERWERKER, L.C.M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J.J. et al (Org.). **Educação, saúde e gestão**. Rio de Janeiro: ABEM; São Paulo: Hucitec, 2011 – no prelo.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. Rio de Janeiro: HUCITEC; Rede Unida, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. Gestão dos processos de mudança na graduação em Medicina. In: MARINS, J.J.N. et al (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 17-39.

FEUERWERKER, L.C.M.; ALMEIDA, M. Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! **Rev Bras Enferm**, v. 56, n. 4, p. 351-1, 2003.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface (Botucatu)**, v.6, n.10, p.37-50, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 18. ed. São Paulo: Graal, 2003.

FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO DAS PROFISSÕES NA ÁREA DE SAÚDE. **Sobre o FNEPAS**. Disponível em: <<http://www.fnepas.org.br/>>. Acesso em: 18 ago.2010

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 27. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 16. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 44. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, M.C; GUEDES, M.V.C; SILVA, L.F. Curso de enfermagem da Universidade Estadual do Ceará: a história e projeto político-pedagógico atual. **Rev. Bras. Enferm.**, v.56, n.4, p. 385-7, 2003.

FREITAS, M.S. **A Atenção Básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil**: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional. 2006. 138 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado? **Trab. Educ. Saúde**, v. 1, n. 1, p. 45-60, 2003.

GADOTTI, M. **Comunicação docente**: ensaio de caracterização da relação educadora. 3. ed. São Paulo: Loyola, 1985.

GALLO, D.L.L. **A Fisioterapia no programa saúde da família**: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária. 2005. 180 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. p. 279-300.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GONZÁLEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 551-570, 2010.

GORDAN, P.A. Currículos inovadores: o desafio da inserção docente. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Org.). **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: Senac, 2004. p. 57-74.

GIACCHERO, K.G.; MIASO, A.I. A produção científica na graduação em enfermagem (1997 a 2004): análise crítica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 8, n.3, p.431-40, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a14.htm>. Acesso em: 07 set. 2010.

GOMES, R.S. et al. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 105- 116.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

GUIZARDI, F.L. et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, R. et al. **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 153-177.

HARTZ; Z.M.A; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 331-36, jan. 2004.

HOLANDA, A.L.N. **Diferencial de salários entre os setores público e privado**: uma resenha da literatura. Rio de Janeiro: IPEA, 2009. (Texto para discussão, 1457). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/TD_1457.pdf>. Acesso em: 30 set. 2010.

HOLANDA, C.M. et al. A Fisioterapia desponta no cenário da saúde. In: LACERDA, D.A.; RIBEIRO, K.S.Q.S. (Org.). **Fisioterapia na comunidade**: experiência na Atenção Básica. João Pessoa: UFPB, 2006. p. 37-52.

IOCHIDA, L.C. Metodologias problematizadoras no ensino em saúde. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Org.). **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: SENAC, 2004. p. 153-166.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KANTORSKI, L.P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde - algumas reflexões preliminares. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 5-15, abr. 1997.

KELL, M.C.G. **Integralidade da Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc> . Acesso em: 06 set. 2006.

KISIL, M. Processos de mudanças: bases conceituais. In: _____. **Gestão da mudança organizacional**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Braziliense, 1981.

LACERDA, D. A. L.; RIBEIRO, K. S. Q. S. **Fisioterapia na comunidade**: experiência na Atenção Básica. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2006.

LAMPERT, J.B. et al. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. **Rev. Bras. Educ. Med**, v. 33, n. 1, p. 19-34; 2009a.

LAMPERT, J.B. et al. Mundo do trabalho no contexto da formação médica. **Rev. Bras. Educ. Med**, v. 33, n. 1, p. 35-43; 2009b.

LAMPERT, J.B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: HUCITEC, 2002.

LANDES, D. **Prometeu desacorrentado**: transformação tecnológica e desenvolvimento industrial na Europa ocidental, desde 1750 até a nossa época. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

LIBÂNEO, J.C. **Organização e gestão da escola**: teoria e prática. 4. ed. Goiânia: Alternativa, 2001.

LIMA, M.C. Desenvolvimento e globalização na periferia: o elo perdido. **Perspectivas**, São Paulo, v. 32, p. 15-46, jul./dez. 2007.

LIMA, V.V. et al. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. **Interface (Botucatu)**, v. 7, n.12, p.175-84, fev. 2003.

LOBATO, C.P. **Formação dos trabalhadores de saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Família**: uma cartografia da dimensão política. 2010. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2010.

LOPES, M.J.M.; BUENO, A.L.M. Saúde Pública é...: permanências e modernidades nas representações de universitários. **Saúde Soc.** São Paulo, v.16, n.3, p.92-101, 2007.

LUZ, M.T. Perda de ética no trabalho acadêmico: geração de sofrimento e doença entre trabalhadores universitários a partir do produtivismo como valor-fim entre pesquisadores docentes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. p. 357-367.

MAIA, J.A. O currículo do ensino superior. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Org.). **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: Senac, 2004, p. 101-33.

MARANHÃO, E.A.; SILVA, F.A. Formação médica: novas diretrizes curriculares e um novo modelo pedagógico. In: ARRUDA, B.K.G. **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001.

MARINS, J.J.N. Os cenários de aprendizagem e o processo de cuidado em saúde. In: MARINS, J.J.N. et al (Org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 97-108.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, set./out. 2004.

MATTOS, R.A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; EPSJV, 2008. p. 313-52.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MÉDICI, A.C. et al. El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. **Educ Med Salud**, v.25, n. 1, 1991, p. 1-14.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MERHY, E.E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.). **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p.117-194.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface (Botucatu)**, v.4, n.6, p. 109-116, fev. 2000.

MERHY, E.E; ACIOLE, G.G. Uma nova escola médica é possível?aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. **Pro-Posições**, v. 14, n. 1, p.1-22, jan./abr. 2003.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: BOLÑO, C.R.S; SILVA, L.M.O. (Org.). **Economia política, trabalho e conhecimento em saúde**. Aracaju: UFS, 2009. p. 108- 139.

MERHY, E.E et al. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T.B; RAMOS, V.C. (Org.). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MINAYO, M.C.S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Rev. Bras. Educ. Med**, Rio de Janeiro, v. 33, n.1, p. 83-9, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. 406 p.

MINAYO, M.C.S. et al. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 244 p.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed.Petrópolis: Vozes, 2004. 66 p.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Práticas de ensino-aprendizagem com base em cenários reais. **Interface (Botucatu)**, v.14, n.32, p.69-79, jan./mar. 2010.

MORAES, M. **Discursos sobre as práticas no contexto da formação de fisioterapeutas no Rio Grande do Sul**. 2009. 135 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 118 p.

MOURÃO, L.C. **O Professor e a instituição formação em saúde: implicações nas transformações curriculares**. 2006. 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2006.

NÓBREGA-TERRIEN, S.M.; FEITOSA, L.M. Ação formativa e o desafio para a graduação em saúde. **Rev. Bras. Educ. Med**, v.34, n.2, p. 227–237, 2010

OLIVEIRA, C.M.F. **Utilização de serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde**. 2009. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

OLIVEIRA, G.S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de Medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J.J.N et al (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 143- 164.

OLIVEIRA, V.R.C. **A história dos currículos de Fisioterapia: a construção de uma identidade profissional**. 2002. 173 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2002.

PADILHA, M.I.C.S; CARVALHO, M.T.C. O aluno de graduação e a pesquisa científica. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v. 27, n. 2, p.281-95, 1993.

PAIVA, G.S. Recortes da formação docente da educação superior brasileira: aspectos pedagógicos, econômicos e cumprimento de requisitos legais. **Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 66, p. 157-174, jan./mar. 2010.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, p. 1527-34, set./out. 2003.

PEREIRA, L.A.; ALMEIDA, M.J. Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde. In: FALCÃO, A. (Org.). **Observatório de trabalhadores da saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.415-458.

PEREIRA, L.O. et al. A iniciação científica na graduação em enfermagem da Universidade de São Paulo (1993 a 1996): análise crítica. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 77-86, jul/1999.

PILETTI, N. **História da Educação no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Ática, 1996.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 7-34.

PINHEIRO, R; CECCIM, R.B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R. et al. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 13-35.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS; UERJ, 2006. p. 21-36.

RAMOS, G.S.; SANTOS, A.F.T. VALER (Vá ler?): formação de trabalhadores sob a ideologia do mercado na Universidade Corporativa da Vale. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 2, p. 283-302, jul./out.2008.

REBELATTO, J.R.; BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil**: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

REDE UNIDA. **A Rede**. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/>>. Acesso em 18 ago.2010.

REZENDE, M. **Avaliação da inserção do fisioterapeuta na saúde da família de Macaé/RJ**: a contribuição deste profissional para a acessibilidade da população idosa às ações de saúde das equipes - um estudo de caso. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP. Rio de Janeiro, 2007.

RIBEIRO, K.S.Q.S. et al. A Fisioterapia na Atenção Básica. In: LACERDA, D.A.; RIBEIRO, K.S.Q.S. (Org.). **Fisioterapia na comunidade**: experiência na Atenção Básica. João Pessoa: UFPB, 2006. p. 67-79.

RIOS, I.C. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 1725-1732, 2010.

ROCHA, V. M. **Do corpo à corporeidade**: repensando os saberes na formação do profissional fisioterapeuta. 2002. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2002.

SACRISTÁN, J.G. **O currículo**: uma reflexão sobre a prática. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 352 p.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 92 p.

SAVIANI, D. A pedagogia histórico-crítica no quadro das tendências críticas da educação brasileira. **ANDE**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 15-21, 1985.

SAVIANI, D. **Ensino Público e algumas falas sobre a Universidade**. São Paulo: Cortez: 1986.

SAVIANI, N. **Saber escolar, currículo e didática**: problemas da unidade conteúdo/método no ensino. 5. ed. Campinas: Ed. Autores Associados, 2006. 200 p.

SCHWANDT, T.A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In: DENZIN, N. K. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SENA, E.F. Reflexões sobre a implementação de um currículo hegemônico e os desafios para os docentes em tempos de pluralidade cultural. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 5., 2005, Recife. **Anais...** Disponível em: <<http://www.paulofreire.org.br/>>. Acesso em: 03 set. 2010.

SIGNORELLI, M.C. et al. Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautado em três eixos curriculares. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 331-340, abr./jun. 2010.

SILVA, I.D.; SILVEIRA, M.F.A. A Humanização e a formação do profissional em Fisioterapia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2438>. Acesso em: 05 set. 2010.

SILVA, I.Z.Q.J; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SOUBHIA, Z. et al. O significado de aprender a pesquisar durante a graduação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.60, n.2, p.178-83, mar./abr. 2007.

SONZOGNO, M.C. Metodologia no ensino superior: algumas reflexões. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac, 2004, p. 75-84.

STELLA, R.C.R. et al. Cenários de prática e a formação médica na Assistência em Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med**, v. 33, n. 1, p. 63-69, 2009.

STRAUSS, F.; LETA, J. Entre o ensino, a pesquisa e a assistência médica: um estudo de caso. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.1027-1043, out./dez. 2009.

SUMIYA, A.; JEOLÁS, L.S. Processos de mudança na formação do fisioterapeuta: as transições curriculares e seus desafios. **Acta Scient.** v. 32, n. 1 p. 47-53, 2010.

TEÓFILO T.J.S.; DIAS, M.S.A. Concepções de docentes e discentes acerca de metodologias de ensino-aprendizagem: análise do caso do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú em Sobral - Ceará. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, n.30, p.137-51, jul./set. 2009.

TUMOLO, L.M.S.; TUMOLO, P.S. A vivência do desemprego: um estudo crítico do significado do desemprego no capitalismo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 327-44, 2004.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Curso de graduação em Fisioterapia**. São Carlos, 1986.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Projeto Político Pedagógico: Medicina UFSCar**. São Carlos, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade. **Método Altadir de Planejamento Popular: material de estudo**. São Carlos, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade**. São Carlos, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia**. Disponível em: <<http://www.ufscar.br/~ppgft>>. Acesso em 17 ago.2010a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Especialização em Fisioterapia Geriátrica**. Disponível em: < <http://www.portaldoidosoativo.ufscar.br/programa-de-revitalizacao-de-idosos>>. Acesso em: 17 ago.2010b.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Especialização em Fisioterapia Pediátrica**. Disponível em: < <http://www.ufscar.br/~neuroped/1apresentacao.php> >. Acesso em: 17 ago.2010c.

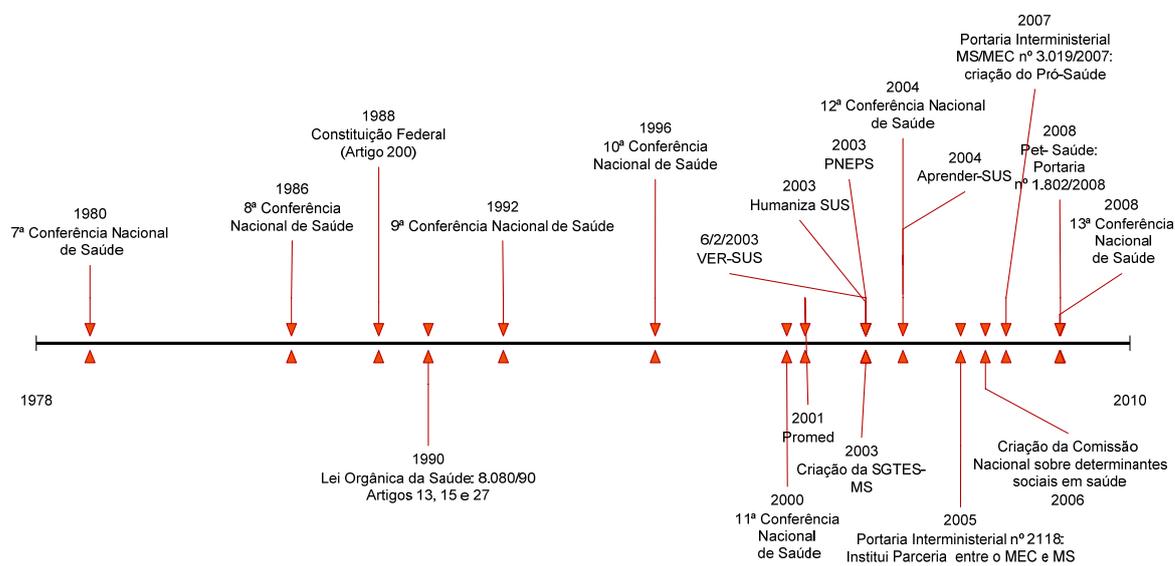
VASCONCELOS, E. M. et al. **Perplexidade na Universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. 308 p.

VIANA, S.B.P. **Competências dos fisioterapeutas para a Atenção Básica em Saúde da Família**: avaliação dos egressos e professores da UNIVALI. 2005. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.

WEBER, S. Profissionalização docente e políticas públicas no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 24, n. 85, p. 1125-1154, dez. 2003.

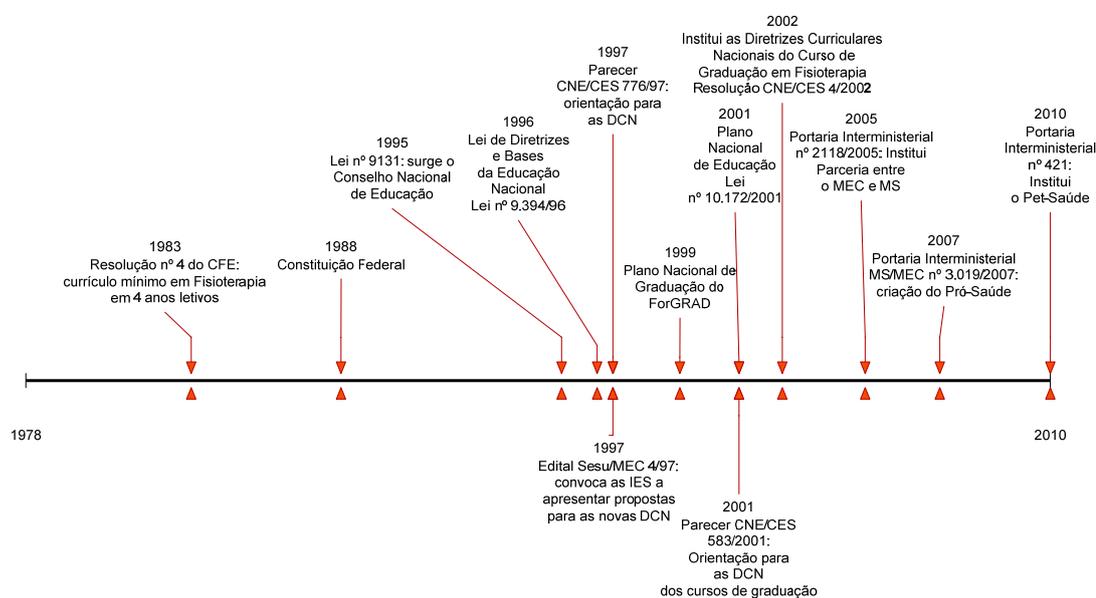
APÊNDICE A - HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL NO PERÍODO DE 1978 A 2010

Políticas de Saúde



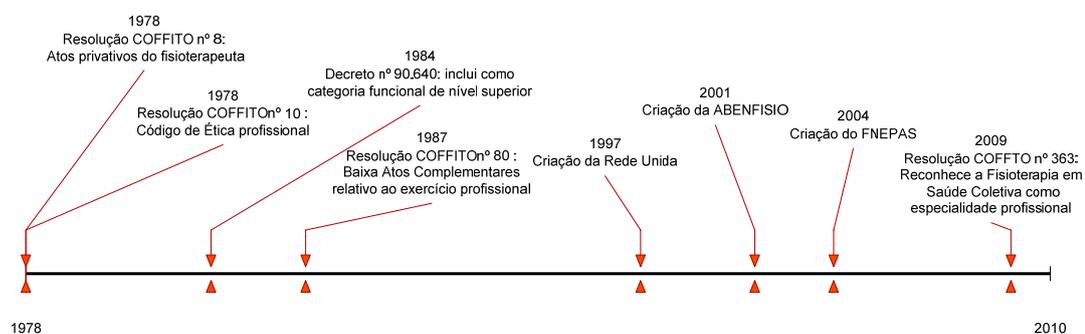
APÊNDICE B - HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO DO BRASIL NO PERÍODO DE 1978 A 2010

Políticas de Educação



APÊNDICE C - HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA BRASILEIRA NO PERÍODO DE 1978 A 2010

História da Fisioterapia Brasileira



**APÊNDICE D - ROTEIRO DAS QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA
DIRECIONADA AOS DOCENTES**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

- 1) Aspectos históricos do curso;
- 2) Modelo de formação do fisioterapeuta;
- 3) Modelo de formação do fisioterapeuta da UFSCar;
- 4) O ensino no curso de Fisioterapia da UFSCar;
- 5) Papel do docente e do aluno. O estudante de Fisioterapia;
- 6) Fisioterapia no SUS;
- 7) Articulação existente entre o curso e a rede de serviços de saúde. Principais dificuldades/facilidades enfrentadas;
- 8) Capacitação docente;
- 9) Políticas atuais;
- 10) Perfil do egresso deste curso frente às demandas atuais da sociedade brasileira.

**APÊNDICE E - ROTEIRO DAS QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA
DIRECIONADA AOS DOCENTES DIRIGENTES DO CURSO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

- 1) Aspectos históricos do curso;
- 2) Modelo de formação do fisioterapeuta;
- 3) Modelo de formação do fisioterapeuta da UFSCar;
- 4) O ensino no curso de Fisioterapia da UFSCar;
- 5) Papel do docente e do aluno. O estudante de Fisioterapia;
- 6) Papel do dirigente e a capacitação docente;
- 7) Fisioterapia no SUS;
- 8) Articulação existente entre o curso e a rede de serviços de saúde. Principais dificuldades/facilidades enfrentadas;
- 9) Políticas atuais;
- 10) Perfil do egresso deste curso frente às demandas atuais da sociedade brasileira.

**APÊNDICE F - ROTEIRO DAS QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA
DIRECIONADA AOS DISCENTES**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

- 1) Modelo de formação do fisioterapeuta;
- 2) Modelo de formação do fisioterapeuta da UFSCar;
- 3) O ensino no curso de Fisioterapia da UFSCar;
- 4) Papel do docente e do aluno;
- 5) O estudante de Fisioterapia;
- 6) Fisioterapia no SUS;
- 7) Articulação existente entre o curso e a rede de serviços de saúde. Principais dificuldades/facilidades enfrentadas;
- 8) Capacitação docente;
- 9) Políticas atuais;
- 10) Perfil do egresso deste curso frente às demandas atuais da sociedade brasileira.

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado para participar da pesquisa: **A graduação em Fisioterapia no contexto de formação de trabalhadores da saúde para o sistema de saúde: um estudo do curso da Universidade Federal de São Carlos.**

- a. Entendendo-se a escassez de pesquisas sobre a atuação do fisioterapeuta no SUS e da formação desses profissionais para esse cenário, esse estudo pode expandir a produção do conhecimento sobre a formação graduada em Fisioterapia segundo as recentes políticas de formação de trabalhadores da saúde e identificar estratégias de planejamento para a inserção desses profissionais a partir do contexto local.
 - b. Você foi selecionado por ser reconhecido como informante-chave que participa direta ou indiretamente da formação profissional do fisioterapeuta no âmbito educacional.
 - c. Os objetivos desse estudo são: investigar a formação discente em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) através de uma contextualização da trajetória histórica do curso e da saúde pública e diante das atuais políticas de formação de trabalhadores da saúde para o SUS; recuperar a história do curso de graduação de Fisioterapia desde o início de seu funcionamento; estudar as propostas político-pedagógicas do curso de graduação de Fisioterapia; identificar o perfil do egresso na graduação em Fisioterapia, contextualizando sua adequação do perfil à luz do debate nacional do SUS; identificar as concepções dos atores institucionais envolvidos na graduação.
 - d. Sua participação nesta pesquisa será de responder perguntas feitas pelo pesquisador e as respostas serão gravadas, se consentidas. O dia e horário da coleta de dados serão combinados previamente.
1. Pela coleta de dados ser composta por entrevista ou grupo focal, oferece riscos mínimos a sua integridade física e moral. Apesar disso, será facultado o direito do participante em questionar as perguntas ou solicitar esclarecimento em caso de dúvida de entendimento, constrangimentos, de conduta moral, ética e afins.
 2. A pesquisa está sendo executada por uma pós-graduanda e acompanhada pelo seu orientador-professor responsável, vinculado a Universidade Federal de São Carlos, bem como os órgãos competentes dessa mesma Instituição e/ou órgãos de fomento à pesquisa.
 3. Será garantido ao voluntário requerer esclarecimentos, antes e durante a realização da pesquisa sobre qualquer procedimento ou análise dos resultados.
 4. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da coleta dos dados e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que está vinculado.
 5. Informo-lhe que será garantido o seu anonimato, e assegurada sua privacidade, assim como o sigilo de suas informações. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. As entrevistas serão identificadas por letras do alfabeto

e, se necessário, utilizar respostas literais na escrita da tese, artigo e/ou manuscrito será seguido os mesmos critérios de identificação.

6. Informo, ainda, que sua participação não lhe trará nenhum benefício direto, como também não lhe será efetuada nenhuma forma de gratificação.
7. Ressalto que os dados coletados farão parte da minha dissertação de mestrado, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros conclave, tanto em nível local, nacional e internacional.
8. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Aline Barreto de Almeida
Pesquisador responsável
Universidade Federal de São Carlos
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Rodovia Washington Luis, Km 235 - Cx. Postal 676
CEP 13565-905 - São Carlos - SP
(16) 3413-7881/ (16)9225-1650

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

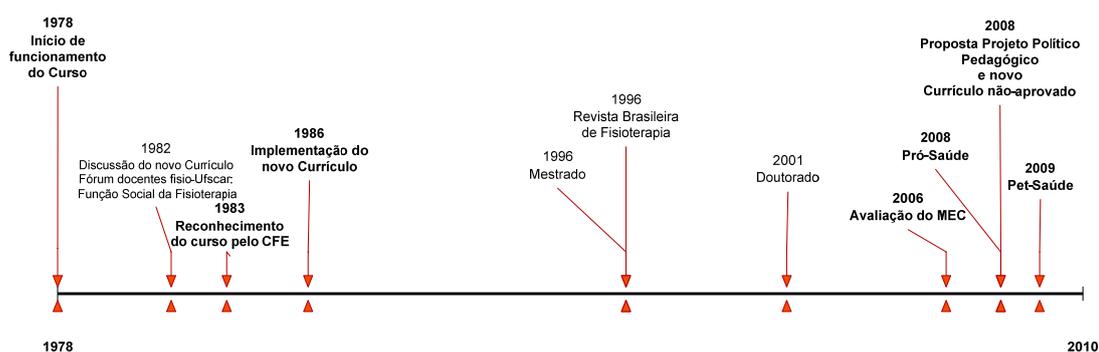
O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, de de 20__.

Assinatura do(a) pesquisado(a)

APÊNDICE H- HISTÓRIA DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS NO PERÍODO DE 1978 A 2010

História do curso de Fisioterapia Universidade Federal de São Carlos



**ANEXO A – PARECER FAVORÁVEL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA PELO
CONSELHO DEPARTAMENTAL DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UFSCar**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
dfisio@power.ufscar.br
Rod. Washington Luís, Km. 235 – Cx.Postal.676
TEL: (016) 3351-8341 - Fax: (016) 3361-2081
CEP: 13565-905 - São Carlos – SP

Ofício número 171/09-DFisio

São Carlos, 26 de novembro de 2009.

Prezada Aline Barreto de Almeida,

Venho, por meio desta, informá-la que a sua solicitação de autorização do uso das instalações e documentos do Curso de Fisioterapia para o desenvolvimento do projeto de mestrado intitulado “A graduação em Fisioterapia no contexto de formação de recursos humanos para o Sistema de Saúde: um estudo do curso da Universidade Federal de São Carlos” foi discutida e aprovada na 72ª Reunião do Conselho Departamental.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Fábio Viadanna Serrão

Presidente do Conselho Departamental – Fisioterapia

ANEXO B – TERMO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
 Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
 Fax: (016) 3361.3176
 CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
propp@power.ufscar.br - <http://www.propp.ufscar.br/>

CAAE 0187.0.135.000-09

Título do Projeto: A GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA NO CONTEXTO DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE: UM ESTUDO DO CURSO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Classificação: Grupo III

Procedência: Departamento de Medicina

Pesquisadores (as): Aline Barreto de Almeida, Geovani Gurgel Aciole da Silva (orientador)

Processo nº.: 23112.004873/2009-40

Parecer Nº. 063/2010

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

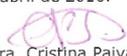
O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

A proposta de estudo apresentada atende às exigências éticas e científicas fundamentais previstas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 5 de abril de 2010.


 Profa. Dra. Cristina Paiva de Sousa
 Coordenadora do CEP/UFSCar

**ANEXO C - CURRÍCULO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA DA
UFSCar 1978**

I Período – Ciclo Pré-Profissionalizante

DISCIPLINA	CÓDIGO	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEÓRICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
Ciências Morfológicas: Citol.Hist.Embriol.	04009	-	2	2	4	60
Ciências Morfológicas: Anatomia	04602	-	2	4	6	90
Ciências Fisiológicas: Fisiologia	04603	-	4	2	6	90
Ciências Fisiológicas: Fundamentos de Farmacologia	04604	-	2	-	2	30
Ciências Patológicas: Microbiologia	04606	-	2	2	4	60
Fundamentos de Bioquímica	14611	-	2	-	2	30
Fundamentos de Reabilitação	04701	-	2	-	2	30
Ética Profissional	04702	-	2	-	2	30
Sociologia da Saúde	05107	-	4	-	4	60
TOTAL	-	-	22	10	32	480

II Período - Ciclo Pré-Profissionalizante e Profissionalizante

DISCIPLINA	CÓDIGO	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEÓRICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
Ciências Patológicas: Patologia Geral	04306	04101 04102	2	-	2	30
Ciências Patológicas: Imunologia	04112	-	2	2	4	60
Psicologia Geral	05011	-	4	-	4	60
Ciências Fisiológicas: Fundamentos de Farmacologia	04604	-	2	-	2	30
Nosologia Médico- Cirúrgica para a Reabilitação I a) Socorros de Urgência b) Traumatologia c) Cardiologia d) Angiologia	04703	04602 04603	8	-	8	120
Fisioterapia Geral I	04800	-	2	2	4	60
Cinesiologia I	04704	-	2	2	4	60
TOTAL	-	-	20	6	26	390

III Período- Ciclo Profissionalizante

DISCIPLINA	CÓDIGO	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEÓRICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
Nosologia Médico-Cirúrgica para a Reabilitação II a)Ortopedia b)Pediatria c)Pneumologia d)Toco-ginecologia	04116	04703	6	2	8	120
Desenvolvimento Aspectos Psicológicos e Cond. de Saúde	05017	-	4	-	4	60
Fisioterapia Geral I	04802	04801 04113	2	4	6	90
Cinesiologia I	04917	04704	2	2	4	60
Cinesioterapia	04808	04113 04704	4	4	8	120
Fundamentos de Fisioterapia	04817	-	2	2	4	60
TOTAL	-	-	20	12	32	480

IV Período - Ciclo Profissionalizante

DISCIPLINA	CÓDIGO	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEÓRICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
Nosologia Médico-Cirúrgica para a Reabilitação III a)Neuroanatomia Funcional b)Neurologia c)Psiquiatria	04118	04101 04103	6	-	6	90
Psicomotricidade aplicada a Fisioterapia	04819	04817	2	2	4	60
Fisioterapia Aplicada I	04803	04800 04802 04808	-	4	4	60
Estágio de Observação em Fisioterapia Aplicada I	04811	04800 04802 04808	-	4	4	60
Psicologia Aplicada a Reabilitação I	05019	-	2	2	4	60
Genética	04108	-	2	2	4	60
Enfermagem Aplicada a Reabilitação	04806	-	2	2	4	60
TOTAL	-	-	14	16	30	450

V Período - Ciclo Profissionalizante

DISCIPLINA	CÓDIGO	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEÓRICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
Nosologia Médico-Cirúrgica para a Reabilitação IV a)Oftalmologia/Otorrinolaringologia b)Reumatologia c)Dermatologia d) Endocrinologia e) Bases de cirurgia f)Elementos de Radiologia	04875	04103	4	-	4	60
Psicologia Aplicada a Reabilitação II	05020	-	2	2	4	60
Fisioterapia Aplicada II	04804	04800 04802	4	2	6	90
Estágio de Observação em Fisioterapia Aplicada II	04812	04800 04802	-	6	6	90
TOTAL	-	-	10	10	20	300

VI Período - Ciclo Profissionalizante

DISCIPLINA	CÓDIGO	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEÓRICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
Administração Aplicada à Fisioterapia	04807	-	2	-	2	30
Fisioterapia Aplicada III	04805	04800 04802	4	2	6	90
Estágio de Observação em Fisioterapia Aplicada III	04819	04800	-	6	6	90
Prótese e Órtese	04815	-	2	2	4	60
TOTAL	-	-	8	10	18	370

VII Período - Ciclo Profissionalizante

DISCIPLINA	CÓDIGO	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEÓRICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
Estágio Profissional I em FT. Supervisionado	04813	04803 04804	-	28	28	420
Seminário de Reabilitação I	04878	-	4	-	4	60
TOTAL	-	-	4	28	32	480

VIII Período - Ciclo Profissionalizante

DISCIPLINA	CÓDIGO	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEÓRICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
Estágio Profissional II em FT. Supervisionado	04814	04803 04804	-	28	28	420
Seminário de Reabilitação II	04879	-	4	-	4	60
TOTAL	-	-	4	28	32	480

**ANEXO D - CURRÍCULO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA DA
UFSCar 1986**

Perfil 01

CÓDIGO	DISCIPLINA	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEORICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
01.524-5	Citologia, Histologia e Embriologia	-	2	2	4	60
27.011-3	Genética	-	4	-	4	60
14.001-5	Fundamentos de Fisioterapia	-	2	-	2	30
16.100-4	Introdução à Sociologia Geral	-	4	-	4	60
18.002-5	Filosofia da Ciência	-	4	-	4	60
20.007-7	Introdução a Psicologia	-	4	-	4	60
	Subtotal		20	2	22	330

Perfil 02

CÓDIGO	DISCIPLINA	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEORICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
33.000-0	Anatomia	-	2	8	10	150
16.116-0	Antropologia da Saúde	-	4	-	4	60
26.001-0	Bioquímica e Biofísica	-	4	-	4	60
	Sub-total		10	8	18	270

Perfil 03

CÓDIGO	DISCIPLINA	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEORICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
33.003-5	Introdução a Microbiologia	-	2	-	2	30
33.004-3	Introdução a Parasitologia	-	2	-	2	30
27.010-5	Introdução a Imunologia	-	2	-	2	30
14.002-3	Cinesiologia	33.000-0	4	4	8	120
14.100-3	Fisioterapia Geral 1	14.001-5 26.001-0	4	2	6	90
31.005-0	Noções de Saúde Pública	-	4	-	4	60
15.010-0	Bioestatística		3	1	4	60
26.002-9	Fisiologia	26.001-0	6	2	8	120
	Sub-total		27	9	36	540

Perfil 04

CÓDIGO	DISCIPLINA	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEORICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
33.009-4	Patologia Geral	01.524-5 33.003-5 26.001-0 27.010-5 33.004-3	4	-	4	60
14.003-1	Ética e Deontologia	14.001-5	2	-	2	30
14.004-0	Administração em Fisioterapia	14.001-5	2	-	2	30
14.101-1	Fisioterapia Geral 2	14.001-5	2	2	4	60
14.102-0	Massoterapia	14.001-5 26.002-9	2	4	6	90
14.103-8	Cinesioterapia	14.002-3 26.002-9	4	4	8	120
14.194-1	Prevenção de Lesões Músculo Esqueléticas	14.002-3 31.005-0	4	-	4	60
Subtotal			20	10	30	450

Perfil 05

CÓDIGO	DISCIPLINA	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEORICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
33.010-8	Patologia de Sistemas Especiais	33.009-4	4	2	6	90
14.203-4	Fisioterapia Respiratória	33.009-4	4	2	6	90
14.204-2	Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia	14.100-3 14.101-1 14.103-8	4	2	6	90
14.205-0	Fisioterapia em Reumatologia	14.100-3 14.101-1 14.102-0 14.103-8 33.009-4	4	2	6	90
14.206-9	Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia	14.102-0 14.103-8 31.005-0	4	2	6	90
14.300-6	Trabalho de Graduação 1 em Fisioterapia	Entrevista	-	2	2	30
31.001-5	Psicomotricidade	14.103-8	2	2	4	60
Sub-total			22	14	36	540

Perfil 06

CÓDIGO	DISCIPLINA	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEORICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
33.011-6	Patologia de Sistemas Gerais	33.009-4	2	2	4	60
14.106-2	Prótese e Órtese	14.102-0 14.103-8	2	2	4	60
14.200-0	Fisioterapia em Neurologia	14.100-3 14.101-1 14.103-8	4	2	6	90
14.202-6	Fisioterapia em Cardiologia	33.009-4 14.103-8	2	2	4	60
14.201-8	Fisioterapia em Pediatria	14.103-8 33.009-4	4	2	6	90
Sub-total			14	10	24	360

Perfil 07

CÓDIGO	DISCIPLINA	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEORICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
14.302-2	Estágio Profissional 1 em Fisioterapia	Aplicadas	-	22	22	330
14.304-9	Observação Clínica 1 em Fisioterapia	Aplicadas	-	6	6	90
Subtotal			0	28	28	420

Perfil 08

CÓDIGO	DISCIPLINA	REQUISITOS	CRÉDITOS			
			TEORICO	PRÁTICO	TOTAL	HORAS
14.303-0	Estágio Profissional 2 em Fisioterapia	Aplicadas	-	22	22	330
14.305-7	Observação Clínica 2 em Fisioterapia	Aplicadas	-	6	6	90
14.306-5	Trabalho de Graduação 2 em Fisioterapia	14.300-6	2	2	4	60
Subtotal			2	30	32	480

Total = 226 Créditos, 3390 Horas.

**ANEXO E - CURRÍCULO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA DA
UFSCar (aprovado no departamento de curso e em análise em outras instâncias da
instituição) 2010**

PERFIL 01 (Semestral)

DISCIPLINA	CRÉDITOS			
	TEOR	PRAT	TOTAL	HORAS
Citologia, Histologia e Embriologia	02	02	04	60
Anatomia	02	04	06	90
Fundamentos de Fisioterapia	02	-	02	30
Unidade de Prática em Atenção a Saúde da Comunidade I	02	02	04	60
Introdução à Microbiologia	01	01	02	30
Introdução à Parasitologia	01	01	02	30
Genética	04	-	04	60
Sub-total			24	360

PERFIL 02 (Semestral)

DISCIPLINA	CRÉDITOS			
	TEOR	PRAT	TOTAL	HORAS
Fisiologia	06	02	08	120
Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros	02	02	04	60
Bioquímica	04	-	04	60
Neuroanatomia	02	02	04	60
Unidade de Prática em Atenção a Saúde da Comunidade II	02	02	04	60
Introdução à Imunologia	02	-	02	30
Sub-total			26	390

PERFIL 03 (Semestral)

DISCIPLINA	CRÉDITOS			
	TEOR	PRAT	TOTAL	HORAS
Patologia Geral	03	01	04	60
Antropologia da Saúde	02	-	02	30
Unidade de Prática em Atenção a Saúde da Comunidade III	02	02	04	60
Cinesiologia , Biomecânica e Cinesioterapia I	04	04	08	120
Eletrotermofototerapia I	04	02	06	90
Sub-total			24	360

PERFIL 04 (Semestral)

DISCIPLINA	CRÉDITOS			
	TEOR	PRAT	TOTAL	HORAS
Eletrotermofototerapia II	02	02	04	60
Cinesiologia, Biomecânica e Cinesioterapia II	04	04	08	120
Unidade de Prática em Atenção a Saúde da Comunidade IV	02	02	04	60
Patologia Humana	04	02	06	90
Recursos Terapêuticos Manuais	04	02	06	90
Bioestatística	02		02	30
Sub-total	16	14	30	450

PERFIL 05 (Semestral)

DISCIPLINA	CRÉDITOS			
	TEOR	PRAT	TOTAL	HORAS
Fisioterapia na Saúde da Criança	04	02	06	90
Fisioterapia na Saúde da Mulher	02	02	04	60
Fisioterapia Respiratória	04	02	06	90
Fisioterapia em Reumatologia	04	02	06	90
Fisioterapia no Trabalho e Ergonomia	02	02	04	60
Unidade de Prática em Atenção a Saúde da Comunidade V	02	02	04	60
Sub-total			30	450

PERFIL 06 (Semestral)

DISCIPLINA	CRÉDITOS			
	TEOR	PRAT	TOTAL	HORAS
Prótese e Órtese	02	02	04	60
Fisioterapia em Cardiovascular	04	02	06	90
Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia	04	02	06	90
Fisioterapia na Saúde do Idoso	02	02	04	60
Fisioterapia em Neurologia	04	02	06	90
Unidade de Prática em Atenção a Saúde da Comunidade VI	02	02	04	60
Sub-total			30	450

PERFIL 07 (Semestral): Neste perfil os alunos terão estágios na USE- Atendimento ambulatorial e disciplinas relacionadas ao TG. Os estágios terão duração de 3 meses em cada linha de Cuidado.

DISCIPLINA	CRÉDITOS			
	TEOR	PRAT	TOTAL	HORAS
Trabalho de Graduação I em Fisioterapia		04	04	60
Estágio Saúde da Criança		16		242
Estágio Saúde da Mulher		16		242
Subtotal		36		540

PERFIL 08 (Semestral): Neste perfil os alunos terão estágios na USE- Atendimento ambulatorial e disciplinas relacionadas ao TG. Os estágios terão duração de 3 meses em cada linha de Cuidado.

DISCIPLINA	CRÉDITOS			
	TEOR	PRAT	TOTAL	HORAS
Trabalho de Graduação II em Fisioterapia		04	04	60
Estágio Saúde do Adulto		16		242
Estágio Saúde do Idoso		16		242
Subtotal		36		540

PERFIL 09 (Semestral): Neste perfil os alunos terão estágio na atenção Primária . Os estágios terão duração de 6 meses .

DISCIPLINA	CRÉDITOS			
	TEOR	PRAT	TOTAL	HORAS
Estágio Profissional na Atenção Primária		30		440
Subtotal		30		440

PERFIL 10 (Semestral): Neste perfil os alunos terão estágio em hospitais, com duração de 6 meses .

DISCIPLINA	CRÉDITOS			
	TEOR	PRAT	TOTAL	HORAS
Estágio Hospitalar		30		440
Subtotal		30		440