



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



KATIA TAMAE SASAKI

**FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA NO ESTADO DE SÃO PAULO:
uma análise de cursos públicos à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais**

São Carlos - SP

2017

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – PPGGC
Tel.: 016-33519612; fax: 016-33518302;
e-mail: ppggc@ufscar.br



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



KATIA TAMAE SASAKI

**FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA NO ESTADO DE SÃO PAULO:
uma análise de cursos públicos à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Maria Lúcia Teixeira Machado
Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a. Aline Guerra Aquilante

São Carlos - SP

2017



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



KATIA TAMAE SASAKI

**FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA NO ESTADO DE SÃO PAULO:
uma análise de cursos públicos à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Machado (Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Aline Guerra Aquilante (Co-orientadora)

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Basso Schmitt (Banca Examinadora)

Prof.^a Dr.^a Roseli Ferreira da Silva (Banca Examinadora)

São Carlos - SP

2017



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



FOLHA DE APROVAÇÃO

Katia Tamae Sasaki

**FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA NO ESTADO DE SÃO PAULO:
uma análise de cursos públicos à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos para obtenção do
Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação
em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 14/02/2017

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Machado - UFSCar

Prof.^a Dr.^a Roseli Ferreira da Silva - UFSCar

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Basso Schmitt - USP

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me concedido mais esta oportunidade de crescimento dentre tantas que já me concedeu e me concederá pelo Seu infinito amor.

Ao meu pai (*in memoriam*) e à minha mãe que sempre me apoiaram e me incentivaram a seguir sempre em frente e não desistir dos sonhos.

À minha orientadora Maria Lúcia e co-orientadora Aline pela atenção e ensinamentos durante toda a trajetória deste trabalho.

À professora Roseli, membro da minha banca e também facilitadora no curso do PPGGC, pela força e compreensão.

À professora Ana Carolina, também membro da minha banca, pelas valiosas contribuições e olhar indispensável de fisioterapeuta na construção desse estudo.

Aos colegas do PPGGC que permitiram valiosos momentos de transformação profissional, e acima de tudo de amizade e crescimento humano.

Aos coordenadores entrevistados que gentilmente atenderam ao convite e puderam contribuir com valiosas informações.

“Porque agora vemos por espelho em enigma, mas então veremos face a face: agora conheço em parte, mas então conhecerei como também sou conhecido. Agora, pois, permanecem a fé, a esperança e o amor, estes três, mas o maior destes é o Amor.”

1 Cor 13: 12-13

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estão contempladas nos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) de graduação em Fisioterapia das Universidades públicas do Estado de São Paulo bem como a percepção por parte dos coordenadores dos cursos. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com objetivo interpretativo-explicativo. Os PPC de cinco cursos foram analisados por meio de uma coleta documental, e posteriormente tratados por meio de uma análise documental segundo as categorias analíticas construídas como ferramenta metodológica de uma plataforma de pesquisa a partir de dois eixos: Currículo e Perfil Profissional. A coleta também incluiu Entrevista Semiestruturada com os coordenadores dos cursos de Fisioterapia composta por perguntas que elucidaram de que forma os pressupostos das DCN presentes nos PPC se aplicam nas atividades curriculares. As informações coletadas nas entrevistas foram analisadas segundo Análise de Conteúdo (AC) na modalidade de análise temática. O Eixo Curricular pôde demonstrar que a maioria dos currículos reflete concepções conservadoras, organizados por disciplinas fragmentadas assim como atividades didáticas e metodologias de aprendizagem tradicionais; constituindo-se basicamente de processos de aprendizagem com base na transmissão do conhecimento com foco biologicista em saúde, predominando a reprodução das práticas hegemônicas da abordagem tradicional do conhecimento, por meio de metodologias de ensino centradas no professor, o que não articula com o perfil do egresso e perfil profissional presente nos PPC. Dois PPC, porém, têm construído estratégias ao longo de seu processo de implementação curricular, avançando quanto às propostas das DCN sendo que um deles informa que procura articular o objeto educacional disciplinar para o desenvolvimento de competência, na promoção de mudanças nas práticas profissionais com modelos de superação das tradições oriundas dos currículos mínimos, no desafio de construir um projeto pedagógico inovador. No Perfil Profissional os cursos contemplam em seu PPC o perfil profissional preconizado pelas DCN e alguns indicam maior foco para a área do cuidado em saúde tendo o SUS como um grande cenário. E em relação à Gestão em Saúde e Educação na Saúde a maioria dos cursos apenas cita sobre essas categorias nos objetivos do curso. O relato dos coordenadores foi fundamental para a reflexão crítica, aprofundando a análise de como essa formação vem ocorrendo e indicam a situação atual de currículos que demandam reformulação e atualizações que promovam mudanças nas práticas profissionais.

Palavras- chave: Diretrizes Curriculares Nacionais. Projeto Pedagógico de Curso. Fisioterapia.

ABSTRACT

The present study had as objective to analyze how the National Curricular Guidelines (DCN) are contemplated in the Pedagogical Projects of Courses (PPC) of graduation in Physical Therapy of the Public Universities of the State of São Paulo as well as the perception by the coordinators of the courses. It is a research of a qualitative nature, with an interpretive-explanatory purpose. The PPCs of the five courses were analyzed through a documentary collection and, later treated through a documentary analysis according to the analytical categories constructed as a methodological tool of a platform of research from two axes: Curriculum and Professional Profile. The collection also included the semi structured interview with the coordinators of the Physiotherapy courses was composed of questions that elucidated how the assumptions of the DCN present in the PPC applies in the curricular activities. The information collected in the interviews was analyzed according to Content Analysis (CA) in the thematic analysis modality. The Curricular Axis was able to demonstrate that most curricula reflect conservative conceptions, organized by fragmented disciplines as well as didactic activities and traditional learning methodologies; Basically consisting of learning processes based on the transmission of knowledge with a biological focus on health, with a predominance of the reproduction of hegemonic practices of the traditional approach to knowledge, through teacher-centered teaching methodologies, which does not articulate with the profile of the Egress and professional profile present in PPCs. Two PPCs, however, have built strategies throughout their curricular implementation process, advancing the proposals of the DCN, one of which informs that it seeks to articulate the disciplinary educational object for the development of competence, to promote changes in professional practices with models of overcoming the traditions derived from the minimal curricula, in the challenge of constructing an innovative pedagogical project. In the Professional Profile the courses contemplate in their PPC the professional profile advocated by the DCN and some indicate a greater focus for the area of the health care having the SUS as a great scenario and in relation to the Management in Health and Education in Health most of the courses only report these categories in the objectives of the course. The report of the coordinators was fundamental for critical reflection, deepening the analysis of how this formation has been occurring and indicate the current situation of curricula that require reformulation and updates that promote changes in professional practices.

Keywords: National Curricular Guidelines. Pedagogical Course Project. Physiotherapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem a partir da exploração de uma situação-problema	39
Figura 2: Arco de Charles Maguerez	39
Figura 3: Matriz de Análise: articulação das categorias analíticas para análise dos PPC à luz das DCN.	59
Figura 4: Matriz de categorias das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia RESOLUÇÃO CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cursos de Fisioterapia de Instituições de Ensino Superior públicas do Estado de SP, 2015	56
Tabela 2 – Caracterização dos cursos de Fisioterapia que participaram do estudo.....	57
Tabela 3 – Perfil dos entrevistados que participaram do estudo	57

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABF – Associação Brasileira de Fisioterapeutas
ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas
ABBR – Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
ABENFISIO – Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia
AC – Análise de Conteúdo
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CES – Câmara de Educação Superior
CFE – Conselho Federal de Educação
COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNE – Conselho Nacional de Educação
DCN – Diretriz Curricular Nacional
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
FNEPAS – Fórum Nacional das profissões da Área de Saúde
IES – Instituição de Ensino Superior
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira
MA – Metodologias Ativas
MEC – Ministério da Educação
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PPC – Projeto Pedagógico de Curso
PPGGC – Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica
PSF – Programa de Saúde da Família
SESU/MEC – Secretaria de Educação Superior/ Ministério da Educação
SP – São Paulo
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSCar – Universidade Federal de São Carlos
UNESP – Universidade Estadual Paulista
USP – Universidade de São Paulo
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1.	INTRODUÇÃO	8
1.1	Origem e desenvolvimento histórico da Fisioterapia	8
1.2	Construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Fisioterapia	10
1.3	Formação para o Sistema Único de Saúde	12
2.	JUSTIFICATIVA	18
3.	OBJETIVOS	19
4.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
4.1	Dimensão Curricular na formação em saúde	20
4.1.1	Currículo e organização do curso	20
4.1.2	Concepções de Ensino e Aprendizagem	26
4.1.3	Processos de Avaliação do estudante	40
4.2	Perfil de competência do Fisioterapeuta	44
4.2.1	Perfil Geral	44
4.2.2	Atenção à Saúde	47
4.2.3	Gestão em Saúde	50
4.2.4	Educação na Saúde	52
5.	PERCURSO METODOLÓGICO	54
5.1	Tipo de estudo	55
5.2	População de estudo e participantes	56
5.3	Instrumentos e etapas de coleta	58
5.3.1	Análise Documental	58
5.3.2	Entrevistas	60
5.3.3	Aspectos éticos da pesquisa	60
5.4	Análise dos dados	60
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICE 1	114
	APÊNDICE 2	115
	APÊNDICE 3	118
	ANEXO 1	137
	ANEXO 2	143

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação teve origem no interesse de contribuir com os estudos para a formação em Fisioterapia considerando as propostas das DCN no que diz respeito ao processo de formação em Fisioterapia.

Frente aos desafios e dúvidas vivenciados em minha profissão como fisioterapeuta, que sempre considerou a importância do cuidado integral em saúde como um compromisso, esteve sempre a necessidade de investir na construção do conhecimento para desempenhar um trabalho relevante e de qualidade.

A necessidade de continuar aprendendo ao longo da vida representa para mim não só um requisito para manter-me ativa no mercado de trabalho, mas também ter um crescimento pessoal e profissional. A aprendizagem atua como motivador de crescimento próprio, já que propicia novas oportunidades não só na carreira e qualidade de trabalho, mas também no enfrentamento de desafios e apropriação dessas experiências, convertendo-as em algo pessoal.

Ao realizar pós-graduação lato sensu em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual Paulista revisitei algumas inquietações e questionamentos gerados no início da minha trajetória profissional sobre o modelo de formação em Fisioterapia e que ainda é predominante nas Instituições de Ensino Superior apresentando-se fragmentado, desarticulado, de maneira antidialógica das aulas e com postura verticalizada dos professores o que pouco contribui para a capacidade crítica e reflexiva dos alunos e também de não se articular com as necessidades de saúde da população.

Nessa etapa de estudos desenvolvi um trabalho de conclusão do curso sobre a Educação Permanente em Saúde. Esse tema foi eleito pela possibilidade de análise, discussão e reflexão dessa ação educativa na criação de condições para as práticas de saúde auxiliando na elaboração de intervenções no trabalho e por acreditar no valor da Educação para se assegurar o desenvolvimento humano.

O que deve ser realmente prioritário na Educação Permanente é sua capacidade de refletir e transformar frente às incessáveis mudanças ocorridas nas ações e nos serviços de saúde, tendo uma íntima ligação com a formação dos profissionais e dos serviços.

Na trajetória em busca pelo pensar e agir de modo integrado e de forma transformadora na saúde e na formação dos fisioterapeutas iniciei o mestrado em Gestão da Clínica - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Universidade Federal de São Carlos o qual me propiciou o diálogo entre as necessidades que tenho vivenciado a respeito do modelo de formação da

Fisioterapia e que conduzisse à integralidade do cuidado e a um processo de aprendizagem reflexivo.

A proposta do mestrado em Gestão da Clínica focaliza a produção de conhecimento orientado às necessidades de saúde das pessoas, visando à melhoria da qualidade do cuidado em saúde, do trabalho em saúde e da educação na saúde. O programa é multiprofissional e interdisciplinar e a abordagem educacional é construtivista utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, o que pela primeira vez fez total sentido para mim e ressignificando o ensino e a aprendizagem que se apresentou como ensino problematizador, dialógico e humanista.

O interesse pela área da Educação tornou significativo para desenvolver minha dissertação na linha de pesquisa em Gestão da Educação na Saúde que focaliza a sistematização e a produção de conhecimento sobre as tendências e mudanças educacionais na graduação, pós-graduação e educação em serviço na área da saúde.

Diante do desafio da formação de profissionais de saúde, mais especificamente de Fisioterapia, de atender à realidade e às necessidades do sistema de saúde vigente, com formação generalista, humanizada, crítica e com ênfase no compromisso social e fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS é que se pautou a minha dissertação no Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (2002) representam uma política pública orientada a mudanças na formação de profissionais e nas práticas hegemônicas de atenção à saúde, marco importante na orientação e transformação do ensino e determinação da criação de um Projeto Pedagógico de Curso (PPC) com o propósito de que tal documento oriente o currículo do curso de graduação. Sendo assim, o estudo relacionado à implantação das DCN e como estão contempladas nos PPC de Graduação em Fisioterapia é importante no sentido de analisar as conquistas e desafios relacionados a um currículo orientado por competência uma vez que as DCN vêm sinalizando a necessidade da investigação educacional pautar-se em indicadores expressos em competência, habilidades, conhecimentos e saberes. O currículo, nessa perspectiva, deve articular os objetos educacionais disciplinares, para o desenvolvimento de competência, na promoção de mudanças nas práticas profissionais.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Origem e desenvolvimento histórico da Fisioterapia

O ensino de Fisioterapia no Brasil passou por várias fases de desenvolvimento ao longo dos anos, conforme o contexto histórico da Fisioterapia e da sociedade traduzindo um perfil profissional decorrente das transformações no quadro político-econômico-social da educação e da saúde no Brasil.

A Fisioterapia surgiu como profissão a partir do final do século XIX, integrando saberes teóricos e práticos basicamente de três profissões anteriormente estabelecidas: a enfermagem, a medicina e a educação física (ESPÍNDOLA ; BORENSTEIN, 2011).

Os recursos naturais, que são a base da Fisioterapia, foram utilizados pelos povos antigos posteriormente desenvolvidos como ciência e utilizados até os dias atuais.

Segundo Rebelatto e Botomé (1999), havia uma preocupação dos povos antigos (período compreendido entre 4000 a.C. e 395 d.C.), com as chamadas diferenças incômodas, hoje conhecidas por doenças. Nesta época, a ginástica era de domínio dos sacerdotes que a utilizavam com fins terapêuticos na cura de alguma doença já instalada.

A trajetória percorrida pela Fisioterapia para a formação e preparação do profissional surgiu com o propósito de reabilitar e preparar pessoas fisicamente lesadas nas grandes guerras, em acidentes de trabalho ou por doenças oriundas das condições sanitárias precárias para o retorno à vida produtiva. (REBELATTO ; BOTOMÉ, 1999).

Os cursos em Fisioterapia no Brasil cresceram de forma lenta nas décadas de 1970 e 1980, elevou consideravelmente na década de 1990 e atingiu acelerada expansão a partir de 1997.

Durante a primeira metade do século passado, o quadro epidemiológico brasileiro caracterizou-se pelo predomínio de doenças infecciosas e parasitárias, sobretudo as epidemias de varíola, malária, febre amarela, poliomielite, tuberculose e sífilis (BARATA, 2000). Essas doenças e suas sequelas ocasionaram a diminuição da mão de obra disponível, o que pressionou o Estado no sentido de garantir força de trabalho. A reação veio sob a forma do sanitarismo campanhista, que objetivava extinguir as grandes epidemias que assolavam o país.

No mesmo período o Brasil também passou por mudança de sua economia, deixando a condição de país agroexportador para adotar o modelo de produção capitalista, com o surgimento das primeiras indústrias (PAIM, 2003) o que resultaram trabalhadores acidentados e lesionados e a consequente necessidade de reinserção desses trabalhadores no mercado de

trabalho. A Fisioterapia surge nesse contexto como instrumento de reabilitação da mão de obra e sua reintegração à força produtiva. Compreendia-se, à época, a saúde como instrumento de sustentação econômica e não como direito social da população.

Assim a Fisioterapia no Brasil inicia-se no final do século XIX, com a criação do serviço de Eletricidade Médica e Hidroterapia na cidade do Rio de Janeiro: a “casa das duchas” como era conhecida. Em 1884, o médico Arthur Silva cria o primeiro serviço de fisioterapia da América do Sul no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro, dando início à história da Fisioterapia no Brasil (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Na segunda década do século XX, o médico e professor Rafael de Barros fundou, no ano de 1919, o Departamento de Eletricidade Médica na faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Posteriormente, na década de 30, o doutor Waldo Rolim implantou o serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de São Paulo e criou um Curso Técnico em Fisioterapia, que funcionou de 1951 a 1956. Nesta época, o fisioterapeuta recebia uma prescrição com a descrição da técnica a ser aplicada, seu tempo de aplicação e a intensidade e o local do corpo onde seria feita a aplicação. Com a fundação da Associação Brasileira de Fisioterapeutas – ABF, que ocorreu em 19 de agosto de 1959 houve o desenvolvimento da Fisioterapia no Brasil e a criação de seu primeiro curso superior de fisioterapia (BARROS, 2008).

A regulamentação profissional da Fisioterapia foi instituída pelo Decreto-Lei 938 de 1969 (BRASIL, 1969) e o primeiro documento oficial que define a ocupação do fisioterapeuta é o parecer nº 388/63, que designa o fisioterapeuta como auxiliar médico, restringindo-o a desempenhar tarefas sob a orientação e a responsabilidade do médico, caracterizando-o como técnico em fisioterapia, apesar da formação de nível superior, sendo, porém este parecer substituído, concedendo a este profissional a sua autonomia.

O período do reconhecimento da Fisioterapia como profissão de nível superior se deu no auge da ditadura militar no país e quando se complicavam as condições de saúde da população devido à sobrecarga epidemiológica e à deficiência do sistema assistencial brasileiro. A política de privilégio para as grandes corporações, com forte incentivo ao crescimento industrial, desenvolveu-se em paralelo à deterioração das conquistas da classe trabalhadora. O desenvolvimento da Fisioterapia aconteceu, portanto, em momento turbulento da sociedade brasileira, de forte crise no setor de saúde e com grandes implicações para a população (PAIM, 2003).

Nesse período da regulamentação da Fisioterapia, em relação ao ensino superior, os modelos de currículos eram limitados a assuntos mais gerais que promovessem uma visão

humanista das doenças e dos cuidados de saúde pelos profissionais tendendo a ser mais especializado e fragmentado. Este modelo de currículo fragmentado busca o controle do corpo, a eliminação da doença e a regulação dos modos de vida. Ao mesmo tempo em que é interventor, dominador e controlador, é também coerente com as características da racionalidade científica moderna em geral: racionalismo, mecanicismo, dualismo, fragmentarismo, metodologismo, quantitativismo e materialismo (MOURA et al., 2007).

Ao longo da história da Fisioterapia no Brasil, três propostas de currículo foram instituídas oficialmente. A primeira através da Portaria nº 511/64 do extinto Conselho Federal de Educação (CFE), a segunda pela Resolução nº 4/83 do CFE e a terceira, referente às atuais diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fisioterapia, por intermédio da Resolução CNE/CES nº 04/2002.

Portanto de 1969 até 2002, a formação em Fisioterapia esteve baseada em currículos que buscavam um profissional capaz de executar técnicas com a finalidade de reabilitar pessoas com deficiências de origens diversas. Em 2002 com a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Fisioterapia, passou-se a objetivar a formação de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde.

1.2 Construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Fisioterapia

Com a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), nº 9394, promulgada em 20 de dezembro de 1996, extinguiu-se os currículos mínimos para os cursos de nível superior no Brasil, oportunizando, desta forma, que as Universidades criassem seus currículos plenos dentro da realidade institucional, orientados pelas Diretrizes Gerais da Secretaria de Ensino Superior do MEC. As Diretrizes Curriculares específicas para cada curso e o Projeto Pedagógico da Instituição deveriam orientar a construção do Currículo para a graduação, definido pelo respectivo colegiado de curso.

A reforma curricular dos cursos de graduação foi iniciada, concretamente, pela SESu/MEC através do Edital nº 4, de 4 de dezembro de 1997, com o envio por parte das Instituições de Ensino Superior (IES) de propostas para a elaboração das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação. Os princípios orientadores adotados para as mudanças curriculares dos cursos de graduação foram:

- a) flexibilidade na organização curricular;
- b) dinamicidade do currículo;

- c) adaptação às demandas do mercado de trabalho;
- d) integração entre graduação e pós-graduação;
- e) ênfase na formação geral;
- f) definição e desenvolvimento de competências e habilidades gerais.

O texto aprovado para o curso de Fisioterapia rompe com a lógica dos currículos anteriores em relação à sua estrutura, como também com a base conceitual que o fundamenta. Os pressupostos da formação foram discutidos coletivamente, tendo como linha orientadora a necessidade de uma formação contextualizada com as questões sociais interligadas à saúde da população.

Essa nova configuração veio acompanhada com a indicação da elaboração de um projeto pedagógico, que deve ser construído coletivamente na busca de uma formação integral do estudante através da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), ao determinarem a criação de um Projeto Pedagógico de Curso (PPC), o fazem com o propósito de que tal documento oriente o currículo do curso de graduação e tenha uma identidade própria que considere o panorama político, social, econômico e cultural da sociedade, preparando o profissional para atuar na transformação da educação e da saúde (BRASIL, 2006).

A relação da DCN com o PPC concebe a ideia de que os mesmos estão situados na cadeia sequencial de procedimentos que visam às mudanças no ensino superior, na instituição e nos que fazem parte desse processo.

O PPC apresenta-se como uma forma de deixar claros os objetivos de um curso, além de orientar estratégias, por ser um instrumento integrador, que visa coordenar as ações dos diversos sujeitos envolvidos no processo coletivo (MARÇAL apud BECK, 2014).

Em relação aos conteúdos essenciais eles devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia. Os conteúdos devem contemplar: I- Ciências Biológicas e da Saúde; II- Ciências Sociais e Humanas; III- Conhecimentos Biotecnológicos; IV- Conhecimentos Fisioterapêuticos.

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 é aquele que de fato acontece em sala de aula em decorrência de um projeto pedagógico, dos planos de ensino e do posicionamento concreto dos professores.

As diretrizes curriculares foram aprovadas por meio do Parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE) nº 1.210/2001 que norteiam as Instituições de Ensino Superior (IES) na formação social e profissional das diversas áreas profissionais e a despeito de indicar uma composição curricular devem garantir ampla liberdade para a definição dos currículos plenos, formando “profissionais dinâmicos, adaptáveis às demandas do mercado de trabalho” e “aptos a aprender a aprender”. Para atender às exigências da nova LDB, as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde, que têm como objetivos:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001, p.37).

1.3 Formação para o Sistema Único de Saúde

A saúde é o setor que vem sendo submetido ao mais significativo processo de reforma de Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e avanço do movimento pela Reforma Sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional.

O SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender.

Nas considerações sobre o objeto e objetivos das diretrizes, que fazem parte de um texto comum às profissões da área de saúde, é apresentado um perfil acadêmico e profissional na direção de uma formação calcada nas discussões da Reforma Sanitária Brasileira, na busca de elementos que favoreçam, entre outras coisas, a integralidade da atenção aos indivíduos, famílias e comunidades, assim destacados:

Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001, p.22).

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001, p.22).

Foi com esses pressupostos norteadores que a formação do fisioterapeuta passou a ser proposta com maior ênfase na capacitação para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, saindo da exclusividade do atendimento individual, na perspectiva de uma formação generalista em que os estudos de outras dimensões relacionados à saúde passam a ser valorizados na formação profissional.

As DCN ainda definem o perfil na formação do fisioterapeuta:

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.4).

As DCN enfatizam os aspectos formativos, de maneira que o profissional tenha uma formação para além dos conhecimentos científicos: que se estenda a discussão de valores éticos, visão de mundo, de sociedade, de política. Para o desenvolvimento destas habilidades e competências, a matriz curricular dos cursos de graduação em Fisioterapia deve contemplar conteúdos relacionados ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados aos conteúdos que se referem à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Fisioterapia.

O pensamento cartesiano utilizado para solucionar os problemas de saúde não responde às novas demandas do sistema de saúde vigente no país. O profissional “reabilitador” teve importante papel no período pós-guerra. A partir daí a profissão do fisioterapeuta ficou estigmatizada ao longo de sua origem pelo termo “reabilitação” por ter surgido num contexto no qual a reabilitação era uma urgência para garantir o retorno dos trabalhadores às suas funções laborativas.

Segundo Vêras et al., (2013) é necessário quebrar o paradigma de o fisioterapeuta ser um profissional reabilitador entendendo que o mesmo pode atuar em uma equipe de reabilitação, mas jamais se limitar a essa atuação. Os autores referem que são necessários que

os profissionais revejam seus papéis, seus objetos de estudo e possa construir uma nova “práxis” de atenção à saúde, um modelo integral da saúde, mais humano, mais sistêmico, mais condizente com as mudanças existentes no sistema de saúde do país.

Bispo Junior (2010) refere que a formação dos profissionais do campo da saúde ainda se caracteriza pela ênfase à prática curativa, assim como o curso de Fisioterapia que em sua origem teve como finalidade formar pessoas capazes de realizar a reabilitação como instrumento da sua vivência.

O modelo cartesiano ainda é prevalente na maioria das escolas de Fisioterapia fortalecido pelo paradigma positivista do século XIX que considera apenas a dimensão somática do sujeito humano e, obedece à lógica newtoniana da causalidade linear, buscando sempre uma única causa física ou um único patógeno para explicar as doenças. Este modelo ficou, por isto, denominado “mecanicista-reducionista”, concebendo o organismo vivo e pensante apenas como uma máquina.

Segundo Copetti (2004), é insuficiente e inadequado definir o ensino superior pelo aprendizado de técnicas e de problemas já instalados limitando o fisioterapeuta a um executor de tarefas, sem capacidade para atuar com autonomia.

O processo formativo em Fisioterapia vem sendo discutido com base no ensino, pesquisa e extensão, em diversos espaços, merecendo destaque, particularmente, a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) criada em 2001, produto de proposta do XIV Congresso de Fisioterapia em 1999 e pelo movimento nacional e multiprofissional das DCN e a presença de docentes de Fisioterapia nos fóruns da Rede Unida, que se constitui em espaço para o intercâmbio de experiências.

Cabe à ABENFISIO atuar objetivando a melhoria do ensino, pesquisa e extensão de Fisioterapia no país subsidiando os PPC dos cursos de graduação e pós-graduação; adotar medidas que objetivem a formação e aperfeiçoamento do pessoal docente e dos profissionais de Fisioterapia; defender os interesses da Fisioterapia das 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 está integrada em outros movimentos que discutem a formação em saúde tais como a Rede Unida e FNEPAS.

O SUS, resultado de um processo de lutas políticas e setoriais comandadas pelo movimento sanitário brasileiro, tem o objetivo de garantir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado propondo a superação dos limites do modelo médico-assistencial privatista,

que tem como bases a especialização do profissional e a ênfase na doença e no processo de cura e norteia a formulação e a implementação de estratégias que viabilizem essa proposta.

O novo perfil epidemiológico e a nova lógica de organização do sistema de saúde sugerem a reestruturação das práticas profissionais e a redefinição do campo de atuação do fisioterapeuta pela reorientação do campo de atuação profissional da fisioterapia e as novas possibilidades de atuação no SUS como referência o modelo de atenção básica (BISPO JÚNIOR, 2010).

Com o SUS e a construção do novo modelo de atenção à saúde, este sistema como parte de uma política pública surge com novas proposições de organização da atenção à saúde, fundamentada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e objetivando consolidar os pressupostos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e dentre os desafios que enfrenta na sua implementação, está o de formação de recursos humanos para os Serviços de Saúde.

Segundo Freitas (2006) a profissão de Fisioterapia não possui registros específicos em suas entidades representativas que sinalizem a sua inserção no debate sobre as transformações ocorridas na saúde do país, até o momento em que houve a consolidação do SUS principalmente pela profissão estar voltada, durante esse período, para a autoafirmação profissional no cenário da saúde e para o desenvolvimento profissional no campo de trabalho que lhe foi apresentado desde a formulação inicial da profissão.

A intenção das diretrizes curriculares em produzir um texto único para quase todas as profissões da saúde faz pensar que, na elaboração do documento, além da aproximação entre as diretrizes do SUS com as universidades, houve a preocupação em estabelecer e/ou introduzir temas que fossem comuns a quase todos os cursos de graduação na área de saúde, que nortegassem o perfil dos egressos/profissionais de forma que fosse fortalecida uma formação com o tom generalista, independente da especificidade de cada profissão.

Freitas (2006) discorre que foi nesse cenário que houve uma espécie de apresentação da Fisioterapia às políticas públicas de saúde brasileira em que os debates coletivos sobre alguns temas históricos da saúde parecem terem “marcado encontro” com a profissão através da sua participação na formulação das diretrizes curriculares permitindo o confronto entre o isolamento até então vivido pela profissão num campo de trabalho já pré-definido pela sua história, com uma dimensão mais ampliada com outros atores da saúde, o papel social das profissões da saúde e a formulação de políticas públicas e reflexões sobre práticas de saúde, constituíam-se em elementos centrais.

As evidentes transformações sugeridas para a formação do fisioterapeuta, apresentadas pelas Diretrizes Curriculares com os referenciais do SUS balizando os seus princípios, sinalizou para a ampliação de ofertas de serviços na atenção básica à saúde da população e desafiou a Fisioterapia a uma ressignificação dos antigos valores que nortearam as práticas da profissão, prioritariamente para os níveis secundários e terciários de atenção à saúde, imersos num sentido de reabilitação em que a recuperação do “corpo-biológico” constituiu-se no seu grande objeto de trabalho.

Pela concepção e conformação assistencial curativa, a Fisioterapia destinou-se, quase exclusivamente, ao controle dos danos de determinadas doenças destinada à cura de enfermidades e/ou a reabilitação de sequelas e complicações sendo seu objeto de intervenção o sujeito individualizado, quando não, apenas partes ou órgãos isolados do corpo o que condiciona e restringe as possibilidades de intervenção em apenas um nível de cuidado, a reabilitação. O uso do termo “paciente” indica uma proposta de atuação voltada para o indivíduo doente e, portanto, já em fase de tratamento (REBELATTO, 1999).

Em decorrência de algumas características do trabalho na atenção básica ser diferente dos realizados nos outros níveis de cuidado à saúde como no tratamento e reabilitação, a profissão teve que agregar novos valores à sua prática, dentre eles, a mudança do cenário do atendimento, ações exclusivamente individualizadas, e a perda da exclusividade das ações fisioterapêuticas que se diluem e divide espaço com as ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde, prática de decisões coletivas numa perspectiva interdisciplinar e de integralidade da assistência.

Sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família, Neves e Acirole (2011) discorrem sobre a inclusão do fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família (ESF) ser um processo em construção em que a fisioterapia ainda não possui uma definição clara em relação à sua atuação, fato esse consequente de vários fatores, como: desarmonia entre a formação acadêmica e a prática profissional, e baixo nível de reflexão acerca dos conceitos básicos em saúde coletiva por parte dos fisioterapeutas. Os debates circulam de um lado onde as demandas pela incorporação não são reconhecidas; de outro, a formação não é orientada; de um terceiro, ainda se tem uma identidade em construção; e, num quarto, não há nitidez da proposta de saúde coletiva para todos os envolvidos.

Um fator importante que contribuiu na modificação do perfil do fisioterapeuta foi a implantação em 1994 do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia da Saúde da Família (ESF), com o intuito de reorientar a atenção básica, reorganizando a prática assistencialista de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo

como objetivo o atendimento ao indivíduo em seu contexto familiar, nas dimensões individuais e coletivas. Em 2008, visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, garantindo a continuidade e integralidade da atenção, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM n.º 154, de 24 de janeiro de 2008, concretizando a inserção do Fisioterapeuta e da saúde funcional na atenção básica.

Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais da ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade dessas equipes, buscando instituir a integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS de seu território, por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESF. Esse modelo deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF.

Segundo Rodriguez (2010) apesar do avanço significativo no tocante da inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica, ainda é comum associar a profissão apenas ao papel de Reabilitador o que acaba restringindo o escopo das ações que podem ser realizadas por estes profissionais na promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e de assistência. O autor aponta que o próprio termo Reabilitação não deveria mais ser utilizado como designação pela classe de fisioterapeutas uma vez que já em 2007 durante a 13.^a Conferência Nacional de Saúde em que foi aprovada uma Política Pública de Saúde Funcional pelo SUS tinha se convencionado a adoção do termo Saúde Funcional.

O mesmo autor citado anteriormente discorre que a finalidade da equipe de Reabilitação (ou de Saúde Funcional) ao trabalhar junto com as Equipes de SF é justamente a inserção social do sujeito na construção de ações que visem promover a saúde e considerem situações de risco e vulnerabilidade social, desempenhando papéis de agentes sociais, dentro de uma nova lógica de trabalho em saúde e organização de recursos humanos. O desafio em consolidar a prática da Fisioterapia na atenção básica se inicia na própria mudança da formação onde a competência do fisioterapeuta precisa ir além da boa técnica sendo preciso estar sensível às necessidades e às circunstâncias de vida das famílias envolvidas e dos colegas de trabalho.

Rezende (2009) analisando sobre o papel do fisioterapeuta na ESF entende que a integração da proposta multiprofissional depende de diversos fatores dentre eles, a reflexão sobre o “o que fazer” da profissão na Saúde da Família, tornando relevante e necessário rever a formação dos fisioterapeutas, pois podem estar reproduzindo práticas sem refletir sobre elas

e sobre o papel que elas ocupam e desempenham na dinâmica social, política, econômica e cultural do país.

Considerando que as DCN representam uma política pública orientada a mudanças na formação de profissionais e nas práticas hegemônicas de atenção à saúde, o presente estudo buscou analisar a implantação das DCN nos cursos de graduação públicos em Fisioterapia do Estado de São Paulo, sob a vigência das DCN publicadas no início do século XXI.

2. JUSTIFICATIVA

Os desafios da formação de profissionais de saúde no Brasil passam pelo alinhamento dos cursos de graduação em relação às Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN. Estas deslocaram a ideia de currículo mínimo para um currículo orientado por competência e voltado às necessidades de saúde da população.

O tema As Diretrizes Curriculares Nacionais quando alinhado à Fisioterapia, e a representação da percepção por parte dos coordenadores do curso, ainda é pouco debatido e estudado e com poucos acessos na literatura, o que o torna relevante para seu estudo já que, é um direito da formação que ainda não está bem conhecido pelos responsáveis por ela ao mesmo tempo em que é importante haver possibilidade de contribuição para o seu aperfeiçoamento e atualização.

O Estado brasileiro que apresenta maior número de cursos de graduação em Fisioterapia é o de São Paulo (27%), segundo estudo realizado por Marães et. col. (2015), assim como o maior número de cursos públicos e o mais antigo criado que data de 1967, portanto considera-se de grande representatividade para este estudo.

Diante da formação de profissionais de saúde, mais especificamente de Fisioterapia, de estarem integrados à realidade e às necessidades do sistema de saúde vigente, com formação generalista, humanizada, crítica e com ênfase no compromisso social e fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, o presente estudo se apresentou.

Alguns estudos têm abordado sobre o mesmo objeto de estudo em Fisioterapia, dentre eles podemos citar TEIXEIRA (2010), SIGNORELLI (2010), HAAS; NICIDA (2009), ROCHA (2006), FREITAS (2006), TEIXEIRA (2004).

Nesse sentido o estudo relacionado à implantação das DCN e como estão contempladas nos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) de Graduação em Fisioterapia e o discurso dos seus coordenadores foi importante no sentido de analisar as conquistas e desafios relacionados para um currículo orientado por competência uma vez que as DCN vêm sinalizando a

necessidade da investigação educacional pautar-se em indicadores expressos em competência, habilidades e voltado às necessidades de saúde da população.

O estudo realizado pretendeu contribuir para a reflexão e a implementação das DCN nos PPC de cursos de Fisioterapia de todo o país, ainda que sua análise tenha sido delineada para os cursos públicos do Estado de São Paulo, podendo favorecer novas pesquisas e em termos metodológicos possibilitar a capacidade de análise através da Matriz de Referência que aprofunda a avaliação de coerência interna do PPC, em relação às DCN.

3. OBJETIVO GERAL

Analisar os Cursos de Graduação em Fisioterapia das Universidades públicas do Estado de São Paulo à luz das DCN.

3.1 Objetivos específicos

3.1.1 Identificar de que forma as DCN estão contempladas nos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) e como os cursos de Fisioterapia fazem sua implementação, por meio de atividades de ensino;

3.1.2 Verificar a percepção dos coordenadores dos cursos de graduação em Fisioterapia, quanto às estratégias de ensino e aprendizagem, para o alinhamento da formação profissional em uma concepção ampliada de saúde conforme as DCN.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Dimensão Curricular na formação em saúde

Em relação à saúde, é importante destacar algumas mudanças ocorridas desde a Reforma Sanitária que legalizou e normatizou a saúde como direito constitucional, tendo a universalização, a equidade e a integralidade como princípios para o SUS refletido no contexto das políticas públicas e, no cenário educacional, as atualizações nos projetos pedagógicos e no ensinar Fisioterapia.

As DCN orientaram mudanças para a reorganização de um currículo orientado por habilidades e competências na composição de currículos que dialoguem com as Ciências da Vida e da Saúde; aspectos políticos-filosóficos e humanísticos; aspectos técnico-profissionais e pedagógicos o que requer o domínio de novas habilidades que conduzem para práticas integrais no fazer fisioterapêutico (ROCHA, 2006).

A evolução dinâmica do conhecimento impõe a mudança dos processos de ensino/aprendizagem, pois o atual contexto social exige mudança no modelo do cuidado em saúde e do perfil profissional.

É preciso construir um processo educacional que articule a formação profissional com as necessidades e as demandas da sociedade.

4.1.1 Currículo e organização do curso

O conceito de currículo vem sendo ressignificado na história humana, mas geralmente está interligado ao ideário de conhecimento válido, um saber legitimado em uma determinada sociedade que passa por critérios, é selecionado, segue padrões históricos e, quando elaborado, se torna uma construção social política, representante de um determinado povo. É definido como legítimo por cada momento histórico, de um saber socialmente aceito e legitimado, revelando sua dimensão social, cultural e educacional (DE SOUSA, 2013).

Se fosse inicialmente solicitada uma definição de currículo, poder-se-ia identificar uma grande variedade de definições. Estudiosos como Silva (2009) e Sacristán (2000) entre outros estão comprometidos, de forma explícita ou não, com uma época histórica, com uma corrente pedagógica, com uma teoria de aprendizagem.

Para Anastasiou (2007):

A matriz curricular substitui a grade curricular. Grade curricular é apenas a “soma das partes”, enquanto que matriz curricular constituiu-se na “articulação das antigas disciplinas em componentes curriculares, áreas ou módulos, em torno de eixos [...]”. Com isso, a matriz curricular, na perspectiva da sinergia, é maior do que a soma das partes (ANASTASIOU, 2007, p. 56).

Conforme Malta (2013) expõe que para melhor compreensão do significado do currículo no processo educacional é necessário conhecer os caminhos pelos quais percorreram seus estudos desde a sua abordagem, as teorias sobre ele, as suas principais questões e como as mesmas interferem em nossa prática percebendo a educação sob uma nova perspectiva, com visão para além dos objetivos apenas de transmissão de conteúdos, compreendendo que o currículo é cheio de intenções e significados, relações de poder e de espaço, envolvendo aquilo que somos e em que nos tornamos.

Malta (2013) refere ainda que os dois posicionamentos quanto a currículo - pluralidade de definições de currículo (ou indefinições?) e equívocos com relação à correta interpretação de currículo - mostram como se está ligado a concepções tradicionais, equivocadas ou mesmo superadas sobre o tema. O autor analisa que quando se pergunta o que é currículo, trata-se do mesmo como o pensar e o agir a respeito das seguintes questões: “Para que ensinar? A quem ensinar? O que ensinar? Como ensinar?”.

Segundo Lopes e Macedo (2013), há um aspecto comum ao que se pode chamar de currículo que é a ideia de organização, prévia ou não, de experiências/situações de aprendizagem realizada por docentes/rede de ensino de forma a concretizar o processo educativo, no entanto sem deixar de salientar que afora o conceito há outras questões que vem sendo objeto de disputas na teoria curricular.

Benfatti (2011) relata que a organização curricular abre as portas para a definição sociológica e política dos contextos, porém há forte tendência de caracterizá-lo como artefato objetivo e neutro. O currículo é, portanto, um produto político, e, quando os agentes que fazem parte desse quadro compreendem essa dimensão, tornam-se capazes de identificar suas contingências e os elementos que prevalecem na sua identidade.

Rocha (2002) comenta que a integralidade na formação e na atenção requer uma reformulação nas matrizes curriculares para muito além da retirada ou aglutinação de disciplinas, propondo mudanças para “ajustar” seus currículos, sem considerar o histórico e a importância dos avanços já obtidos na estruturação curricular por módulos integrados e articulados ao SUS.

Ceccim e Feuerwerker (2004) ressaltam a necessidade de mudanças na graduação das profissões de saúde, apontando para a (re) orientação do currículo dos cursos conforme as

diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação como uma das medidas para atender ao sistema de saúde vigente no país.

Segundo Catani et al. (2001, p.77), a questão da flexibilização curricular era vista como possibilidade de “oxigenação” dos componentes curriculares e, conseqüentemente, como expressão do projeto acadêmico de formação de cada IES, não se reduzindo às demandas e parâmetros do mercado.

Para Signorelli et al. (2010, p.332), apesar de tanta discussão, o projeto pedagógico de curso (PPC) de Fisioterapia da maioria das Instituições de Ensino Superior (IES) “parecem perpétuos, intocáveis e distantes de qualquer possibilidade de ação reflexiva que gere transformações”.

As variadas concepções de currículo trazem uma diversidade na compreensão do fenômeno curricular desde a teoria até a prática sob diferentes enfoques, porém em relação às Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação não se observa a mesma variação, pois são norteadoras para se pensar e planejar o currículo. Para tanto, as DCN podem ser consideradas como um documento que, a partir de seus princípios, norteia a elaboração de outro documento, o currículo (TEIXEIRA, 2004).

As DCN valorizam a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino, que implica na construção de currículos que preparem o profissional para trabalhar a partir das necessidades da população, num contexto de mudanças no perfil epidemiológico, adotando um conceito mais ampliado de saúde e de novas práticas baseadas em evidências científicas.

Teixeira (2004) ao analisar as concepções de currículo em relação às DCN de Fisioterapia entende que um dos fundamentos do currículo é a fundamentação filosófica como base da estrutura curricular, influenciando os objetivos, os conteúdos e a organização curricular propriamente dita sendo que a escolha do eixo filosófico de uma instituição reflete sua visão de mundo, seus princípios, suas metas.

As DCN de graduação em Fisioterapia refletem nessa visão, de forma geral, a concepção filosófica Pragmática onde o autor considera que:

[...] o referido documento apresenta um hibridismo de concepções filosóficas tradicionais e contemporâneas. Muito embora, preponderem as concepções filosóficas contemporâneas, com ênfase na Pragmática – que considera a mudança e a relativização do saber, o aprender de forma ativa, o pensar criticamente e na solução para os problemas sociais; na Progressivista – que aborda que as competências desenvolvidas incluem métodos de solução de problemas, o currículo centrado no aluno e a Educação humanista; na Reconceitualista – que também enfatiza o currículo centrado no aluno, o humanismo e os problemas sociais, além do Reconstitutivista – que também está centrada nas questões sociais (TEIXEIRA, 2004, p.72).

O hibridismo de concepções filosóficas nas referidas Diretrizes segundo Teixeira (2004) reflete uma formação acadêmica em fase de transição quanto aos compromissos teóricos até então vigentes, formação que tende a ser ressignificada.

Pensar a formação profissional em Fisioterapia na sua totalidade é compreender que o currículo é algo complexo construído no confronto de identidades e significados.

Segundo Silva (2009) “o currículo não pode ser visto simplesmente como um espaço de transmissão de conhecimentos. A escolha de determinados conhecimentos e saberes em detrimento de outros, considerados menos importantes, implicam na formação da subjetividade e identidade dos sujeitos. O currículo está centralmente envolvido naquilo que somos, naquilo que nos tornamos. O currículo produz, o currículo nos produz”.

O Currículo como formação de identidade dos sujeitos segundo Silva (2009),

[...] o currículo é considerado um artefato social e cultural. Isso significa que ele é colocado na moldura mais ampla de suas determinações sociais, de sua história, de sua produção contextual. O currículo não é um elemento inocente e neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social. O currículo está implicado em relações de poder, o currículo transmite visões particulares e interessadas, o currículo produz identidades individuais e sociais particulares (SILVA, 2009, p.7-8).

O mesmo autor reflete que é por meio das interações com o outro que a identidade se produz e dessa forma, esta luta de forças antagônicas em espaço de compartilhamento está presente no processo de construção identitária, que se elabora por meio da diferença e não fora dela.

Na concepção de currículo segundo Sacristán (2000) o ponto de análise para o estudo do currículo não é “como” ensinar, nem tanto “o que” ensinar, mas, sobretudo o “porque” ensinar destacando-se uma forte preocupação com as conexões entre currículo saber-identidade-poder. Sua definição se refere a três elementos básicos: os conteúdos que compõem os currículos, os formatos que o currículo adota e as condições nas quais ele se desenvolve. Percebe no currículo um movimento dinâmico que ocorre entre sua concepção e a sua concretização, advertindo-nos que ao pesquisar sobre o currículo necessita-se perceber as relações que se estabelecem durante esse processo e por esse motivo seu estudo precisa ser no campo prático objetivo.

Para Sacristán (2000) não é possível, no seu entendimento, uma análise estática do currículo, já que os subsistemas que o determinam não são realidades fixas, mas sim históricas. As intervenções que sofrem o currículo são, em sua opinião, exercidas por seis agentes: professores, pais, alunos, forças sociais, grupos de criadores e intelectuais.

Sacristán (2000) definiu algumas perspectivas teóricas e práticas em vista de facilitar a compreensão do currículo. São elas: o currículo como soma de exigências acadêmicas, o currículo como base de experiências, o legado tecnológico e eficientista no currículo, o currículo como configurador da prática (a ponte entre a teoria e a ação).

- O currículo como soma de exigências acadêmicas:

Nessa perspectiva, o currículo é analisado sob o ponto de vista dos conteúdos organizados em disciplinas. Nela se valoriza a tradição acadêmica no campo educacional, bem como os saberes especializados em disciplinas ou em áreas do saber. O currículo, então, concretiza-se pela listagem de conteúdos a serem trabalhados ou cumpridos em um período letivo.

As construções institucionais de pressão acadêmica como a organização dos professores, a administração acadêmica, a gestão científica acabam por impor esse modelo, embora tenhamos clareza que essa não é a melhor maneira de ensinar e de aprender.

- O currículo como base de experiências:

O interesse pelas experiências e vivências dos alunos tem relação com o movimento pela renovação da escola. O movimento da Escola Nova questionava a teoria curricular centrada em matérias, disciplinas, sugerindo um pluralismo de formas para organizá-lo, buscando também novas concepções segundo princípios democráticos.

Sacristán (2000) assinala que, partindo do pressuposto de que os aspectos intelectuais, físicos, emocionais e sociais são importantes no desenvolvimento e na vida do indivíduo, levando em conta, além disso, que terão de ser objeto de tratamentos coerentes para que se consigam finalidades tão diversas, ter-se-á que ponderar, como consequência inevitável, os aspectos metodológicos do ensino, já que destes depende a consecução de muitas dessas finalidades e não de conteúdos estritos do ensino.

A função do currículo, sob essa perspectiva, é atender as necessidades emocionais, cognitivas e sociais, proporcionando um conjunto de experiências planejadas sob a orientação da escola e do professor. Enfatiza-se então a visão da escola como uma instituição socializadora e de formação humana, cumprindo ainda o papel de prover a capacitação para o trabalho. Ou seja, um projeto global de educação, pois além dos conteúdos, o currículo abarca as experiências do estudante em atividades escolares planejadas e operacionalizadas em contextos formais de educação.

- O legado tecnológico e eficientista no currículo:

Essa perspectiva fundamenta-se na administração, na organização, na burocracia e no controle escolar imposto como padrão na escola. Trata-se de um modelo de currículo cuja

preocupação é a formação do cidadão para a vida, atendendo as demandas do mercado e tendo como ideal a obtenção de resultados e da eficiência.

- O currículo como configurador da prática:

Essa linha de pensamento centra a sua ação na dialética entre teoria e prática.

Enfatiza a prática curricular como resultado das oposições, contradições, gerando uma prática teorizada, uma prática modelar, uma reflexão crítica. A prática surge como um novo discurso em didática, buscando compreender o fenômeno ensino e aprendizagem, separando-os; ou seja, conteúdos separados de métodos, administração das ações técnicas, escola e sociedade. A teoria serve como instrumento de análise da prática e, ao mesmo tempo, para apoiar a reflexão crítica da teoria e da prática constituída nessa dialética. Essas condições são essenciais para a autonomia, tão ausentes nas teorias curriculares.

A crítica tem apontado para a dificuldade de inovações na educação e, portanto, à dificuldade dos professores serem criativos – no sentido de desenvolverem metodologias inovadoras que levem os alunos à autonomia, à emancipação e à reflexão crítica –, pois eles convivem com estruturas de escola controladoras e centralizadoras.

Segundo Grundy apud Sacristán (2000, p. 48), assinala que, para o currículo cumprir a sua função emancipadora, o jovem precisa ser visto como práxis, apoiada em uma reflexão, uma interação entre o refletir e o atuar. A práxis acontece em um mundo real em condições concretas, através de interações entre os agentes, o contexto, as condições de ensino e de aprendizagem. Logo, pode-se entender que o conteúdo do currículo é um processo social, pois ao aprender os alunos se tornam participantes, construtores de seu próprio saber.

A prática ocorre em uma situação social complexa. Cada participante do processo – os agentes – age sob a orientação de certa ordem de ações ou regras. O currículo é um artefato histórico, social, político, pedagógico e prático. Dessa forma, precisamos compreender o caráter duplo do currículo: teórico e prático. Pode-se depreender daí que ele é um fenômeno social e educativo, é a ponte entre esses dois mundos.

Essa concepção busca focar o currículo como um fenômeno que está ocorrendo, isto é, busca descrever e compreender o processo, seu desdobramento na prática.

É fundamental compreender que o currículo não deve estabelecer regras gerais, generalizações sobre o que deveria ser feito, mas adotar uma perspectiva prática e teórica. Essa relação social e cultural modela a própria prática concreta, a qual também é afetada por ela. Agora podemos compreender a complexidade e a circularidade das relações entre teoria, prática, currículo, construção social, cultural, histórica e crítica, ensino e aprendizagem.

Compreender as relações do currículo com o mundo externo e interno é um dos objetivos dessa teoria curricular.

O estudo curricular é um processo complexo que dificilmente pode ser efetivo por meio de análises isoladas das relações que o compõe. Analisá-lo implica na busca por diversas fontes de pesquisa, motivo pelo qual as fases propostas por Sacristán (2000) para a análise do currículo são contempladas nessa investigação, permeando desde as análises dos documentos curriculares e das falas dos coordenadores.

Entender o currículo como percurso e caminhada em busca de uma aprendizagem significativa, desafiadora, problematizadora, onde o aluno saia da posição de expectador ou receptor para uma construção dinâmica do conhecimento é importante para se repensar qual currículo corresponde à formação de indivíduos nessa perspectiva.

Na abordagem curricular baseada por competências busca-se romper com a desarticulação dos saberes, da avaliação exclusiva no final, centrada nos conteúdos da pedagogia da transmissão, do conhecimento que traz pouco significado para os alunos que se utilizam da memorização e do conhecimento descontextualizado para uma possibilidade de professores e alunos construírem conhecimento que desenvolva o perfil profissional voltado para as necessidades do trabalho e da sociedade.

Segundo Perrenoud (1999, p.19), “competência é a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações, etc.) para solucionar com pertinência uma série de situações”.

O currículo do ponto de vista pedagógico é um conjunto de disciplinas organizado com o intuito de alcançar uma meta em função de um planejamento educativo e não como um plano acabado e definido e seu contraponto precisa ser entendido como algo superior a tudo isso, pois a transformação do outro não é um produto a ser manipulado e alterado sem interferência alguma (CANTO, 2008).

4.1.2 Concepções de Ensino e Aprendizagem

Toda proposta metodológica traz consigo concepções, valores, crenças em relação aos processos de ensinar e aprender demonstrando que não há ação pedagógica neutra (PERES et al., 2014). Segundo o autor os docentes incorporam, geralmente, de forma inconsciente práticas de ensino que estão esvaziadas de uma fundamentação teórica que os auxilie em suas tomadas de decisão, necessitando o professor tomar posse de fundamentos sobre o indivíduo

que aprende como esse aprendizado se origina como se desenvolve e se transforma para uma experiência significativa de aprendizagem.

As concepções de aprendizagem subsidiam as práticas pedagógicas através dos pressupostos epistemológicos das correntes de pensamentos e o conceito de aprendizagem, considerando o movimento e as contradições que são inerentes a tal discussão (NEVES; DAMIANI, 2006). A partir disso, é de grande relevância compreender, mesmo que de modo sucinto, as concepções de aprendizagem que subsidiam as práticas pedagógicas e as repercussões das mesmas.

Ao explorar os conceitos e teorias refletindo sobre as mudanças sócio-educacionais e analisando as transformações ocorridas ao longo do tempo entenderemos seus reflexos na ação docente para repensar a docência e colaborar para a construção de uma prática pedagógica transformadora.

As concepções são norteadas pelas tendências pedagógicas, ou seja, a forma pela qual é compreendido o processo de ensino-aprendizagem das tecnologias eleitas como apropriada para o aprendizado das pessoas e a modificação do seu comportamento.

Grandi (1983) em texto traduzido e adaptado do artigo de Bordenave refere que:

As opções pedagógicas adotadas por um determinado contexto refletem as ideologias (e os objetivos) desse referido contexto. E muitas vezes, o interesse central não está precisamente dirigido aos fundamentos epistemológicos da pedagogia e sim aos efeitos de sua aplicação (BORDENAVE apud GRANDI, 1983, p. 261).

Sendo assim, a cada opção pedagógica, quando exercida de maneira dominante durante um período prolongado, tem consequências sobre a conduta individual e mais importante, sobre o comportamento da sociedade em seu conjunto.

Libâneo (1992) propõe concepções de escola, ensino e aprendizagem que estão apoiadas na pedagogia crítica dos conteúdos mostrando que a escola precisa ser de qualidade e acessível a todos, principalmente das classes menos favorecidas, quanto ao ensino é preciso que desperte a consciência crítica do aluno e os conteúdos estejam voltados para sua realidade assim como o papel do professor de ser o mediador, devendo estar bem preparado para aplicar os métodos didáticos.

Cabe ressaltar, conforme nos alerta Libâneo (1992), que as tendências pedagógicas não aparecem na prática cotidiana em sua forma pura, não sendo neutras nem casuais, refletindo contextos históricos, políticos e sociais próprios de visões de mundo de cada período de desenvolvimento da humanidade.

A prática da educação está sujeita a condicionante de ordem sociopolítica que implica diferentes concepções de homem e de sociedade e conseqüentemente, diferente pressupostos sobre o papel da escola e da aprendizagem.

Flack e Behrens (2009) em sua análise sobre os paradigmas educacionais e sua influencia na prática pedagógica cita que a prática pedagógica que propicie uma aprendizagem crítica e transformadora deve ser assentada em paradigmas inovadores.

Paradigma, segundo Moraes (1998) são todos os modelos e padrões compartilhados por grupos sociais que permitem explicações de certos aspectos da realidade.

Os séculos XIX e XX foram marcados pela influência do pensamento newtoniano cartesiano que segundo Behrens (2005) consistia na separação da mente e matéria e a fragmentação do conhecimento em diversas partes para buscar maior eficácia. Tal forma de pensamento levou o homem a dividir o conhecimento em quantas partes conseguisse e foi adquirindo desta forma uma visão fragmentada da realidade que o cercava.

O conhecimento, por depender de diferentes referências, é explicado também de forma diversa. Dentro de um mesmo referencial, é possível haver várias abordagens. Algumas delas apresentam claro referencial filosófico e psicológico, ao passo que outras são intuitivas ou fundamentadas na prática, ou na imitação de modelos. A complexidade da realidade educacional não deve ser tratada de forma simplista, e, portanto, deve-se ter em mente que a caracterização de abordagens é passível de contestação e limitação (MIZUKAMI, 1986).

Segundo Giusta (1985, p.26), “O conceito de aprendizagem emergiu das investigações empiristas em Psicologia, (...) levadas a termo com base no pressuposto de que todo conhecimento provém da experiência”.

A partir de uma perspectiva crítica e com base em um conhecimento consistente das bases filosóficas e epistemológicas das principais teorias em psicologia utilizadas em práticas educativas contemporâneas, Giusta (1985) propõe uma avaliação das perspectivas empirista, racionalista e interacionista em Psicologia a partir de uma visão original e transformadora.

A autora citada anteriormente critica a ênfase excessiva colocada pela teoria behaviorista sobre a modelagem do sujeito pelo ambiente, assim como critica a psicologia da Gestalt por ignorar a historicidade do sujeito psicológico. Observa que a teoria piagetiana, embora oferecendo uma perspectiva dialética na abordagem da construção do conhecimento, deixa de considerar o impacto da inserção social do sujeito nesse processo de construção. Comenta como as contribuições do psicólogo Henri Wallon e Lev Vygotsky poderiam ajudar a superar essas limitações da abordagem interacionista, por levar em consideração de forma apropriada as dimensões emocional e sociocultural dos processos de construção e de

transmissão do conhecimento, de grande relevância para as concepções e práticas educacionais.

Para a corrente do empirismo o conceito de aprendizagem segundo Giusta (1985), as características individuais são determinadas por fatores externos ao indivíduo assim como, desenvolvimento e aprendizagem se confundem e ocorrem simultaneamente. Em decorrência de sua base epistemológica, tais investigações formam o corpo do que se chama associacionismo, cuja expressão mais imponente é o behaviorismo, teoria psicológica derivada da concepção empirista. Nessa concepção, ganha sentido a definição de aprendizagem como mudança de comportamento resultante do treino ou da experiência e dissolução entre sujeito e conhecimento.

Na corrente empirista, o processo ensino-aprendizagem é centrado no professor, que organiza as informações do meio externo e são internalizadas pelos alunos, sendo esses apenas receptores de informações e do seu armazenamento na memória. O modelo de ensino é fechado, acabado, em que a noção de conhecimento consiste no acúmulo de fatos e informações isoladas, memorizadas sem significado real numa concepção de memória associacionista/empirista, em que fatos são armazenados por associação e, quando necessário, recuperados. O professor se baseia na concepção epistemológica de que o indivíduo, ao nascer, nada tem em termos de conhecimento: é uma folha de papel em branco, ou, uma tábua rasa, em que o conhecimento e a sua capacidade de conhecer vem do meio físico e/ou social, de fora para dentro onde o sujeito é totalmente determinado pelo mundo do objeto ou meio físico e social (NEVES; DAMIANI, 2006).

O impacto da abordagem empirista na educação traz o papel do ensino e da escola ser supervalorizado e a transmissão de um grande número de conteúdos torna-se de extrema relevância valorizando o trabalho individual, a atenção, a concentração, o esforço e a disciplina, como garantias para a apreensão do conhecimento.

Os empiristas acreditavam que as informações se transformam em conhecimento quando passam a fazer parte do hábito de uma pessoa.

Algumas práticas empiristas seguem presentes no dia a dia das escolas em que o conhecimento é visto por muitos como um produto que pertence ao professor. Os especialistas formulam outra crítica à corrente quando referem que nem sempre ideias simples dão elementos para compreender as mais complexas. Dito de outra forma, não basta acumular informações para aprender.

Um dos conceitos de aprendizagem que se opõe à concepção empirista tem um fundamento epistemológico racionalista e, segundo Giusta (1985, p.27) “pressupõe que todo

conhecimento é anterior à experiência, sendo fruto do exercício de estruturas racionais pré-formatadas no sujeito”. Nessa segunda concepção, a Inatista, acredita-se que o conhecimento nasce com o sujeito ou se manifesta aos poucos em estágios diferentes. Assim, o sujeito se impõe sobre o objeto do conhecimento e o todo é aprendido de forma imediata, por reestruturação do campo perceptual, não havendo contribuição da aprendizagem para a estruturação do conhecimento. Desse modo, as práticas pedagógicas, apoiam-se em técnicas que não apelam para a atividade do sujeito e o saber acumulado é simplesmente “transmitido” pelo professor e “recebido” pelo aluno.

O Inatismo sustenta que as pessoas naturalmente carregam certas aptidões, habilidades, conceitos, conhecimentos e qualidades em sua bagagem hereditária. Tal concepção motivou um tipo de ensino que acredita que o educador deve interferir o mínimo possível, apenas trazendo o saber à consciência e organizando-o.

Mesmo que a noção de aprendizado como reminiscência não encontre eco na ciência contemporânea, algumas ideias inatistas ainda surgem nas salas de aula. Para o bem e para o mal: se por um lado é interessante levar os alunos a procurar respostas para suas inquietações com independência crescente, por outro é lamentável que muitos docentes sigam explicando o baixo rendimento escolar de certos estudantes (sobretudo os de "lares desestruturados") porque eles "não têm habilidade para aprender" (SANTOMAURO, 2012). Platão diz que o homem nasce com certas características físicas e que elas justificam a posição social de cada um. Ser apto a governar ou trabalhar como auxiliar é resultado de uma vontade divina. Não se considera nenhuma possibilidade de mudança.

Para Giusta (1985, p. 27), geralmente as práticas pedagógicas se debatem entre as duas concepções de aprendizagem apresentadas, sendo muitas vezes difícil identificar em qual das duas teorias o ensino está fundamentado, pois ambas as abordagens, apesar de contraditórias, conduzem ao mesmo resultado e a práticas pedagógicas equivalentes.

O tratamento dado à aprendizagem pelas duas correntes em foco é, antes de tudo, reducionista. O behaviorismo, como toda teoria positivista, reduz o sujeito ao objeto e a teoria racionalista, o contrário.

Com o Inatismo e Empirismo apontando para lados opostos ("O saber está no indivíduo" *versus* "O saber está na realidade exterior"), o século 20 nasceu com uma tentativa de caminho do meio para explicar o aprendizado: a perspectiva Construtivista.

De acordo com a linha Construtivista, o sujeito tem potencialidades e características próprias, mas, se o meio não favorece esse desenvolvimento (fornecendo objetos, abrindo espaços e organizando ações), elas não se concretizam.

A presença ativa do sujeito diante do conteúdo é essencial, portanto não basta somente ter contato com o conhecimento para adquiri-lo. É preciso "agir sobre o objeto e transformá-lo", como diz Jean Piaget. Foi o cientista suíço quem cunhou o termo construtivismo, comparando a construção de conhecimento à de uma casa, que deve ter materiais próprios e a ação de pessoas para que seja erguida. Embora seus estudos não tenham sido feitos para aplicação em sala de aula, sendo por isso um equívoco falar em "método construtivista de ensino", suas teorias inspiraram as obras sobre educação popular de Paulo Freire.

Para que haja o avanço dos alunos, o docente precisa tomar muitas decisões como considerar as demandas da turma, propor questões e desafios e pensar formas de promover ações que gerem aprendizado.

A fim de contribuir para o problema da aprendizagem além de Piaget destacam-se teóricos como Vygotsky e Wallon numa perspectiva extremamente promissora para a superação da dicotomia transmissão *versus* produção do saber. Nessa concepção interacionista, a aprendizagem resulta do confronto e da colaboração das abordagens dos referidos teóricos, remetendo a práticas pedagógicas que se apoiam na percepção de que todo o conhecimento provém da prática social e a ela retorna, pois, sendo um empreendimento coletivo, nenhum conhecimento é produzido na solidão do sujeito, mas a ação do sujeito é tratada frequentemente como prática ou práxis, colocada no cerne do processo de aprendizagem.

Diversas abordagens teóricas procuram explicar o processo de ensino e aprendizagem através de diferentes enfoques, muitos deles relacionados com o momento histórico de sua criação e do desenvolvimento da sociedade na qual estavam inseridas e dos diversos autores que analisam e comparam as abordagens do processo de ensino e aprendizagem, destacam-se os trabalhos de Bordenave (1984), Libâneo (1982), Saviani (1984) e Mizukami(1986), que classificam e agrupam as correntes teóricas, segundo critérios diferentes.

Teorias da aprendizagem são os diversos modelos que visam explicar o processo de aprendizagem pelos indivíduos e podem ser definidos como maneiras ou processos pelos quais as pessoas aprendem ou constroem conhecimentos. Ao analisar diversas teorias de aprendizagem é possível entendê-las como visões ou valores.

Moreira (1999) define a teoria de aprendizagem como uma tentativa humana de sistematizar uma área de conhecimento, uma maneira particular de ver as coisas, de explicar e prever observações, de resolver problemas. E nesse sentido, o mesmo autor refere:

uma construção humana para interpretar sistematicamente a área de conhecimento que chamamos aprendizagem. Representa o ponto de vista de um autor/pesquisador sobre como interpretar o tema aprendizagem, quais as variáveis independentes, dependentes e intervenientes. Tenta explicar o que é aprendizagem e porque funciona como funciona. O autor citado anteriormente refere que o termo “teoria de aprendizagem”, se refere a autores que nunca pensaram em aplicar suas ideias na educação (MOREIRA, 1999, p.12).

Com o objetivo de contextualizar as teorias da aprendizagem de forma que o estudo contribua para um entendimento mais específico das necessidades dessa temática para a formação em Fisioterapia, e como existe diversidade de critérios e diferenças relativas aos principais componentes que explicam o processo educativo, no decorrer deste estudo adotamos os conceitos expostos por MIZUKAMI (1986).

Como observa Mizukami (1986, p. 1), para entendermos o fenômeno educativo, faz-se necessário refletir sobre seus diferentes aspectos: “É um fenômeno humano, histórico e multidimensional. Nele estão presentes tanto as dimensões humanas quanto a técnica, a cognitiva, a emocional, a sociopolítica e a cultural”. Consequentemente entendemos o fenômeno educativo como um objeto em permanente construção e com diferentes causas e efeitos de acordo com a dimensão enfocada.

A seguir esses aspectos são comparados segundo as diferentes opções pedagógicas, que, para Mizukami (1986, pp. 2-4), “poderiam estar fornecendo as diretrizes à ação docente, mesmo considerando-se que a elaboração que cada professor faz delas é individual e intransferível”. Estas abordagens do processo de ensino e aprendizagem, objeto de análise, são: Abordagem tradicional, Abordagem comportamentalista, Abordagem cognitivista, Abordagem humanista e Abordagem sociocultural.

Entende-se por abordagem tradicional a prática educativa caracterizada pela transmissão dos conhecimentos acumulados pela humanidade ao longo dos tempos. Essa tarefa cabe essencialmente ao professor em situações de sala de aula, agindo independentemente dos interesses dos alunos em relação aos conteúdos das disciplinas.

O professor comanda todas as ações da sala de aula e sua postura está intimamente ligada à transmissão de conteúdos. Ao aluno, neste contexto, fica reservado o direito de aprender sem qualquer questionamento, através da repetição e automatização de forma racional em que as diferenças individuais são ignoradas. Existe um distanciamento entre teoria e prática e o aluno caracteriza-se por ser passivo e de pouca atitude crítica, ou seja, existe uma submissão à dominação. Há também ausência de problematização e conhecimento da realidade do pensamento reflexivo, não coincidindo com uma transformação e participação no processo de mudança (MIZUKAMI, 1986).

O tipo de relação social entre pares é reduzido, a natureza das tarefas é de participação individual (MIZUKAMI, 1986). O ensino aprendizagem é visto como um fim em si mesmo, confirmando que este tipo de educação usa apenas um dos polos da relação: professor limita-se ao fornecimento de receituários.

Para Alarcão (2001 p.98) pode-se afirmar que na visão tradicional os professores ensinam, transmitem e explicam aos seus alunos a ciência normal disponível, não investigam propriamente. Neste contexto o bom professor é apenas um bom explicador, o aprendente uma entidade abstrata, sem rosto, nem tempo, nem lugar. A relação entre eles era de superioridade e o objetivo era a imitação do mestre. Este paradigma pensa poder determinar-se a priori os conhecimentos que o futuro cidadão precisa dominar para ser um profissional autônomo.

Uma aprendizagem por transmissão pode associar-se às perspectivas behavioristas ou comportamentais da aprendizagem. A sua visão de mundo está nos comportamentos observáveis e mensuráveis do sujeito, por exemplo, na resposta que ele dá aos estímulos externos, assim como naquilo que acontece após a emissão das respostas, ou seja, na consequência (MOREIRA, 1999).

Para os comportamentalistas, também denominados behavioristas, a experimentação planejada é o alicerce do conhecimento, ou seja, a experiência determina o conhecimento. Segundo MIZUKAMI (1986) a abordagem comportamentalista considera a experiência como a base do conhecimento, o mundo já é construído e o homem é considerado como produto do meio consequentemente que pode se controlá-lo por meio da transmissão de conteúdos. Estímulo e resposta são, portanto as unidades básicas da descrição e o ponto de partida para uma abordagem do comportamento. O estudioso contemporâneo desta abordagem é Skinner, psicólogo americano, segundo o qual "cada parte do comportamento é uma função de alguma condição que é descritível em termos físicos, da mesma forma que o comportamento". Para ele o comportamento é resultante do condicionamento operante, onde uma resposta desejada torna-se mais provável ou mais frequente quando reforçada. Skinner considera que o aluno é neutro e um recipiente de informações, desenvolvendo modelos que implicam recompensa e controle e direcionados para os aspectos observáveis e mensuráveis da educação.

Os comportamentalistas consideram que o conhecimento é o resultado direto da experiência, e o homem, uma consequência das influências ou forças existentes no meio ambiente, ou seja, um produto de um processo evolutivo.

O surgimento do behaviorismo aconteceu como uma reação ao mentalismo, tendo em vista que esta abordagem não recorre a nenhuma hipótese sobre quaisquer atividades mentais

entre os estímulos e a respostas dados. A sua visão de mundo está nos comportamentos observáveis e mensuráveis do sujeito, por exemplo, na resposta que ele dá aos estímulos externos, assim como naquilo que acontece após a emissão das respostas, ou seja, na consequência (MOREIRA, 1999).

Do ponto de vista educacional devem-se transmitir conhecimentos, habilidades, comportamentos por meio da experimentação. Os modelos são estruturados e controlados de forma a atingir os objetivos propostos. Para que isso ocorra são necessários os reforços que podem ser positivos de forma a se condicionar o aluno a apresentar respostas ou comportamentos desejáveis, ou negativos para levar à extinção uma resposta indesejável apresentada pelo aluno. Ao professor cabe planejar, estruturar e controlar os meios pelos quais se deseja atingir os objetivos propostos. Os reforços podem ser, por exemplo: notas, elogios, distinções e prestígio.

O processo ensino-aprendizagem não pressupõe a participação do aluno na decisão do que aprender e o controle dos meios é total por parte dos que decidem sendo que as interações do indivíduo com o meio, decorrentes de suas percepções, impulsos e outras situações não mensuráveis e observáveis, não são considerados.

Outras teorias com diversas variáveis de interesse e teóricos representativos, que compartilham muitas crenças dos behavioristas e que também usam conceitos biológicos ou mentais serviram de transição para a linha de atuação teórica chamada de cognitivismo. A filosofia cognitivista enfatiza exatamente aquilo que é ignorado pela visão behaviorista: a cognição, o ato de conhecer; como o ser humano conhece o mundo. O seu surgimento se dá praticamente na mesma época do behaviorismo, em contraposição a ele.

A abordagem cognitivista sendo uma abordagem interacionista, se caracteriza pela capacidade do aluno de integrar informações e processá-las. Denominada processos centrais do indivíduo: organização do conhecimento, processamento de informações estilos de pensamento ou estilos cognitivos, comportamentos relativos à tomada de decisões.

Segundo MIZUKAMI (1986), esta teoria estuda cientificamente a aprendizagem como sendo um produto do meio ambiente, das pessoas ou de fatores externos ao aluno. Tem certa preocupação com as relações sociais, contudo dá maior ênfase à capacidade do aluno absorver as informações e processá-las.

Dentre as contribuições teóricas mais importantes para o desenvolvimento da teoria cognitivista estão as de Jean Piaget e Lev Vygotsky. Estes teóricos não desenvolveram propriamente uma teoria da aprendizagem, mas seus estudos serviram de pressuposto para

teóricos do campo educacional, que se apropriando desse referencial elaboraram e desenvolveram a teoria da aprendizagem construtivista.

Dentro desta tendência o objetivo da educação não é a transmissão de informação, verdades ou demonstração, e sim que o aluno aprenda por si mesmo a verificar a veracidade destas informações e que ao mesmo tempo repense e as recrie de forma real, tendo como meta final a autonomia intelectual do aluno assegurada pelo desenvolvimento de sua personalidade de instrumento lógico-racional. A relação professor-aluno deve ser horizontal, ou seja, reciprocidade intelectual, cooperação moral e racional. Cabe ao professor evitar rotina, fixação de respostas e hábitos. Na teoria cognitivista o aluno parte do senso comum e vai se estruturando, construindo seu saber.

Vigotsky segue uma linha sócio-interacionista, pois, afirma que o sujeito constrói o conhecimento na interação com o meio físico e social, e essa construção vai depender tanto das condições do indivíduo como das condições do meio o que contrapõe à ênfase dada por Piaget em que defende que os fatores biológicos são preponderantes sobre os sociais somente no início da vida, pois, aos poucos, as interações com seu grupo social e com objetos de sua cultura passam a governar o comportamento e o desenvolvimento do pensamento (NEVES e DAMIANI, 2006).

A abordagem humanista a ênfase está no sujeito. O ensino é centrado no aluno, na personalidade do indivíduo, o professor não transmite conteúdo é facilitador do conhecimento, que deve respeitar o aluno tal como é e compreender os sentimentos que ele possui e o aluno é o sujeito da ação que aprende por meio de suas experiências através da interação com o meio. É atribuído ao sujeito o papel central na elaboração e criação do conhecimento e a escola devem oferecer condições que possibilitem a autonomia do aluno, respeitá-lo tal como é para que ele possa se desenvolver (MIZUKAMI, 1996).

Na abordagem humanista dá-se ênfase a relações interpessoais e embora a centralização esteja no indivíduo é importante salientar que a visão geral é do grupo, o indivíduo procura adequar-se para uma melhor aceitação das pessoas com as quais quer se relacionar. Mizukami (1996) ressalta que, de acordo com essa abordagem, o homem, “não é um resultado, cria-se a si próprio”, porém em situações de sala de aula e mesmo em outras vivências o que se pode notar é que ele não vive isolado, a influência do meio e a necessidade de aproximação com outras pessoas o fazem “modelar-se” constantemente.

O ser humano tem como objetivo a auto-realização ou uso pleno de suas potencialidades e capacidades. A finalidade da educação primeiramente seria a criação de condições que facilitem a aprendizagem de forma que seja possível seu desenvolvimento tanto intelectual

como emocional. Ou seja, seria a criação de condições nas quais os alunos pudessem tornar-se pessoas de iniciativa, responsabilidade e autodeterminação (MIZUKAMI, 1986).

A filosofia humanista vê o ser que aprende, primordialmente, como pessoa e a aprendizagem influi nas escolhas e atitudes do indivíduo. Essa orientação gerou o “ensino centrado no aluno” e as “escolas abertas”. Um humanismo mais viável para sala de aula, hoje, é a aprendizagem significativa, que subjaz a integração construtiva de pensar, sentir e agir, engrandecendo o ser humano. O aprendiz é visto como um ser que pensa, sente e age de maneira integrada, e é a aprendizagem significativa que torna positiva esta integração, de modo a levá-lo à auto realização, ao crescimento pessoal (MOREIRA, 1999).

A abordagem sociocultural enfatiza aspectos sócio-político-culturais, aliado a ênfase dada ao fenômeno da cultura popular, caracterizada por uma tendência interacionista sujeito-objeto, em que o homem é o sujeito da educação, elaborador e criador do conhecimento, um sujeito que cria e recria sua própria história.

Na abordagem sociocultural destaca-se na categoria homem e mundo uma importante observação a respeito da capacidade do homem ser o sujeito transformador da sua própria educação “através da reflexão sobre seu ambiente concreto: quanto mais o indivíduo reflete sobre a realidade, sobre a sua própria situação concreta, mais se torna progressiva e gradualmente consciente, comprometido a intervir na realidade para mudá-la” (MIZUKAMI, 1986, p.86).

A abordagem sociocultural ou libertária elimina pela raiz as relações autoritárias, onde não há escolas nem professor, mas círculos de cultura e um coordenador cuja tarefa essencial é o diálogo. O educador, cujo campo fundamental de reflexão é a consciência do mundo, cria, não obstante, uma pedagogia voltada para a prática histórica real. O representante mais significativo da abordagem libertária é Paulo Freire, com o método de alfabetização de adultos.

Segundo Freire (1987), o educador e educando são sujeitos de um processo em que crescem juntos, porque ninguém educa ninguém, ninguém se educa; os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. O coordenador jamais influi ou impõe, a participação dos educandos é livre e crítica. O diálogo é a essência desta educação. A relação professor e aluno são horizontais e não imposta. O homem assumirá a posição de sujeito de sua própria educação e, para que isto ocorra, deverá estar conscientizado do processo. O professor procurará desmitificar e questionar com o aluno, a cultura dominante, valorizando a linguagem e cultura deste, criando condições para que cada um deles analise seu contexto criando cultura.

Segundo Mizukami (1996), de forma geral tanto o cognitivismo, humanismo e comportamentalismo apresentam aspectos escolanovistas que os colocam contra a escola tradicional. Outro elemento a ser considerado é a ligação entre o desenvolvimento intelectual e os ideais apregoados pelo ensino tradicional elaborado através dos séculos. A autora conclui que de todas as abordagens consideradas obteve-se quase plenamente preferência dos professores pela abordagem cognitivista por que esta abordagem se baseia numa teoria de desenvolvimento em grande parte válida, e também a abordagem sociocultural que complementa o desenvolvimento humano e genético com aspectos socioculturais e personalistas.

As DCN apontam os conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais e específicas no curso de Fisioterapia no Artigo 6º relacionados 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 em torno de quatro eixos estruturantes para o exercício profissional, garantindo a participação do aluno em todas as atividades previstas. No Artigo 9º relata que o projeto pedagógico deve ser centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem buscando uma formação integral do estudante.

Em seu Artigo 10º relata que o currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

Portanto pode-se inferir que o processo de aprendizagem que conseguirá atender a formação desejada pela DCN é bastante amplo e complexo.

Ainda como elementos da estrutura curricular, as DCN apontam o desenvolvimento de metodologias que ressaltem a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento, sendo que a função principal do educador, nesta abordagem educacional, passa a ser a de mediador/facilitador, capaz de criar situações e condições de aprendizagem a fim de construir saberes a partir dos conhecimentos prévios que os estudantes trazem diante de situações-problema apresentadas, sejam reais ou simuladas (CONASEMS, 2008).

Os modelos crítico-reflexivos, o estudante é construtor de seu conhecimento, indagando sua própria prática formando um profissional reflexivo, capaz de “interagir com o conhecimento de forma autônoma, flexível” (DELLA BARBA et al. apud ALARCÃO, 2012).

Esses modelos implicam currículos integrados e organizados por módulos de ensino (em substituição a currículos estruturados em e por disciplinas), com relações mais

horizontais e democráticas entre alunos e professores, fundamentando-se em uma filosofia educacional superada à da pedagogia tradicional.

A metodologia problematizadora é uma abordagem educativa nesse sentido, pois caracteriza uma postura educacional crítica sobre os elementos da realidade vivida pelos sujeitos do processo, além de considerar os problemas do cotidiano como oportunidades para a construção de hipóteses que busquem soluções da ação-reflexão-ação (BORDENAVE, 1994; VASCONCELOS et. al., 2009).

Logo, as ações educativas que utilizam problematização desenvolvem momentos de construção coletiva por significação, nos quais as diferentes situações da realidade observada e vivida são compartilhadas entre os participantes do grupo, que democratizam saberes, experiências e propostas.

Destacamos duas propostas que trabalham intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensinar e aprender que são a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Metodologia da Problematização (MP) entendendo que os problemas constituem um dos pontos comuns das duas propostas, mas com abordagem distinta dos mesmos pelos integrantes do processo de ensino-aprendizagem (BERBEL, 1998).

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é um método pelo qual o aluno utiliza a situação problema como estímulos para aprender. O professor apresenta aos alunos um problema pré-elaborado por uma comissão de especialistas com temas essenciais para cumprir o currículo com conteúdos ou disciplinas tratados de modo integrado. Após análise inicial do problema, os alunos definem seus objetivos de aprendizagem e buscam as informações necessárias para abordá-lo e então discutem o que encontraram e compartilham o que aprenderam. O esforço dos professores deve ser em propiciar modelos e cenários de ensino que permitam o trabalho e a aprendizagem em níveis adequados de complexidade e relevância.

Trata-se de uma proposta que direciona toda a organização curricular e exige mudanças estruturais complexas, pois é uma opção da instituição.

A ABP propõe-se a preparar cognitivamente os alunos para resolver problemas relativos a temas específicos do ensino da profissão onde o problema é apresentado aos alunos pelo professor-tutor. Na ABP, o problema e os seus objetivos de aprendizado já estão definidos para o professor-tutor antecipadamente; seu trabalho refere-se mais a dar sequência aos objetivos na discussão dos problemas (CYRINO, 2004).

A ABP, seguindo esquema da espiral construtivista, está descrita na (figura 1).

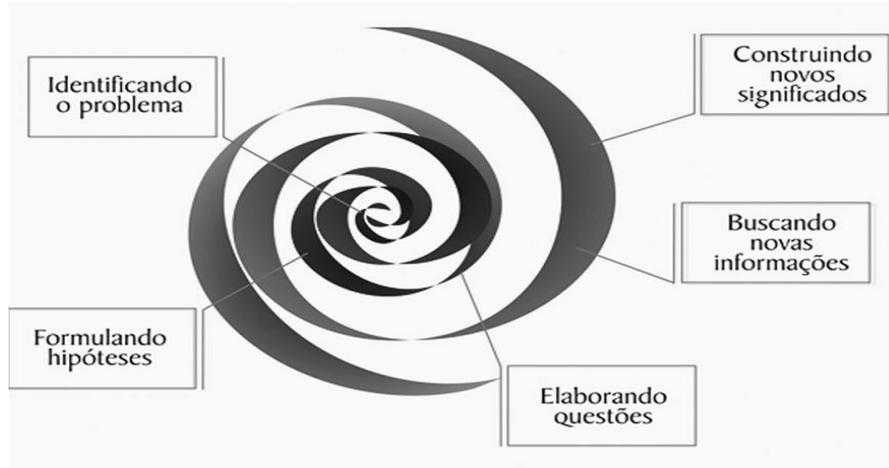


Figura 1 –Espirala construtivista do processo de ensino-aprendizagem a partir da exploração de uma situação-problema (LIMA, 2002).

A metodologia da problematização (MP) é um modelo de ensino comprometido com a educação libertadora, que valoriza o diálogo, desmistifica a realidade e estimula a transformação social através de uma prática conscientizadora e crítica. Os problemas estudados precisam de um cenário real, para que a construção do conhecimento ocorra a partir da vivência de experiências significativas (CYRINO, 2004).

Bordenave e Pereira (2004) utilizam o diagrama, denominado Método do Arco por Charles Maguerez, para representá-la, o qual é constituído pelos seguintes movimentos (Figura 2): observação da realidade, postos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.



Figura 2: Arco de Charles Maguerez (apud BORDENAVE e PEREIRA, 2004).

A MP possui cinco etapas. A primeira é a observação da realidade: a partir do tema de estudo designado pelo professor, os alunos identificam os problemas da realidade social. A segunda etapa é a identificação dos pontos-chave: o aluno parte de informações prévias para refletir sobre as causas e determinar os pontos essenciais do problema. Na terceira fase, a teorização, os alunos buscam conhecimentos científicos e informações fundamentais para compreender as manifestações empíricas e os princípios teóricos dos problemas. A quarta fase é a formulação de hipóteses de solução: o aluno analisa a viabilidade de aplicação das soluções estudadas para os problemas identificados. A última etapa é a aplicação à realidade, na qual o aluno põe em prática as soluções mais viáveis do estudo. Esta é uma característica essencial da problematização e independe do grau de impacto das soluções na sociedade (BORDENAVE; PEREIRA, 2004).

4.1.3 Processo de Avaliação do estudante

A LDB, aprovada em 1996, determina que a avaliação do aluno seja contínua e cumulativa e que os aspectos qualitativos prevaleçam sobre os quantitativos. Essa nova forma de avaliar põe em questão não apenas um projeto educacional, mas uma mudança social, que não é apenas técnica, mas também política, pois, a avaliação formativa serve a um projeto de sociedade pautado pela cooperação e pela inclusão, em lugar da competição e da exclusão. Para que a avaliação sirva à aprendizagem é essencial conhecer cada aluno e suas necessidades, a fim de pensar em caminhos para que todos alcancem os objetivos. O importante, não é identificar problemas de aprendizagem, mas necessidades (PELLEGRINI, 2008).

Com o propósito de formar profissionais qualificados, em condições de aprendizagem permanente num contexto de transformações, a compreensão da avaliação educacional exige a atenção dos educadores e de toda sociedade não apenas à dimensão pedagógica, mas, sobretudo, à dimensão social e política da avaliação, no sentido de retomar as concepções de democracia, de cidadania e de direito à educação (HOFFMANN, 2001).

Para Zabala (1998), a prática educativa implica mudanças nos conteúdos e no modo de avaliar, ao considerar as finalidades do ensino, de acordo com um modelo centrado na formação integral da pessoa. A proposta curricular deve se fundamentar em projetos de intervenção adaptados às necessidades de sua realidade educativa, estilo profissional, propostas singulares e valendo-se de recursos variados, de modo a integrar as unidades de aprendizagem construídas pelos professores.

A avaliação não é uma ciência exata pelo que a subjetividade é uma característica inerente à avaliação das aprendizagens e estará sempre presente (PACHECO, 2002, p. 56). Podemos assim deduzir que o processo avaliativo se revela bastante complexo e não se pode dissociar das atividades e do ambiente de aprendizagem construído; implica também que o aluno tome parte na avaliação da sua aprendizagem e que os professores se inteirem da compreensão dos alunos durante o processo.

De modo geral e simplificado, podemos reduzir as concepções de avaliação em dois grandes grupos antagônicos que se diferenciam nas visões de mundo positivistas ou dialéticas. A primeira, correspondente a um sistema educacional perseguidor de verdades absolutas e padronizadas, na qual a teoria de avaliação será baseada no julgamento de erros e acertos que conduzem a premiações ou castigos. Já a segunda visão, encara a vida como um processo, tendendo para uma teoria dialética do conhecimento engendradora de uma concepção educacional preocupada com a criação e transformação. Caracteriza-se como uma concepção avaliadora de desempenhos, em situações específicas e cujos sucessos ou insucessos são importantes para a escolha de alternativas subsequentes (ROMÃO, 1998).

Hadji discute a possibilidade de uma avaliação que seja “capaz de compreender tanto a situação do aluno quanto de “medir” seu desempenho; capaz de fornecer-lhe indicações esclarecedoras, mais do que oprimi-lo com recriminações; capaz de preparar a operacionalização das ferramentas do êxito, mais do que resignar a ser apenas um termômetro (até mesmo um instrumento) do fracasso” (HADJI, 2001, p. 9) seriam meios de uma pedagogia, enfim, eficaz. A avaliação serviria, portanto para levar o aluno à compreensão de seus erros e não mais cometê-los, e progredir, ao invés de ser tida como “perda de tempo” ou “peso desnecessário”. É nessa direção que se fala em evolução na questão da avaliação.

Segundo Hofmann (2000) a avaliação mediadora propõe uma ação reflexiva da aprendizagem, ao invés de uma avaliação classificatória, de julgamento de resultados e se desenvolve em benefício ao educando que é de encaminhar-se da reflexão à ação.

Na visão tradicional da avaliação, a classificação do aluno se dá a partir do processo corretivo, ou seja, decorrente da contagem de acertos e erros em tarefas, atribuindo médias finais aos alunos, já na ação avaliativa mediadora Hofmann (2000) apresenta alguns princípios coerentes a essa avaliação como oportunizar aos alunos muitos momentos de expressar suas ideias; oportunizar discussão entre alunos a partir de situações desencadeadoras; realizar várias tarefas individuais; fazer comentários sobre as tarefas dos alunos, ao invés de atribuição de pontos e do certo/errado; transformar os registros de

avaliação em anotações significativas sobre o acompanhamento do aluno em seu processo de construção de conhecimento.

Determinadas posturas levam a refletir o significado dessa prática secular de correção de tarefas e provas pelos professores em que Hofmann (2000) aponta duas posturas que naturalmente se opõem: Avaliação classificatória: corrigir tarefas e provas do aluno para verificar respostas certas ou erradas, tomada de decisões quanto ao seu aproveitamento escolar, aprovação ou reprovação (prática avaliativa tradicional) e a Avaliação mediadora: que analisa teoricamente as várias manifestações dos alunos em situação de aprendizagem, para acompanhar as hipóteses da formulação de respostas sobre determinado assunto. Este tipo de acompanhamento visa o acesso gradativo do aluno a um saber competente na escola e sua promoção a outras séries e graus de ensino.

A perspectiva de avaliação mediadora pretende, essencialmente, opor-se ao modelo do “transmitir-verificar-registrar” e evoluir no sentido de uma ação reflexiva desafiadora do educador em termos de contribuir, elucidar, favorecer a troca de ideias entre e com seus alunos, num movimento de superação do saber transmitido a uma produção de saber enriquecido, construído a partir da compreensão dos fenômenos estudados.

As modalidades de avaliação do aluno mais conhecidas são a avaliação formativa e avaliação somativa.

A avaliação formativa é a modalidade avaliativa que acompanha permanentemente o processo de ensino-aprendizagem e que segundo Perrenoud (1999), contribui para melhorar as aprendizagens em curso. O mesmo autor coloca que é formativa toda avaliação que ajuda o aluno a aprender e a se desenvolver, participando da regulação das aprendizagens e do desenvolvimento no sentido de um projeto educativo.

A avaliação formativa se materializa nos contextos vividos pelos professores e alunos e possui como função, a regulação das aprendizagens. Para ocorrer essa regulação, é necessário que ela trabalhe com procedimentos que estimulem a participação dos autores do processo. Ela baseia-se em princípios, que decorrem do cognitivismo, do construtivismo, do interacionismo, das teorias socioculturais e das sociocognitivas. Ela trabalha sob a ótica das aprendizagens significativas.

A avaliação formativa é fundamentada no paradigma construtivista. Na perspectiva construtivista, as pessoas desenvolvem construções por meio dos significados e dos sentidos que atribuem aos fenômenos, que as rodeiam, nos contextos em que vivem, havendo múltiplas realidades resultantes dessas construções. É uma perspectiva relativista, pois se destina à compreensão dos processos cognitivos e metacognitivos dos alunos e os de ensino.

Para alcançar a finalidade da avaliação formativa é necessário que professores e alunos assumam responsabilidades específicas no processo avaliativo. Como chama atenção PERRENOUD (1999): "(...) a avaliação formativa demanda uma relação de confiança entre alunos e professores" (p. 96). Ela exige da parte dos professores a capacidade de fazer as articulações necessárias para possibilitar a regulação das aprendizagens.

A avaliação somativa tem como objetivo estabelecer balanços confiáveis dos resultados obtidos ao final de um processo de ensino aprendizagem. Destaca a coleta de informações e a elaboração de instrumentos que possibilitem medir os conhecimentos a serem avaliados (BALLESTER, 2003, p. 32).

Tem, essencialmente, uma função social de assegurar que as características dos estudantes respondam às exigências do sistema. Mas também pode ter uma função formativa de saber se os alunos adquiriram os comportamentos previstos pelos professores e, em consequência, tem os pré-requisitos necessários para aprendizagens posteriores ou para determinar os aspectos que deveriam ser modificados em uma futura repetição da mesma sequência de ensino aprendizagem.

Lima (2005) destaca que resignificar a avaliação no processo educacional é um eixo estruturante nas mudanças curriculares necessitando torná-la uma atividade inerente ao processo educacional e, por isso, contínua e sistematizada reconhecendo-a como uma das atividades educacional mais expressiva do ponto de vista da mobilização dos aprendizes e estratégica pela análise integradora dos atributos pessoais em relação aos resultados obtidos orientados à avaliação da prática profissional. O autor conclui que deve ser assegurada a coerência entre as avaliações de processo (formativas) e as avaliações que definem a progressão dos estudantes (somativas) e dessas duas com o perfil profissional desejado e os princípios filosóficos, pedagógicos e ideológicos do programa.

O processo educacional que está centrado no desenvolvimento de competência e habilidades, que considera o diferente e que busca, a partir do reconhecimento, uma instrução individualizada, não pode estar vinculado à avaliação tradicionalmente utilizada baseada em notas ou normas (avaliação norma-referenciada) não sendo possível aceitar a simples obtenção pelo estudante da nota suficiente para aprovação como um padrão aceitável de desempenho, pois não informa sobre a real capacidade do estudante na realização das tarefas exigidas. Se o propósito é determinar se o estudante tem ou não domínio das competências desejadas, a avaliação deve ser critério-referenciada com base em um padrão de critérios que indicam a concretização de objetivos educacionais preestabelecidos em termos absolutos e

não uma avaliação que indica a posição relativa que o estudante ocupa dentro do grupo (NEVES et al., 2006).

As novas exigências na formação profissional em saúde estão refletidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em várias carreiras para um novo perfil profissional fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competência dos egressos desses programas, entretanto não há nenhuma explicitação da concepção de competência utilizada, e segundo Lima (2005) existe, ainda, certa confusão no emprego dos termos competência e habilidades.

É necessário destacar que as diferentes modalidades de avaliação se distinguem mais pelos objetivos do que pelos instrumentos utilizados. O mesmo instrumento pode ser útil para diferentes modalidades de avaliação, a finalidade para que se coletou e analisou a informação é que determinará o tipo de avaliação efetuada.

A avaliação formativa não é alternativa à avaliação somativa, mas complementar e só tem sentido, se os seus resultados permitirem tanto a alunos quanto a professores, uma reflexão sobre os processos pedagógicos desenvolvidos.

A avaliação é parte integrante do processo de ensino e aprendizagem efetivado dentro das instituições de ensino e somente poderá cumprir o seu verdadeiro papel na melhoria do processo de aprendizagem considerar a categoria da totalidade, inserindo-a num contexto muito mais amplo, pois, a natureza de seu processamento e de seus resultados está em estreita relação com variáveis contextuais: educação e sociedade, contexto social, político e econômico. É fundamental, então, levar em conta o papel das variáveis contextuais no processo ensino/aprendizagem assim como na avaliação (SOUZA, 2012).

4.2 Perfil de competência do Fisioterapeuta

4.2.1 Perfil Geral

Perfil Geral compreende as capacidades gerais esperadas na atuação do profissional. Segundo as DCN, o perfil geral deve ser de um generalista, humanista, crítico e reflexivo, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

As DCN do curso de Fisioterapia em seu Artigo 3º define o perfil do egresso/profissional de Fisioterapia:

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).

Segundo o site institucional do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO),

Fisioterapeuta é um Profissional de Saúde, com formação acadêmica Superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Fisioterapêutico), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço. Atividade de saúde, regulamentada pelo Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Resoluções do COFFITO, Decreto 9.640/84, Lei 8.856/94.

Segundo Bispo Junior (2009) toda formação profissional mantém estreita relação com o mundo laboral, ou seja, a forma de organização dos serviços de saúde, aliada aos valores sociais vigentes e ao modelo econômico e político, influencia diretamente a formação e o perfil dos profissionais da área, porém é importante ressaltar que a universidade tem destacada responsabilidade na condução da formação profissional voltada para a resolução dos problemas e necessidades sociais, e não apenas para o atendimento às regras estabelecidas pelo mercado privatista.

Entre os profissionais de saúde, o modelo de formação neoliberal-capitalista encontrou sólido alicerce no já estruturado modelo flexneriano-biologicista-privatista, que privilegiou o tecnicismo em detrimento das preocupações sociais e se fundamentou nos princípios da fragmentação, da especialidade e da cura (PAIM, 2003).

Com relação aos fisioterapeutas, esse problema é ainda mais agravado em virtude de a atuação desses profissionais voltarem-se mais para o nível terciário com formação direcionada para a doença visto como ‘o profissional da reabilitação’, ou seja, aquele que atua exclusivamente quando a doença, lesão ou disfunção já foi estabelecida (GALLO, 2005).

A Fisioterapia 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 e para uma atuação capaz de transformar as necessidades coletivas, precisa redimensionar seu objeto de

intervenção, aproximando-se do campo da promoção da saúde e do movimento da saúde coletiva sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação.

Em relação ao perfil dos profissionais fisioterapeutas, observa-se clara hegemonia de formação com perfil curativo-reabilitador privatista, condição originária da criação da profissão, para só a partir do início do século XXI surgirem as primeiras iniciativas para a mudança do modelo de formação.

Do ponto de vista epidemiológico e sanitário, duas características principais marcaram a década: a consolidação da transição epidemiológica com as doenças infecciosas e parasitárias e com as doenças da modernidade e a criação do SUS.

A Fisioterapia cresceu muito em relação ao *status* profissional ampliando suas especializações e seu campo de atuação, principalmente no nível terciário de atenção e sob a lógica privatista da assistência, condição afetada e estimulada pelo crescimento da assistência privada e suplementar, em paralelo ao desenvolvimento do sistema público, universal e integral e também pelo aumento do número de cursos. Esses fatores têm contribuído para a dificuldade de ampliação do campo de atuação da Fisioterapia, em virtude do inadequado perfil profissional para atuação em outros níveis (BISPO JUNIOR, 2009).

Silva e Da Ros (2007) chamam a atenção para a limitada compreensão, por parte de profissionais e estudantes, das possibilidades de atuação do fisioterapeuta na atenção básica.

Segundo Meyer et al., (2006), a estrutura, a metodologia de ensino e a organização curricular dos cursos de Fisioterapia ainda não se baseiam nas demandas sociais e nas políticas públicas de saúde, e existe pouco envolvimento dos discentes e docentes com políticas institucionais e governamentais.

No início do século XXI parece haver o despertar para a necessidade de redimensionamento do modelo de formação em Fisioterapia e da construção de outro perfil profissional citando a criação da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), entidade que congrega docentes, discentes e coordenadores de cursos de graduação e aprofundam os debates sobre a formação em Fisioterapia e novas propostas e abordagens de ensino apontam com formação fundamentada nos princípios do SUS e articulada com os saberes da saúde coletiva.

Com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Fisioterapia, instituído pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) em 2002 sendo um marco importante na orientação e transformação do ensino definindo princípios, fundamentos e condições para a formação em todas as instituições nacionais de ensino configurando instrumento imprescindível para a garantia da qualidade do ensino, pois estabelecem padrões

mínimos nacionais e direcionam a formação de acordo com realidade epidemiológica e com os novos modelos de atenção à saúde. O perfil do profissional egresso deve revelar-se generalista com formação crítica, humanista e reflexiva, e com capacitação para atuar em todos os níveis de atenção à saúde.

Segundo Bispo Junior (2009) cabe à Fisioterapia promover mudanças profundas, de natureza conceitual e epistemológica, sobre seus saberes e campos de prática e apresentar, entendendo que a visão mercadológica de ampliação da atenção básica é insuficiente para promover mudanças no perfil do profissional que deve voltar-se não mais para atender às demandas do mercado, mas, sobretudo, para atender às necessidades da sociedade.

4.2.2 Atenção à Saúde / Integralidade e Interdisciplinaridade

Atenção à Saúde compreende as capacidades relacionadas à assistência ou atenção à saúde em Fisioterapia.

De acordo com as DCN no Art. 4º a formação do fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2002).

Segundo Ayres (2009) existem importantes aspectos envolvidos nas tensões experimentadas no cotidiano da atenção à saúde como econômicos, culturais, políticos e institucionais, porém focalizando mais na dimensão tecnológica o autor subdivide a análise em três planos considerando as tendências mais recentes das tensões e movimentos de reconstrução experimentados no SUS, são eles: núcleo do “saber”, dos conceitos, teorias e seus fundamentos epistemológicos que instruem os modelos de prática; a aplicação ou modo de operar da “técnica” propriamente dita; e o aspecto da “ética”, que são os valores que têm orientado as práticas.

A compreensão de atenção à saúde está relacionada à organização estratégica do sistema e das práticas de saúde de acordo com as necessidades da população, expressa em políticas, programas e serviços de saúde de acordo com os princípios e as diretrizes que estruturam o SUS.

O direcionamento da atuação destinado ao coletivo de pessoas potencializa os resultados das ações de saúde, pois além de inibir o surgimento e desenvolvimento de doenças evitáveis, busca transformar as condições de vida dos grupos populacionais. É necessário que o profissional fisioterapeuta possa atuar em equipe multidisciplinar e utilize de conhecimentos de outras áreas do saber, já que os conhecimentos da Fisioterapia tradicional são insuficientes para os diagnósticos da situação/condição de risco.

Em meio ao movimento de consolidação do SUS, a noção de atenção afirma-se na tentativa de produzir uma síntese que expresse a complexidade e a extensão da concepção ampliada de saúde que marcou o movimento pela Reforma Sanitária como resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

No âmbito do SUS, há três princípios fundamentais a serem considerados em relação à organização da 'atenção à saúde'. São eles: o princípio da universalidade, pelo qual o SUS deve garantir o atendimento de toda a população brasileira; o princípio da integralidade, pelo qual a assistência é "entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos (...)" (BRASIL, 1990); e o princípio da equidade, pelo qual esse atendimento deve ser garantido de forma a contemplar a multiplicidade e a desigualdade das condições sócio sanitárias da população.

Numa dimensão ético-política, isto significa afirmar que a atenção à saúde se constrói a partir de uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e, também, participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença é resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde.

A dificuldade por parte dos profissionais de Fisioterapia em discutir e apresentar contribuições para promoção da saúde e prevenção de doenças no âmbito coletivo está demonstrado pelo modo prioritário de atuação no nível terciário, individualizado destinando-se à cura de determinadas enfermidades e/ou à reabilitação de sequelas e complicações. A ampliação dos cursos de Fisioterapia fundamentou-se na lógica curativo-reabilitadora, sobre o paradigma biologicista valorizando a tecnificação do ensino, o estímulo à especialização e a ênfase na pesquisa biológica (CAMPOS et al., 2008).

A Lei Orgânica de Saúde estabeleceu os princípios do SUS, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Um deles é a integralidade, “[...] entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

A proposta da integralidade na saúde surgiu nos anos de 1960 como crítica e questionamento a respeito da prática e ensino médico nos Estados Unidos pautados no modelo da medicina científica, fragmentada, especializada, que desconsiderava os aspectos psicológicos e sociais do indivíduo e do processo de adoecimento (MATTOS, 2009).

Mattos (2004) salienta três grandes grupos de sentido para a integralidade, relacionados com: 1) atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se define como uma boa prática que ocorra ou não no âmbito do SUS; 2) atributos da organização dos serviços; e 3) respostas governamentais aos problemas de saúde.

Segundo Almeida (2013), para um profissional buscar a integralidade é preciso agregar outros valores à sua prática que possam ir além das habilidades e conhecimentos técnicos especializados de sua área de atuação. A capacidade de escuta dos profissionais atrelada às de interpretação e compreensão abrangendo todo o contexto físico, social e ambiental das necessidades de saúde dos indivíduos.

Não se deve reduzir o sujeito à doença, mas manter a perspectiva da intersubjetividade (MATTOS, 2004), levando em conta os conhecimentos sobre as doenças e sobre o humano que é, ao mesmo tempo, biopsicossocial. Segundo o mesmo autor a visão da integralidade, para alguns, é de uma utopia, para outros, de compromisso e, ainda, de confusão e desconhecimento.

O termo integralidade remete à concepção de saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, pretendendo superar a clássica oposição entre assistência e prevenção, entre indivíduo e coletividade, iniciativas de caráter individual e curativo, que caracterizam a assistência médica, e as iniciativas de caráter coletivo e massivo, com fins preventivos, típicas da saúde pública (MATTA; MOROSINE, 2009).

Miranda (2008) alerta que interdisciplinaridade se constitui em termo polissêmico, dentro das esferas do estudo, interpretação e ação, havendo amplitude conceitual com as noções de multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade. Por mais que, em termos gerais, interdisciplinaridade etimologicamente signifique relação entre disciplinas, ao se considerarem as disciplinas como processos de fragmentação, faz-se necessária a diferenciação do termo frente aos possíveis arranjos que se verificam no plano da concretude. Sobre essa questão, surgem as noções de: 1) Multidisciplinaridade como reunião

de disciplinas em torno de um tema comum sem o estabelecimento de relações entre elas; 2) Pluridisciplinaridade como relacionamento complementar de disciplinas afins, examinando perspectivas diferentes sobre uma questão geral; 3) Interdisciplinaridade como um grau avançado de relação entre disciplinas, sendo considerada como um processo gerador de uma combinação de elementos envolvendo duas ou mais disciplinas; e 4) Transdisciplinaridade como o nível elevado de interdisciplinaridade e coordenação, no qual os limites dentre as disciplinas se diluem em um processo dialógico entre conhecimentos de diversos tipos e naturezas.

Para Fazenda (2008), o conhecimento interdisciplinar é concebido nas dimensões do sentido (saber), da funcionalidade (saber-fazer) e da intencionalidade (saber-ser), requerendo da prática docente diferentes cuidados para que os saberes sejam adequadamente produzidos na interação professor-aluno, de tal forma que se possa perceber coerência entre o que se diz e o que se faz.

4.2.3 Gestão em Saúde

Gestão em Saúde compreende as capacidades relacionadas à organização do trabalho em saúde. Segundo as DCN, envolve a atuação desses profissionais em equipes de saúde, incluindo os processos de tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de ações e serviços no Sistema Único de Saúde. Implica o desenvolvimento do raciocínio estratégico visando a qualidade, eficiência e efetividade da atenção à saúde.

Segundo Barbosa (1998, p.44) uma forma simples e bastante ampliada do significado de gestão:

O desenvolvimento humano, mesmo individual, mas, sobretudo na dimensão das sociedades, é marcado pelo aproveitamento/utilização das possibilidades/recursos disponíveis e mobilizáveis, no sentido destes resolverem necessidades e desafios humanos. Identificar e mobilizar recursos (possibilidades), tratar de sua maior e melhor aplicação na resolução de necessidades, configura-se como práticas de gestão.

Em seu trabalho o mesmo autor relata que os conhecimentos e práticas de gestão dizem respeito a todo e qualquer processo que busque estabilizar a equação entre possibilidades e necessidades, entendendo pelo consenso de que os sistemas e serviços de saúde encontram-se entre as organizações mais complexas que existem, caracterizando-as por pelo menos duas dimensões. Uma primeira relacionada à organização do trabalho em si, considerando tanto o

processo, como o produto. A segunda, em consequência, decorre das exigências para a sua condução, o que decorre da coordenação de ações específicas de cada parte desse trabalho, para alcançar produtos e resultados globais em níveis de eficiência e eficácia.

A gestão em saúde está relacionada à organização e avaliação do trabalho em saúde e nesse sentido identifica problemas no processo de trabalho, elabora e implementa, acompanha e avalia planos de intervenção assim como gerencia o cuidado à saúde para assegurar a integralidade e a eficácia do cuidado à saúde das pessoas seja pelo acesso, financiamento, realização e resolubilidade do atendimento.

Segundo Paim (2007), a insuficiência e instabilidade do financiamento público para o SUS, problemas de gestão de estabelecimentos de saúde como hospitais e serviços de atenção básica, falta de profissionalização de gestores, descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços de saúde comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos.

Transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema.

Cecílio (2011) ao refletir sobre avaliação em saúde considera a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. O autor destaca que há múltiplas conexões entre as várias dimensões, produzindo uma complexa rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades, mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores sendo a representação em círculos concêntricos, que está sendo utilizada em seu artigo, devedora da representação dinâmica real de interpenetração das várias dimensões.

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM, 2004).

Rocha et al., (2010) refere que as práticas de educação e promoção à saúde, as atividades preventivas relacionadas à saúde cinético-funcional, as intervenções terapêuticas

contextualizadas, a prática de referência e contra referência do sistema, a identificação de outros setores capazes de atuarem para melhor qualificar as ações em saúde são fundamentais, ou melhor, estruturantes de uma nova prática profissional em Fisioterapia.

O fisioterapeuta, atuando de forma integrada à equipe, é capaz de planejar, implementar, controlar e executar políticas em saúde pública, tendo uma ação integral em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, dando assistência integral às famílias, desde a criança até o idoso (RAGASSON et al., 2006).

4.2.4 Educação na Saúde

Educação na Saúde: compreende as capacidades relacionadas à aprendizagem ao longo da vida. Segundo as DCN, o estudante e o profissional devem aprender continuamente, tanto na sua formação como na sua prática, e devem se responsabilizar e assumir compromisso com a formação das futuras gerações de profissionais. Implica o desenvolvimento do raciocínio crítico e reflexivo e uma atuação baseada em melhores evidências, com domínio da metodologia científica, de modo a apoiar e contribuir para a produção de conhecimentos.

Falkenberg et al. (2014), analisando os conceitos-chave relativos à Educação em Saúde e Educação na Saúde e suas interfaces no campo da Saúde Coletiva discorre que embora apresentem diferenças, é frequente na prática dos serviços, a utilização das diversas variantes a elas relacionadas de forma indistinta. As variantes da educação em saúde quanto a conceitos-chave segundo os autores está na educação sanitária, educação e saúde, educação para a saúde e educação popular em saúde que significa um conjunto de práticas de educação para indivíduos e comunidade a fim de aumentar a autonomia das pessoas e da comunidade para que possam fazer escolhas e adotar hábitos saudáveis de vida e a educação na saúde está a educação permanente em saúde e educação continuada ministrada para profissionais de saúde a fim de aprimorar o conhecimento destes.

No âmbito do trabalho em saúde, a discussão sobre o conceito de educação faz emergir duas vertentes: A Educação Permanente em Saúde (EPS) e a Educação em Serviço, também chamada de Educação Continuada. Tanto a Educação Permanente em Saúde quanto a Educação Continuada podem trazer o aprimoramento técnico como uma contribuição inequívoca a qualquer modalidade de atuação profissional. No entanto, a Educação Permanente tem forte ligação com o projeto de mudanças institucionais ou com o projeto de mudanças de orientação política das ações assistenciais em saúde.

A Política de EPS surge como estratégia para a formação profissional, visando superar as deficiências e limitações na formação dos trabalhadores da saúde. Como estratégia do SUS, a Política consagra a intenção de consolidar a Reforma Sanitária como resultado de reivindicações coletivas, de instituições e órgãos representativos da saúde pública. Tem como objetivo central a transformação das práticas de saúde, das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, para que sejam estruturadas a partir do próprio processo de trabalho.

O grande diferencial da proposta é a construção coletiva de novas estratégias de trabalho comprometidas com os princípios e as diretrizes do SUS e com as necessidades de cada região mediante a problematização das práticas cotidianas, visando recuperar as ações e desenvolver a autonomia e a participação ativa.

A ampliação do conceito de Educação Permanente para Educação Permanente em Saúde justifica-se pelo fato de que este processo passou a ser uma política pública formulada para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, reconhecendo que só será possível encontrar trabalhadores que se ajustem às constantes mudanças ocorridas nos complexos sistemas de saúde por meio da aprendizagem significativa, que prevê que o conhecimento deve ser construído, considerando as novidades e o que já se têm como consolidado (MUNGUBA, 2010).

Segundo a autora citada anteriormente é uma proposta de transformar os serviços, trabalhando com todos os indivíduos envolvidos com a saúde, oferecendo subsídios para que consigam resolver seus problemas e estabeleçam estratégias que amenizem as necessidades de sua comunidade.

A educação permanente em saúde está fundamentada na identificação de necessidades de aprendizagem individuais e coletivas e de promoção da construção e da socialização de conhecimento. Deve desenvolver capacidades de aprender a aprender, produzindo conhecimentos e socializando saberes no respeito aos valores e experiências prévias e o contexto sócio-cultural de cada um. A busca efetiva de informações, em função de suas lacunas de conhecimento deve estar baseada em evidências científicas e a partir de uma situação significativa.

Com relação à formação dos profissionais de saúde como um projeto educativo que extrapole a educação para o domínio técnico-científico da profissão, Ceccim e Feuerwerker (2004), discorrendo sobre a imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde - ensino/ gestão setorial / práticas de atenção / controle social - propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade.

A Educação Permanente em Saúde vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população. Com este intuito, a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas. Ainda nesta perspectiva a Educação Permanente é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população.

A Educação Permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa. Os processos de capacitação do pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, visando à transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde.

De maneira que possibilite ao conjunto das áreas que compõem as ciências da saúde uma visão ampliada desse campo nos saberes e práticas para potencializar a mudança do quadro atual predominante, que não se restringe ao conhecimento técnico ou à ciência, a saúde coletiva traz a proposta dos modos de pensar a formação e a educação permanente em saúde.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

A partir da compreensão de que a formação em saúde possui nas DCN de seus cursos, pontos convergentes para a construção dos seus PPC, e consequente direcionamento de suas práticas e atuação no campo; o Programa de Pós- Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos; por meio de um acordo com professores e alunos de dez carreiras presentes no Mestrado Profissional (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Educação Física, Odontologia, Biomedicina, Nutrição e Serviço Social); definiu categorias relacionadas às referidas competências do Perfil Profissional para a Saúde e também aos Conteúdos Curriculares, comuns a todos os profissionais.

As categorias construídas pelo projeto “As Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação em Saúde” validado internamente em reuniões e encontros entre os orientadores e alunos, a partir da leitura e estudo das DCN de todas as profissões participantes; e da necessidade de elaboração de uma Matriz de Análise (Figura 03, p.59) dos PPC dos cursos de graduação da área da saúde, de IES públicas do Estado de São Paulo; utilizada num projeto

maior considerando os cursos da área de saúde representam os princípios, compromissos, competências para a formação de um profissional para o trabalho no campo da saúde, de acordo com as diretrizes do SUS.

Portanto o projeto geral “As Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação em Saúde” possibilitou a formação de uma plataforma de pesquisa, envolvendo uma localidade e um objeto de estudo, que busca analisar as conquistas e desafios relacionados à implantação das DCN para dez carreiras da área da saúde. Especificamente o estudo aqui em questão, focou a formação da carreira de Fisioterapia das Universidades públicas do Estado de São Paulo.

Alguns trabalhos já foram concluídos nas seguintes carreiras: Educação Física (PAULO, 2013); Medicina (ARRUDA, 2015); Enfermagem (ARRUDA, 2015); Odontologia (FERRAZ, 2015); Psicologia (FENERICH, 2015); Nutrição (ASSONI, 2015).

5.1 Tipo de estudo

Para investigações nas quais importa pesquisar a interação dos sujeitos com a realidade, a pesquisa qualitativa permite incorporar aspectos do significado e da intencionalidade dos sujeitos como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Portanto, a abordagem qualitativa foi escolhida em função da natureza do objeto a ser estudado, o processo de formação do fisioterapeuta, e do seu caráter processual e relacional da interação entre as pessoas e a realidade (MINAYO, 2008).

Em Minayo (1994, p.21-22), é relatado que “a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

O estudo teve um objetivo interpretativo-explicativo, no sentido de identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos, ou seja, explicar o porquê das coisas através dos resultados oferecidos (GIL, 2007).

O trabalho investigativo teve como foco o problema relativo ao mundo do trabalho e da educação para cujos fenômenos serão identificados os sentidos atribuídos pelos sujeitos da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010).

5.2 População de estudo e participantes:

A população do estudo foi composta pelos cursos de graduação de Fisioterapia das Universidades públicas e gratuitas do Estado de São Paulo que tivessem projeto pedagógico de curso (PPC), cuja última versão fosse posterior à implementação das DCN (Tabela 1). Foram excluídos do estudo os cursos que não apresentassem PPC reformulados após a DCN (2002) e que não concedessem carta de autorização assinada para o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, para análise do PPC de sua respectiva IES.

Tabela 01 – Cursos de Fisioterapia de Instituições de Ensino Superior públicas do Estado de SP, 2015.

INSTITUIÇÃO	CIDADE	ANO DE CRIAÇÃO	ANO PPC VIGENTE
UFSCar	São Carlos	1978	2013
USP	São Paulo	1967	2012
USP	Ribeirão Preto	2002	2014
UNESP	Marília	2003	2010
UNESP	Presidente Prudente	1980	2013
UNIFESP	Santos	2006	2016

Fonte: e-MEC sistema de regulação do Ensino Superior, 2015.

A Tabela 02 apresenta as características das IES que participaram do estudo.

O curso de Fisioterapia mais antigo foi implantado em 1967 e o mais recente incluído nesse estudo, foi criado em 2006. A carga horária dos cursos variou entre 4.350 horas e 4.700 horas e o tempo mínimo de integralização variou entre oito e dez semestres. Os PPC analisados foram atualizados entre 2010 e 2016.

Tabela 02 – Caracterização dos cursos de Fisioterapia que participaram do estudo:

	Ano de Início do Curso	Carga Horária Total	Ano PPC Vigente	Tempo Mínimo de Integralização
IES1	1980	4350 h	2013	08 semestres
IES2	1967	4500 h	2012	10 semestres
IES3	2003	4485 h	2010	08 semestres
IES4	2006	4700 h	2016	10 semestres
IES5	2002	4335 h	2014	10 semestres

Em relação aos entrevistados, cinco coordenadores de curso aceitaram participar do estudo e responderam à entrevista semiestruturada realizada virtualmente.

Tabela 03 – Perfil dos entrevistados que participaram do estudo:

	Sexo	Idade	Tempo como Coordenador	Tempo como Docente	Titulação
Entrevistado 1	M	53	02 anos	27 anos	Doutorado
Entrevistado 2	F	46	02 anos	20 anos	Doutorado
Entrevistado 3	F	38	08 meses	06 anos	Doutorado
Entrevistado 4	F	44	08 meses	07 anos	Doutorado
Entrevistado 5	M	49	02 anos	11 anos	Doutorado

Os cinco cursos de graduação em Fisioterapia públicos do Estado de São Paulo incluídos nesse estudo tiveram suas identidades resguardadas, assim como assegurada sua exposição a qualquer risco, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os cursos são enumerados aleatoriamente como: 1, 2, 3, 4, 5, para anonimato dos mesmos.

Dos seis cursos, um não teve seu PPC analisado devido a não autorização alegando estar em processo de reformulação curricular.

5.3 Instrumentos e etapas de coleta

Foram utilizadas duas fontes para a coleta de dados: o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de cada instituição de ensino/curso de Fisioterapia, em sua última versão, obtido diretamente com a instituição ou divulgado em mídia eletrônica oficial do curso/instituição e as informações coletadas por meio de entrevista semiestruturada (Apêndice 01) junto aos Coordenadores de curso que aceitaram participar da pesquisa aplicada de forma virtual.

Os dados coletados, assim como os registros dos documentos, de acordo com a autorização das instituições participantes foram tratados anonimamente, havendo total sigilo das informações. Aos PPC de Fisioterapia das instituições participantes foram atribuídos códigos para organização dos dados (PPC1, PPC2, PPC3, PPC4, PPC5) assim como dos coordenadores entrevistados (Coordenador 1, 2, 3, 4 e 5) sendo tratados coletivamente, para garantia da sua integridade de acordo com os pareceres éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Esta pesquisa foi submetida ao CEP da instituição na qual está vinculada e foi autorizado segundo o Parecer Consubstanciado nº 1.390.011 de 18 de Janeiro de 2016.

5.3.1 Análise Documental

A primeira etapa da coleta foi realizada por meio da análise documental dos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) selecionados. Os PPC, em sua última versão ou revisão, foram obtidos junto à instituição ou por meio de divulgação oficial em mídia eletrônica. Os PPC dos cursos que se encaixaram no critério de inclusão, foram analisados à luz das DCN segundo as categorias organizadas a partir de dois eixos: Perfil Profissional e Currículo.

Para a análise dos PPC tomou-se como base as DCN para os cursos de graduação em Fisioterapia (BRASIL, 2002), e uma Matriz de Análise (Fig. 03) como ferramenta metodológica, assim como categorias para permitir o maior número de informações à custa de uma esquematização e, a partir disso, correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los.

As categorias utilizadas na interpretação dos PPC incluídos no estudo foram alocadas em dois eixos: Eixo Profissional e Eixo Currículo.

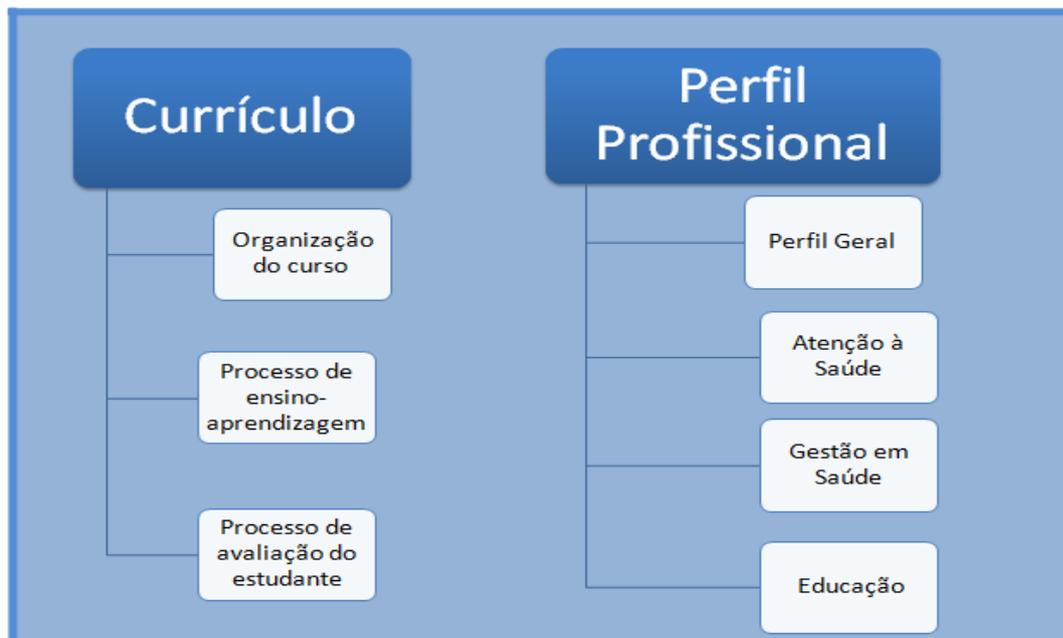
No Eixo Curricular (EC), os dados coletados foram relacionados aos aspectos abordados nas DCN por meio das seguintes categorias de análise: C1- Organização curricular; C2- Concepções de aprendizagem e C3- Processos de avaliação do estudante.

Já no Eixo Profissional (EP), os dados coletados foram analisados à luz dos componentes das DCN por categorias de análise: P1- Perfil Geral; P2- Atenção e Cuidado em Saúde; P3- Gestão em Saúde e P4- Educação na Saúde.

A análise documental é compreendida como uma operação ou um conjunto de operações que permite passar de um documento primário para um documento secundário. Tem como objetivo representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar sua consulta e diferenciação (FARIA JUNIOR; FARINATTI, 1992).

Por meio dessa análise, buscou-se identificar e avaliar as conquistas e os desafios na implantação das DCN, refletidos nos PPC dos cursos inseridos no estudo.

Figura 03: Matriz de Análise: articulação das categorias analíticas para análise dos PPC à luz das DCN.



5.3.2 Entrevistas

A segunda etapa da coleta de dados foi por entrevista com os coordenadores dos cursos incluídos na pesquisa e teve um roteiro semiestruturado, compostos por perguntas que elucidaram de que forma, quais estratégias, como os pressupostos das DCN presentes nos PPC se aplicam nas atividades curriculares.

As perguntas da entrevista possibilitaram uma articulação das respostas com os resultados obtidos na análise dos PPC. Por meio da pergunta 01 foi possível verificar que todos os coordenadores em questão participaram da construção do PPC vigente de seus cursos e o foco das perguntas de 02 a 06 visaram contemplar informações sobre os dois eixos: Perfil Profissional e Currículo.

A escolha pelo cargo de coordenador do curso ocorreu, pois os mesmos são considerados representantes dos cursos de graduação e, sendo assim, também conhecem o PPC em questão estando capacitados a fornecer informações a respeito do mesmo.

Entrevistas semiestruturadas são aquelas, nas quais o pesquisador possui um roteiro de perguntas previamente estabelecido, mas tem liberdade para alterá-las de acordo com as situações e aspectos surgidos durante a mesma (NEGRINE, 1999).

As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas e codificadas na sua integralidade de forma que os entrevistados não sejam identificados.

5.3.3 Aspectos Éticos da Pesquisa

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, o projeto foi encaminhado para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da CEP-UFSCar.

Todos os participantes da pesquisa foram convidados e concordando em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

5.4 Análise dos dados

A primeira etapa da análise de dados deste estudo foi composta pela Análise Documental dos PPC à luz das DCN, através de uma matriz de categorias elaborada em conjunto com outros pesquisadores, cujos estudos também tratam desta temática.

A análise das DCN permitiu a definição das categorias analíticas segundo dois eixos: Perfil Profissional e Currículo.

Para cada categoria foram identificados elementos que as caracterizam. Essas categorias analíticas propiciam uma avaliação de coerência externa do PPC em relação às diretrizes, sendo voltada à análise da integração teoria e prática e da articulação trabalho-educação.

No **EIXO CURRÍCULO** os dados serão analisados pelas seguintes categorias:

Categoria C1- Organização do curso

Refere-se à seleção, ao arranjo e a articulação dos conteúdos no currículo. A grade de disciplinas, estágios, cargas horárias que compõem o currículo.

Categoria C2- Processo de ensino-aprendizagem

Compreende como ensinar e aprender; refere-se à seleção de estratégias e metodologias de ensino.

Categoria C3- Avaliação do estudante

Compreende a avaliação dos processos, produtos e resultados das intervenções educacionais, contemplando a perspectiva de todos os envolvidos.

No **EIXO PROFISSIONAL**, os dados serão analisados pelas seguintes categorias:

Categoria P1- Perfil Geral

Refere-se à formação esperada e às capacidades gerais de exercer atividades referentes à sua área de atuação.

Categoria P2- Atenção à Saúde

Refere-se às capacidades relacionadas à assistência ou atenção à saúde da profissão.

Categoria P3- Gestão em Saúde

Refere-se às capacidades relacionadas à organização do trabalho em saúde.

Categoria P4- Educação na Saúde

Refere-se às capacidades de aprender continuamente, na sua formação e prática.

A segunda etapa procedeu a Análise de Conteúdo (AC) descrita por Bardin (2011), das informações coletadas junto aos coordenadores de curso que aceitaram participar da pesquisa, por meio de entrevista semiestruturada (Apêndice 1), composta por perguntas que elucidaram de que forma os pressupostos das DCN presentes nos PPC se aplicam nas atividades curriculares.

Dentre as possibilidades ofertadas pela análise de conteúdo, foi utilizada a análise por categorias temáticas, uma vez que as categorias foram estabelecidas na primeira etapa, na análise documental. Desta forma, as entrevistas complementaram a análise realizada. A categorização possibilita a inferência a partir do referencial teórico utilizado para buscar uma interpretação que revele significação das mensagens, de modo a articular a superfície dos textos com os fatores, ideias e valores que determinaram suas características (BARDIN, 2011).

Para Bardin, a AC é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2011).

Os procedimentos da AC são: (i) descrição, como enumeração das características do texto e categorização; (ii) inferência, como um procedimento intermediário que permite passar da descrição à interpretação; (iii) interpretação, como a significação de um determinado texto de modo a articular a superfície da mensagem com os fatores que determinaram suas características.

As categorias devem contemplar os critérios de homogeneidade (quando não se misturam critérios de classificação), exaustão (esgota a totalidade do texto), exclusão (um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado em mais de uma categoria); objetividade (codificadores diferentes devem chegar ao mesmo resultado) e adequação (adaptadas ao conteúdo e ao objetivo).

Existem várias modalidades de AC e a análise temática apresenta a forma mais simples e apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Realizar uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (MINAYO, 2008).

Como propõe Bardin (2011), três etapas constituem a aplicação desta técnica de análise: (1) Pré-análise; (2) Exploração do material; (3) Tratamento dos resultados e interpretação.

(1) Pré-análise: é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente

dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2011).

(2) Exploração do material: consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 2011).

(3) Tratamento dos resultados e interpretação: esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

Figura 04: Matriz de Análise: categorias de análise das DCN do Curso de Graduação em Fisioterapia RESOLUÇÃO CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002:

Categorias de Análise	EIXO Currículo presente nas DCN	Articulação das perguntas aos coordenadores
<p style="text-align: center;">(C1) Organização do curso</p>	<p>Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem estar relacionados 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. Os conteúdos devem contemplar:</p> <ul style="list-style-type: none"> I- Ciências Biológicas e da Saúde II- Ciências Sociais e Humanas III- Conhecimentos Biotecnológicos IV- Conhecimentos Fisioterapêuticos 	<p style="text-align: center;">Perguntas 3, 4 e 6</p>

<p style="text-align: center;">(C2) Processo de ensino-aprendizagem</p>	<p>O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou à distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins. O projeto pedagógico, deverá ser construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem, buscando a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.</p>	<p style="text-align: center;">Perguntas 3, 4 e 6</p>
<p style="text-align: center;">(C3) Avaliação</p>	<p>Crítérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação definido pela IES à qual pertence. As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.</p>	<p style="text-align: center;">Perguntas 2, 3, 4, 5 e 6</p>

Categoria de análise	EIXO Perfil Profissional presente nas DCN	Articulação das perguntas aos coordenadores
<p style="text-align: center;">(PP1) Perfil geral</p>	<p>Formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitada 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 preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos</p>	<p style="text-align: center;">Perguntas 2, 3, 4 e 6</p>

	fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.	
(PP2) Atenção à saúde	Devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, prática realizada de forma integrada e contínua com o sistema de saúde, com capacidade de pensamento crítico, de análise e soluções para os mesmos. Realizar seus serviços com padrões de qualidade e princípios da ética/bioética, com a responsabilidade da atenção à saúde não se encerrar com o ato técnico, mas, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.	Perguntas 3, 4, 5 e 6
(PP3) Gestão em Saúde	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. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas. Devem ser acessíveis e manter a confidencialidade das informações a eles confiadas. Em equipe multiprofissional estar aptos a assumirem posições de liderança, gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, estando aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.	Perguntas 3, 4 e 6
(PP4) Educação na Saúde	Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática e aprender a aprender tendo responsabilidade e compromisso com a educação não apenas transmitindo conhecimentos.	Perguntas 3, 4 e 6

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise dos projetos pedagógicos dos cursos e das entrevistas quanto à proximidade com as DCN

EIXO CURRICULAR

Categoria 1 – Organização do curso

Refere à seleção, ao arranjo e à articulação ou sequência dos conteúdos no currículo, com destaque à relação desses com a construção do perfil profissional. De acordo com as DCN, os conteúdos devem estar orientados às necessidades de saúde da sociedade e do SUS, sendo abordados interdisciplinarmente. Devem favorecer a integração teoria-prática, de modo mais cedo possível do que o encontrado em currículos tradicionais. Devem, ainda, incluir as dimensões éticas e humanísticas, voltadas às atitudes e valores orientados para a cidadania. As DCN destacam conteúdos relacionados às dimensões biológica, subjetiva e social do processo saúde-doença, assim como da prática clínica.

De acordo com as DCN do curso de Fisioterapia:

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular (BRASIL, 2002).

Art. 13. [...] Os conteúdos curriculares poderão ser diversificados, mas deverá ser assegurado o conhecimento equilibrado de diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos para assegurar a formação generalista (BRASIL, 2002).

Na elaboração do currículo, segundo as DCN de Fisioterapia, deve vir acompanhada a indicação da elaboração de um projeto pedagógico, construído coletivamente na busca de uma formação integral do estudante, e nessa questão os coordenadores referiram ter participado assim como alguns alunos, supervisores e demais docentes, no processo de construção do projeto desde o início ou em sua última versão.

Alguns relatos ilustram como ocorreu a construção do projeto pedagógico.

[...] a gente teve a participação ativa de todos os docentes, alunos, supervisores [...] no fim todo mundo trabalhou. A questão mais importante é que os alunos também trabalharam... (Coordenador 2).

A concepção modular e interdisciplinar foi preparada desde o início do curso sendo ampliada e reestruturada e foi feita por todos os coordenadores e dois docentes de cada curso (Coordenador 4).

Uma proposta de ação estratégica que contribua para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implica trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção e controle social.

Sobre o relato de entrevista temos a seguinte fala sobre alterações que buscam introduzir modificações dos processos e das relações:

Existe um projeto de se ter um serviço próprio da universidade que possivelmente vai ser integrado na rede municipal para que a gente possa dar conta do que é de fato a interdisciplinaridade. Outra questão é quebrar, mostrar para os docentes que são mais resistentes a formação de forma que traga significado para o aluno e olhar que a gente de fato está conseguindo fazer o que se propôs (Coordenador 4).

Os cursos de Fisioterapia das instituições públicas do Estado de São Paulo, presentes nesse estudo, têm atualizado seus projetos pedagógicos sendo os vigentes datados de 2010 a 2016 e a mobilização para essas mudanças se pautou em interesses e desafios desde a própria necessidade de atender às orientações das DCN até à questão de inclusão de disciplinas e exclusão de outras.

Alguns PPC têm implementado mais as orientações dadas pelas DCN que outros atendendo às necessidades de uma formação profissional orientada por um currículo que visa o preparo para trabalhar a partir das necessidades da população em um conceito mais ampliado de saúde.

A tendência mais observada quanto à atualização curricular da maioria dos PPC relatada em entrevista é quanto à inclusão de novas disciplinas e exclusão de outras e da delimitação dos seus conteúdos e carga horária conforme foi possível verificar pelos relatos de alguns coordenadores. Não resta dúvida de que a reformulação curricular passa pela mudança de rumos nas propostas das disciplinas em seus conteúdos ou carga horária, porém, não somente restrita a essa instrução, mas deve assegurar que cada conteúdo seja analisado, compreendido e apreendido dentro de uma totalidade dinâmica. A seguir alguns dos relatos citados:

[...] em 2013 a gente fez uma reestruturação curricular, inserindo algumas disciplinas, mudando as terminologias de outras [...] aconteceram mudanças no sentido de introduzir algumas disciplinas e eliminar outras [...] tanto que o curso que

a gente tinha antes da reforma ele permaneceu e as disciplinas mais clínicas voltadas para terapêutica não mudaram muito (Coordenador 1).

[...] após a abertura do curso houve a primeira renovação da grade curricular e essa renovação mexeu um pouco nas horas curriculares, mexeu nas disciplinas. (Coordenador 3).

[...] quando eu olhava o balanço da carga horária didática e carga horária de estágio não tinha um equilíbrio muito adequado. [...] aí nós criamos algumas disciplinas [...] (Coordenador 5).

Ao se propor uma organização curricular deve-se entender melhor o seu significado e não simplesmente vê-lo como um artefato objetivo e neutro conforme cita BENFATTI (2011).

Para melhor compreender o significado do currículo é importante entender qual é a sua abordagem, as teorias sobre ele e as questões que interferem no processo educacional (MALTA, 2013).

Ao serem questionados sobre o fator motivacional, os desafios e as possibilidades no processo de construção dos PPC, os entrevistados demonstraram na maioria de seus relatos, desconhecer o significado do currículo como refere Malta (2013) e sua visão para além de uma grade de disciplinas e carga horária a ser cumprida não referindo em suas falas uma reflexão das propostas das DCN.

Dois dos PPC analisados tem implementado atualizações considerando a perspectiva mais ampla e integralizada de acordo com as DCN.

[...] até antes da concepção do projeto pedagógico nós fizemos *wokshop* pensando na reforma curricular visando como meta a reformulação do PPP [...] e estava sendo discutido a vanguarda das metodologias ativas então os *workshop* aconteceram para sensibilizar os docentes para a transformação do seu método. [...] a gente teve todo um processo de transição para trabalhar na implementação desse currículo, com disciplinas mais modernas e tempo de integralização de quatro para cinco anos (Coordenador 2).

[...] a proposta geral do campus onde haveria eixos comuns que seriam comuns às formações dos profissionais da área de saúde [...] e dois docentes de cada área fizeram inicialmente a construção da parte específica de cada curso [...] todo o nosso projeto ele é voltado para a questão da atuação interdisciplinar. [...] esse projeto é totalmente desafiador começando que nenhum de nós foi formado de maneira interdisciplinar então nós tínhamos que desconstruir para reconstruir [...] a grande questão é a disposição (Coordenador 4).

Como afirma o Parecer nº 1210/2001 do CNE/CES, Seção 1, p. 22, no campo referente ao mérito das diretrizes curriculares a ideia da disciplina como uma delimitação rígida de conteúdos deu lugar às orientações sobre os conhecimentos necessários ou mais adequados a serem adquiridos pelos acadêmicos.

Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 2001, p.22).

Almejando estar em sintonia com as necessidades socioeconômicas, educacionais, culturais e ambientais da região onde está implantado, segundo refere Signorelli (2010), o PPC4 esclarece que é o único curso público da região e procura desenvolver parcerias com serviços de saúde, educação e empresas da cidade e região de forma a desenvolver um trabalho que permita além da formação do aluno, a melhora e otimização da qualidade destes serviços oferecidos à população. Da mesma forma o processo de ensino aprendizagem do mesmo curso apresenta ações inovadoras relacionadas com a sociedade na tríade de desenvolvimento: ser humano, ambiente e tarefas conforme foi verificado no relato de entrevista do seu coordenador:

[...] desde o primeiro ano o aluno começa a entender como é o território de (cidade), o que ela tem em termos de problema de saúde, o que ela proporciona em termos de condições de vida para os moradores. Então eles vão visitar tanto uma região nobre da cidade como uma região muito pobre que eles observam que não tem tratamento de esgoto e veem esse contraste e começa a entender como isso vai interferir na saúde desses indivíduos e depois na história de vida deles e como isso interfere no processo para se chegar em termos de fisioterapia (Coordenador 4).

Com uma formação diferenciada e um currículo diferente do modelo tradicional por disciplinas, o PPC4 é planejado numa concepção modular de currículo, procurando integrar conteúdos/disciplinas em eixos e módulos interdisciplinares, objetivos que contemplam em grande parte as DCN e muitos dos direcionamentos sugeridos pelos fóruns da ABENFISIO. Essa proposta segundo o que Schwalm (2008) refere é que ao invés das disciplinas ministradas em um único semestre ou em dois semestres, seus conteúdos são distribuídos no decorrer do curso, a partir de eixos temáticos. Portanto verificamos que o conteúdo não é o ponto inicial para a definição dos demais elementos que compõe o processo ensino aprendizagem, é um instrumento para que o estudante atinja os objetivos propostos.

O curso em questão deixa claro em seu PPC que a organização curricular compreende a formação em saúde como um processo de práticas sociais, permeado pelas concepções de saúde e adoecimento, em busca da superação das concepções reducionistas e suas relações de causalidade linear, de uma cultura acadêmica que se nutre da dúvida, do diálogo entre diferentes, do alargamento dos caminhos de produção dos conhecimentos científicos e da

perspectiva plural dos saberes e experiências humanas, contemplando os pressupostos de acessibilidade atitudinal. As opções pedagógicas privilegiam os enfoques problematizadores e uma permanente articulação com a prática, em uma perspectiva curricular interprofissional e interdisciplinar.

Em relação aos modelos de currículo, três PPC permanecem com seus currículos na modalidade tradicional, e dois PPC buscam novas formas de se organizar, ou seja, procuram implementar matrizes curriculares com conteúdos mais integrados, dentre outros.

No PPC1, a organização curricular segue o que está no trecho referido das DCN quanto aos conteúdos essenciais para o curso de graduação em Fisioterapia contemplando as quatro grandes áreas e disciplinas relacionadas. Em relação ao desenvolvimento de estágios curriculares a carga horária mínima deve atingir 20% da carga horária total do curso conforme descrito nas DCN.

É possível notar que a proposta curricular do PPC1 é de um modelo de currículo tradicional, caracterizado pela organização por meio de disciplinas o que segundo Sacristán (2000) ao referir sobre a orientação academicista que valoriza os saberes especializados em disciplinas ou em áreas do saber a serem trabalhados ou cumpridos em um período letivo.

O PPC2 esclarece que o curso encontra-se em um processo de mudança de paradigma de um modelo de ensino tradicional para outro mais dinâmico e integrado em que faz parte desse processo a reestruturação/flexibilização da matriz curricular, visando à futura implementação de eixos, e a utilização de metodologias ativas nas disciplinas, visando a transdisciplinaridade. A característica do novo currículo é articular a área básica, pré-profissionalizante e profissionalizante, em crescente complexidade técnico-assistencial e de ações pedagógico-assistenciais (da observação à intervenção), melhor aproximação da teoria com a prática e no rompimento do modelo curricular onde as disciplinas de estágio estão isoladas das demais no último ano do curso, gerando capacidade de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos.

A proposta da matriz curricular do PPC3 contempla seis linhas específicas de conhecimento: Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Sociais e Humanas; Conhecimentos Biotecnológicos; Conhecimentos Fisioterapêuticos; Estágios profissionais supervisionados; e iniciação científica. O aluno inicia a vivência no serviço a partir do segundo ano do curso quando são inseridas as disciplinas de Observação Clínica em Fisioterapia sendo o estágio supervisionado realizado no quarto ano do curso.

Diante disso é possível notar que o modelo de currículo do PPC3 está mais distante das propostas pelas DCN com referencial na abordagem tradicional de práticas

curativo/reabilitadoras que determina a priori os conhecimentos que o aluno precisa dominar para ser um profissional autônomo. Trata-se de currículos tradicionais, em uma concepção mais formalista e academicista, organizados por disciplinas que deixam clara a ausência de articulação entre teoria e prática.

Uma estrutura curricular baseada em disciplinas limita significativamente a integração das dimensões cognitivas, atitudinais e habilidades, ainda dificulta a articulação teórica prática e a preparação dos fisioterapeutas para o enfrentamento da vida profissional. . E conseqüentemente impossibilita uma aprendizagem reflexiva, visto que a reflexão se inicia com a experiência, segundo MEZIROW (1991).

O PPC4 o desenho curricular é direcionado por meio de quatro eixos de formação que perpassam os anos de graduação numa concepção modular de currículo apresentando um núcleo comum aos seis cursos de graduação da área da saúde, procurando integrar conteúdos/disciplinas em eixos e módulos interdisciplinares, tendo como ênfase a educação interprofissional e interdisciplinar na perspectiva da integralidade do cuidado, consonante com as Diretrizes Nacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação à educação interprofissional proposta no PPC4 vai ao encontro do que McNair (2005) refere como ponto de partida para fazer junto no cotidiano do cuidado em saúde ser preciso aprender junto sobre o trabalho em saúde. É uma proposta em que duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, visando a melhoria da qualidade do cuidado ao paciente. Esse estilo de educação prioriza o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e o compromisso com a integralidade das ações com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão.

Esta forma de organizar o projeto do curso se aproxima mais de um modelo de currículo integrado entre teoria e prática, centrado em uma proposta interdisciplinar e interprofissional, voltado para a questão do cuidado em saúde e está em consonância com o indicado nas DCN, no que diz respeito, aos eixos estruturantes, às ênfases e garantia de um núcleo comum. Além disso, o conceito de módulo, como estratégia de organização e formulação traduz uma intencionalidade de potencializar a interdisciplinaridade na formação, assim como articular com as DCN e com as concepções ampliadas de saúde e cuidado integral.

O referido PPC traz um conceito novo para organizar o conhecimento, no lugar de disciplinas, são os módulos, capazes de interagir com mais de uma área do conhecimento e estágios que proporcionam contato com a prática caracterizando-o como um currículo inovador enquanto avanço curricular, pois podem representar uma intencionalidade em resposta a uma necessidade com a participação e o envolvimento dos que fazem o coletivo

institucional que mobiliza o desenvolvimento curricular e institucional salientando o que refere Masetto (2012) que muitas vezes a implementação de ações pontuais estão distantes do conceito de inovação que se refere a uma nova proposta educacional e de formação, que interfere na instituição como um todo e não em ações isoladas.

A justificativa de oferta e o perfil do PPC4 se dá em função da formação de profissionais fundamentada em práticas que incorporem a reflexão contextual da realidade, mediada por um processo de ensino-aprendizagem interativo que se consolidem atitudes de autonomia, criatividade, cientificidade, auto-aperfeiçoamento, cooperação, negociação, entre outras.

Dessa forma podemos dizer, segundo Sacristán (2000), que o modelo de currículo do PPC4 se trata do “currículo como configurador da prática”, uma orientação curricular que centra sua perspectiva na dialética teoria-prática. A teoria serve como instrumento de análise da prática no PPC4 ao fundamentar as práticas em uma reflexão contextual da realidade o que torna essencial para a autonomia do estudante.

Em relação ao PPC5 a organização curricular segue o que está no trecho referido das DCN quanto aos conteúdos essenciais para o curso de graduação em Fisioterapia contemplando as quatro grandes áreas e disciplinas relacionadas. Refere que a carga horária é principalmente centrada nos conhecimentos fisioterapêuticos básicos e aplicados. O currículo do Curso5 é elencado exclusivamente por disciplinas, de forma que contemplem toda a teoria do curso, e utilizada separadamente das práticas. A organização e desenvolvimento do PPC5 tem sido pensada, atentando para a avaliação das competências, habilidades, conteúdos curriculares, atitudes e participações extracurriculares do seu aluno e assim construir o perfil profissional desejado, porém não deixa claro de que forma realiza esse processo.

Apesar da proposta de organização curricular descrita no PPC5 é possível notar que o modelo de currículo é tradicional, caracterizado pela organização por meio de disciplinas como soma de exigências acadêmicas (SACRISTÁN, 2000).

Há a tendência no ensino superior de Fisioterapia em valorizar o individual, a terapêutica, a especialidade e a utilização de métodos e técnicas sofisticadas (REZENDE, 2007). Tais características são observadas na organização curricular analisada da maioria dos PPC em consonância com o modelo médico-assistencial privatista, ainda hegemônico no Brasil.

Entretanto algumas iniciativas de mudança no currículo dos cursos de Fisioterapia públicas, deste estudo, têm surgido e conforme Bispo Júnior (2009) descreve, de mudanças que promovam o rompimento com o modelo de formação curativo reabilitador privatista para

uma formação que se aproxime do paradigma da promoção da saúde e do campo da saúde coletiva, alargando as possibilidades de atuação.

Dos cinco cursos analisados três integram o tempo de formação mínimo em cinco anos e dois em quatro anos o que demonstra que o aumento da integralização está relacionado ao redimensionamento do curso ao se propor no processo de mudança, possibilidades de inovação nos desenhos curriculares. A implantação de estratégias de avaliação do processo de ensino-aprendizagem das disciplinas curriculares é citada em um dos PPC como uma das justificativas para o aumento da integralização do curso já que é um processo contínuo que necessita de horários na organização de estudo assim como o processo orientado pela integração dos diferentes campos de conhecimento e de um currículo mais integrado e flexível.

A resolução CNE/CES (n. 4 de 6 de abril de 2009) dispõe sobre a carga horária mínima (CHM) e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Fisioterapia, que pertence ao grupo CHM, entre 3.600h e 4.000h tendo o limite mínimo para integralização de 5 (cinco) anos.

O trancamento total dos alunos da graduação é relatado em um dos PPC com aumento significativo determinado pela sobrecarga com as disciplinas obrigatórias do curso e interesse pelas atividades extracurriculares o que também justifica o aumento da integralização do curso o que segundo Araújo (2006) na estruturação das matrizes curriculares as práticas e outras experiências e vivências devem ser previstas desde o início do curso para que o estudante possa ser formado de modo contextualizado.

Relativo aos estágios curriculares as DCN orientam:

Art. 7º A formação do Fisioterapeuta deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Fisioterapia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Parágrafo único. A carga horária do estágio curricular supervisionado deverá assegurar a prática de intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde etc.

Segundo a fala de entrevistados de três cursos foi possível verificar a dificuldade relativa ao contato com a prática durante todo o processo de aprendizagem e não só no estágio profissional e que segundo Rocha (2010) deve ocorrer após o estudante vivenciar práticas e fundamentos teóricos, gradualmente, habilitando-o ao exercício profissional o qual precede o estágio supervisionado e considera que o ingresso tardio no estabelecimento do contato com a

prática torna difícil a articulação da teoria prática, dificultando a construção de um profissional diferenciado.

A organização curricular dos três PPC citados está elencada exclusivamente por disciplinas, de forma que contemplem toda a teoria do curso, e utilize separadamente das práticas o que pode justificar os relatos a seguir:

[...] a gente tem que fazer um trabalho muito grande com a básica clínica e com a aplicada para modernizar essa matriz. [...] o estágio compartimentalizado no último ano não é uma boa porque os alunos tem que fazer link com a básica lá do começo então fica muito ruim (Coordenador 5).

[...] aí começam a entrar as questões negativas onde a gente tem avançado pouco na discussão nos campos da promoção e prevenção da saúde. A segunda questão é que o aluno tem pouco contato com o SUS (Coordenador 1).

[...] então a nossa ideia é reformular a nossa grade muito em breve e sair desse resquício histórico e da sobrecarga. [...] eu não sei se a gente consegue modificar e colocar em prática tudo o que a DCN propõe pra gente porque a gente fica muito engessado no conteúdo que a gente tem que passar e fica muito mecanizado então acho que o primeiro passo vai ser a alteração com tempo a mais não só para o docente, mas também para o aluno (Coordenador 3).

A inserção do aluno desde o início do curso na prática fisioterapêutica também foi relatada por alguns entrevistados.

A gente introduziu a disciplina de vivências profissionais onde a gente foi trabalhando a implantação dos cenários de prática gradativamente os alunos foram tendo uma vivência de como é a prática fisioterapêutica em âmbito público e privado. [...] a gente está oferecendo para os alunos uma vivência no âmbito primário, secundário, terciário (Coordenador 2).

[...] a gente resolveu deixar o aluno mais próximo da prática desde o primeiro ano e ele tem um módulo que ele faz junto com os demais cursos no 1º, 2º, 3º, 4º, e 5º. termo e isso é uma constante e em cada momento ele tem um papel [...] desde o primeiro ano o aluno tem conhecimento do SUS (Coordenador 4).

Um relato foi destacado sobre a importância do contato dos alunos com a prática a partir no primeiro ano o que poderia estar influenciando dessa forma para uma menor evasão de alunos do curso.

Eles tem outro momento no primeiro ano que eles estão só com os alunos da fisioterapia que é o módulo que a gente chama de introdução ou aproximação da prática terapêutica em que eles vão visitar vários locais por onde eles passarão estágio quando eles estiverem no último ano [...] a gente optou por esse aluno de primeiro ano também porque ele tem muita dúvida se está no lugar certo [...] e temos observado uma menor evasão de alunos por conta disso (Coordenador 4).

A estruturação do currículo para a atuação do fisioterapeuta deve centrar sua perspectiva em uma articulação teoria-prática, com atividades diversas para uma aproximação e inserção gradativa do aluno em situações concretas, cenários reais e representativos para atuação e formação de melhor qualidade adequada à realidade e às necessidades de saúde.

Categoria 2 – Processo de ensino-aprendizagem

De acordo com as DCN, a formação deve privilegiar a utilização de metodologias ativas que estimulem a construção do conhecimento e a integração de conteúdos. Deve, também, estimular a interação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência, contribuindo para um contexto em que se aprendem uns com os outros de modo plural, respeitando a diversidade cultural e de valores.

Art. 9º O Curso de Graduação em Fisioterapia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência (BRASIL, 2002).

No PPC1 e PPC3 não existe nenhum capítulo específico sobre o processo de ensino aprendizagem ou quais concepções e estratégias pedagógicas o curso está sustentado. Informa que o currículo tem um enfoque na inclusão social, enfatizando a formação de um profissional que saiba realizar um trabalho em equipe com os diferentes profissionais da saúde e da educação. No entanto, podemos inferir que o processo de ensino-aprendizagem está voltado para uma concepção tradicional de ensino-aprendizagem, pela forma como apresenta as disciplinas teóricas e aulas expositivas a serem desenvolvidas no curso.

O PPC2 apresenta metas e ações desde o início do processo de reformulação curricular para um modelo de ensino mais dinâmico e integrado com a realidade profissional de forma articulada com o sistema de saúde brasileiro, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Fazem parte desse processo a reestruturação e flexibilização da matriz curricular, visando à futura implementação de módulos de disciplinas, e a utilização de metodologias ativas nas disciplinas, visando a transdisciplinaridade. Insere como meta de capacitação docente a ação de reuniões temáticas sobre o processo de ensino-aprendizagem, adequação do conteúdo das disciplinas, o conteúdo teórico-prático readequado de forma a suprir as necessidades de correlação entre as áreas de conhecimento básicas e aplicadas e a implementação do programa de tutoria. Enfatiza que o fisioterapeuta formado neste curso é um profissional humanista apto

a atuar em todas as áreas da Fisioterapia, com habilidades e atitudes reflexivas e investigatórias, nos diferentes níveis de atenção à saúde. Desta forma o processo de aprendizagem pode ser caracterizado por concepções de aprendizagem construtivistas.

O PPC4 apresenta os princípios direcionadores do projeto pedagógico, como: a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, prática profissional como eixo norteador do projeto pedagógico, problematização do ensino a partir da prática e da pesquisa, interdisciplinaridade, postura ativa do estudante na construção do conhecimento e postura facilitadora/mediadora do docente no processo ensino-aprendizagem. Busca-se, dessa forma, desenvolver a iniciativa, o espírito crítico, a criatividade, o conhecimento da realidade e o compromisso social do estudante, aprimorando a sua atuação a partir da articulação e integração dos conhecimentos e das habilidades. Desta forma este processo de aprendizagem pode ser caracterizada por concepções de aprendizagem sócio construtivista dada a capacidade de reflexão sobre o ambiente, comprometido a intervir na realidade para muda-la conforme cita MIZUKAMI (1996).

O ensino modular presente no PPC4 pressupõe uma proposta pedagógica que se insere nos princípios da Pedagogia Problematizadora onde o estudante é o protagonista central, e constrói com o professor as oportunidades de ensino-aprendizagem, a partir da realidade posta com ênfase na aprendizagem interprofissional e interdisciplinar na perspectiva da integralidade do cuidado.

A abordagem da educação interprofissional é uma modalidade de formação em saúde que promove uma formação para o trabalho em equipe integrado e colaborativo entre profissionais de diferentes áreas com foco nas necessidades de saúde de usuários e população, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição e à fragmentação conforme o que referem PEDUZZI (2013) e BAAR et al., (2005).

Agregando a ideia da educação interprofissional, sobre o processo de reabilitação defendido pelo COFFITO na resolução 80 está descrito que:

É um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não caracterizando área de exclusividade profissional e sim uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar bio-psico-social do indivíduo, onde a cada profissional componente da equipe, deve ser garantida a dignidade e autonomia técnica no seu campo específico de atuação, observando os preceitos legais de seu exercício profissional.

Sobre a educação interprofissional e interdisciplinar destacamos o seguinte relato:

[...] quando os alunos de cada um dos seis cursos entram eles são todos misturados e, por exemplo, eles vão ter aula do eixo biológico eles são mesclados nas aulas tanto os alunos do curso da fisioterapia, psicologia, nutrição, educação física, terapia ocupacional e serviço social e esse conteúdo é dado pra eles e sempre fazendo relação de como cada área precisa desse conteúdo na sua área de formação (Coordenador 4).

A proposta da educação interprofissional e interdisciplinar constitui-se em um caminho para que áreas científicas delimitadas e separadas encontrem-se e produzam novas possibilidades.

A proposta da interdisciplinaridade do currículo do PPC4 apresentando um núcleo comum aos seis cursos de graduação da área da saúde, procurando integrar conteúdos/disciplinas em eixos e módulos interdisciplinares propicia está apoiado também em Nascimento et al., (2010) na familiarização com as outras áreas, de modo legitimado e em relações horizontais o que requer humildade e disponibilidade desde a formação, para reconhecer dificuldades e posições diferentes em relação a um mesmo objeto.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), quanto maiores os índices de interdisciplinaridade, pactuações interinstitucionais, cenários diversificados de aprendizagem e os fatores de exposição dos alunos (não mais somente o professor, o livro, a pessoa internada ou no ambulatório-escola), maior a instauração de possibilidades à integralidade das práticas em saúde.

Quanto à organização do curso na perspectiva da interdisciplinaridade alguns coordenadores discorreram sobre o assunto.

A integralização do ciclo básico e ciclo profissionalizante é a parte mais difícil [...] eles em algum momento entram juntos em sala para fazer o aluno raciocinar em cima do conteúdo [...], por exemplo, na anatomia a gente está fazendo em forma de discussão de caso e aí fica mais fácil fazer essa integração (Coordenador 2).

O relato anterior sobre a “integralização” ser a parte mais difícil pode incorporar a ideia quando Fazenda (1997) refere que exercer a interdisciplinaridade exige certa dose de ousadia para transformar insegurança em processo de construção de conhecimento.

Segundo Haas (2009, p. 22),

O exercício da interdisciplinaridade exige disponibilidade para buscar novos conhecimentos, experimentar diferentes soluções e atender às solicitações do outro. É uma atitude de abertura, de não-comodismo, e de descoberta em que o professor destitui-se de seu poder autoritário para aprender junto aos alunos. Isto é, para se descobrir.

O processo de aprendizagem baseado na educação interprofissional e interdisciplinar é um preparo para melhor atuação no campo de trabalho visando à integralidade do cuidado e o trabalho em equipe, sendo uma parte condicionante para a melhoria nesse sentido. No entanto, apenas um curso estudo possui um currículo que está desenhado de forma a contemplar esse aspecto.

O PPC5 pretende contribuir para a formação de profissionais com desenvolvimento de capacidades para o trabalho multidisciplinar, voltado para atividades de ensino e pesquisa, além das atividades assistenciais inerentes à profissão e para isso utiliza dos recursos existentes nos departamentos das áreas básicas, hospitalar e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) propiciando a formação de profissionais capacitados e aptos a lidar com problemas dos mais simples aos mais complexos.

Porém o PPC5 não apresenta como acontece o processo de ensino-aprendizagem ou quais concepções e estratégias pedagógicas o curso está sustentado, mas podemos apontar que o processo de ensino-aprendizagem do PPC5 é tradicional, pela forma como apresenta as disciplinas teóricas a serem desenvolvidas no curso com uma concepção de aprendizagem pautada na transmissão do conhecimento.

Constata-se dessa forma que relativo ao PPC1, PPC3 e PPC5 os processos de ensino-aprendizagem deveriam trazer a construção e prática do conhecimento resultante de uma educação que vá além de uma transmissão de informações com o sentido de aproximar a formação dos profissionais de saúde das reais necessidades dos usuários e do sistema passando pela proposta de considerar a necessidade de fundamentar os princípios que estão configurando essa formação destacando-se o papel do professor, o papel do aluno e a estreita relação entre teoria, prática e avaliação, no contexto das diversas tendências pedagógicas.

As DCN apontam, como elementos para o processo de ensino-aprendizagem, o desenvolvimento de metodologias que ressaltem a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento, sendo que a função principal do educador, nesta abordagem educacional, passa a ser a de mediador/facilitador, capaz de criar situações e condições de aprendizagem a fim de construir saberes a partir dos conhecimentos prévios que os estudantes trazem diante de situações-problema apresentadas, sejam reais ou simuladas (CONASEMS, 2008).

A possibilidade de uma prática pedagógica que ultrapasse os limites do treinamento puramente técnico e tradicional para a formação de um sujeito crítico, reflexivo e transformador em decorrência das mudanças que ocorreram nas propostas curriculares e nas práticas de ensino, visando a formação integral do aluno, na compreensão das relações de

trabalho, nas questões relacionadas ao meio ambiente e saúde propiciando a interdisciplinaridade e a articulação teoria-prática estão a busca por metodologias inovadoras, porém isso ainda não é uma realidade na proposta da maioria dos PPC analisados.

Algumas das importantes metodologias educacionais que contribuíram ao longo do tempo para o processo de ensino-aprendizagem, de processos educativos baseados nos princípios de uma pedagogia crítica, transformadora e abrangente são as que contribuem para o SUS que queremos (VASCONCELOS et al., 2009).

Quanto às práticas pedagógicas os coordenadores puderam relatar as que são utilizadas no processo de formação e a proposta que está sendo trabalhada.

[...] nós teremos uma segunda oficina para introduzir as metodologias ativas porque um ou outro docente acaba utilizando isso no curso em seu módulo, mas a maioria é tradicional o que não atende aos alunos porque não tem um significado (Coordenador 4).

A primeira coisa que nós estamos fazendo agora é um pente fino em todo o processo de ensino aprendizagem do curso e do campus trabalhando aplicação, capacitação e outras ferramentas de ensino mais modernas porque a gente sabe que o sistema de dar aula de duas ou quatro horas e depois uma prática de estágio está falido. [...] nós estamos a cada seis meses tendo um fórum de graduação que a gente discute todo esse processo [...] a gente tá aos poucos tentando mudar isso [...] implantar inclusive a disciplina bilíngue favorecendo os nossos alunos e os que vêm de fora (Coordenador 5).

Os entrevistados demonstraram que as práticas docentes universitárias atuais tem sido alvo de questionamentos em relação ao ensino e aprendizagem, e os tipos de metodologias utilizadas em sala de aula, fazendo-se necessário a verificação da eficácia e eficiência das práticas docente nestes processos confirmando o que refere Borges (2014), sobre o uso das metodologias ativas serem um recurso didático na possibilidade de formação crítica e reflexiva do estudante universitário, trazendo a participação coletiva democrática como requisito fundamental para uma aprendizagem significativa, que visa por meio da reflexão, e do compartilhamento de conhecimento, uma formação do individuo como um ser que se forma à medida que se relaciona e se apropria da realidade humana.

Nos relatos de todos os entrevistados foi possível verificar que os mesmos demonstram preocupação com situações de aprendizagem e construção do conhecimento significativo, eles entendem que “o sistema de dar aula e ir para a prática está falido” no sentido de que os conteúdos do currículo devem integrar teoria-prática durante todo o processo de ensino-aprendizagem dentro de uma totalidade dinâmica possibilitando a construção do conhecimento a partir da realidade.

Nos últimos anos, a necessidade de mudança na educação de profissionais da saúde tem sido reconhecida diante das dificuldades da formação em corresponder às demandas sociais. As IES enfrentam muitos desafios, dentre eles, o de elaborar, implementar e avaliar boas propostas pedagógicas, traduzidas no desempenho satisfatório do estudante ao longo dos cursos e na formação de qualidade (DELLA BARBA et al., 2012).

Os entrevistados puderam expressar também suas opiniões quanto à mudança das metodologias de ensino.

[...] alguns docentes tem afinidade por se capacitar [...] isso de fato pra mim abriu a minha mente porque eu queria mudar meu estilo de aula (Coordenador 4).

[...] uma professora substituta tentou implantar outro método e você sabe que aqui não deu certo? Ela tentou implantar com os nossos alunos e não obteve êxito, isoladamente não foi uma boa, pela minha visão e pela devolutiva dos alunos [...] não tornou nem mais dinâmica nem mais proveitosa (Coordenadora 3).

[...] a carga horária é pequena e cheia de disciplinas e não existe muito espaço para você trabalhar oficinas, rodas de conversa. Eu acho que nos estágio é conservador, mas você consegue trabalhar essas questões de discussão, mas sempre nessa posição hierárquica, o professor é o centro e o aluno faz o que ele manda (Coordenador 1).

[...] todas as disciplinas deveriam ter um pouco desses componentes e muitas delas, senão a maioria é muito especializada [...] os docentes ainda são muito pragmáticos [...] a gente precisa quebrar isso [...] isso não casa muito com a matéria prima que nós estamos recebendo agora que é um aluno totalmente diferente que tem toda capacidade de acessar informação, mas é mais imaturo. O ambiente mudou totalmente também e a forma de ensinar deve ser outra porque as ferramentas são outras (Coordenador 5).

A fala de alguns participantes da entrevista demonstra ser necessário que os professores aprendam a pensar estratégias de correlacionar a teoria e a prática visando uma aprendizagem significativa agregando transformações em suas práticas, já que o método tradicional tem se mostrado ineficaz e ineficiente em função das exigências da realidade social buscando de modo criativo e adequado a resolução dos problemas que emergem na formação.

O fato de que “não deu certo” na tentativa de implantação do método em um dos relatos, vale ressaltar o fato de que repensar ou modificar o papel de um, implica em rever o papel do outro. Assim, o papel do aluno também passará por um processo de transformação, ele deixa de ser subestimado para se tornar um aluno ativo e participativo no processo de construção de conhecimento.

Ao abordar esta questão, Nóvoa (2000) ressalta que o professor, ao deslocar a atenção exclusiva dos saberes que ensina para as pessoas a quem esses saberes vão ser ensinados,

sente a necessidade imperiosa de refazer uma reflexão sobre o sentido do seu trabalho. Para o autor, seria necessário que essa reflexão tivesse, simultaneamente, uma dimensão individual (autorreflexão) e uma dimensão coletiva (reflexão compartilhada).

É imprescindível, portanto, a formação de um docente crítico-reflexivo, dotado de conhecimento e habilidades e, principalmente, capaz de refletir sobre a sua prática.

Categoria 3 – Avaliação do Estudante

Compreende a avaliação de processos, produtos e resultados das intervenções educacionais, contemplando a perspectiva de todos os envolvidos. De acordo com as DCN, a avaliação deve ser permanente, a fim de permitir ajustes e seu aperfeiçoamento, em processo.

A avaliação tratada nessa pesquisa diz respeito à avaliação processual de acompanhamento do processo de aprendizagem que deve ser baseada em competência, habilidades e conteúdos. As metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso devem estar em consonância a dinâmica curricular da instituição à qual pertence.

A avaliação da aprendizagem deve ser compreendida como uma reflexão crítica sobre a prática para ter como ponto de partida a possibilidade de novas estratégias de planejamento. Portanto, é um processo contínuo e democrático. Não deve visar exclusivamente ao resultado final e nunca ter caráter punitivo.

Sobre os processos de avaliação, as DCN não oferecem orientações sobre os fundamentos e procedimentos de avaliação, mas preveem a avaliação como descrito:

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Fisioterapia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares (BRASIL, 2002).

O PPC1, PPC3 e PPC5 também não abordam em seus documentos, sobre a avaliação do aluno, porém o PPC2 e PPC4 discorrem em maior detalhe e caracterizam suas avaliações, apontando inclusive instrumentos.

No PPC 2 a concepção de avaliação está fundamentada nos princípios de uma avaliação processual e formativa. O processo avaliativo é composto por uma avaliação formativa final a cada semestre por disciplina, e uma avaliação processual de acompanhamento do processo de aprendizagem. A avaliação em cada disciplina do PPC2 pode ocorrer de duas formas:

processo avaliativo objetivo, que utiliza questionários, provas, relatórios, seminários, estudos de caso, portfólio e o processo avaliativo subjetivo que avalia de forma global o aprendizado do aluno por meio de sua participação e contribuição na discussão do tema da aula, demonstração de habilidades e de conhecimentos prévios, o fluxo de questionamentos respeitando o ritmo individual de cada estudante. São levadas em consideração tanto as aprendizagens cognitivas, quanto as procedimentais e atitudinais e apresentam também os instrumentos específicos para os diferentes atores - professores e estudantes (avaliação das disciplinas e professores do curso pelos estudantes e auto avaliação do estudante), sob a forma de questionários de múltipla escolha ou abertos.

Entende-se que o foco principal da avaliação deve ser formativo, para proporcionar o acompanhamento contínuo do desempenho dos estudantes e do processo educacional, e função somativa, para assegurar, ao final do processo instrucional, o nível de competência dos estudantes, quanto ao alcance dos objetivos de aprendizagem.

O PPC4 refere que o processo de avaliação da aprendizagem em um currículo que se assume a educação interprofissional e a interdisciplinaridade como princípios orientadores exige a articulação entre as diferentes práticas, estratégias, critérios e instrumentos na perspectiva da consolidação de uma cultura de avaliação da aprendizagem comprometida com o desenvolvimento das pessoas. A avaliação formativa caracteriza-se por um processo contínuo e um mecanismo de retroalimentação composta por duas avaliações, cognitiva e atitudinal, que compõe a nota final.

Para a composição deste processo de avaliação o PPC4 coloca que são diversas e múltiplas as práticas de avaliação articulando a natureza dos conteúdos, as características da turma e os objetivos de aprendizagem delineados para uma dada unidade curricular. Em cada eixo há uma perspectiva de avaliação individual e em grupo tendo como instrumentos a prova escrita, prova teórico-prática, prova com consulta, trabalho escrito, diário de campo, fichamentos de textos, ensaio, resenhas, seminário, trabalho de campo e textos coletivos, jogos, estudo dirigido, situação problema, caso motivador e o trabalho de conclusão do módulo.

O PPC4 refere que procura articular o objeto educacional disciplinar, para o desenvolvimento de competência, na promoção de mudanças nas práticas profissionais. A forma da avaliação referida está vinculada a critério-referenciada com base em um padrão de critérios que indicam a concretização de objetivos educacionais preestabelecidos em termos absolutos.

Um dos princípios do processo educacional centrado no desenvolvimento de competência é que o sistema de avaliação esteja também em conformidade com esses princípios. Desse modo, seria incoerente se o sistema de avaliação proposto no PPC4 fosse orientado pelos instrumentos tradicionais de avaliação, seguindo a lógica positivista, com práticas avaliativas classificatórias, disciplinadoras, excludentes, arbitrárias, fundamentadas na competição, no individualismo e na identificação de desigualdades.

Um dos entrevistados relatou sobre o seu entendimento nesse processo.

O processo de avaliação mudou muito, já não é fazer prova e pronto, não tem funcionado mais assim. É comum você ver várias formas de avaliação, participação do aluno, participação em visitas direcionadas, seminário, participação em aula prática, elaboração de projetos, isso tudo a gente tem fomentado aqui (Coordenador 5).

Tanto o PPC2 como o PPC4 está de acordo com a ideia segundo Abrantes (2001) de que “o currículo e a avaliação são como componentes integrados de um mesmo sistema e não como sistemas separados” e que “a avaliação envolve interpretação, reflexão, informação e decisão sobre os processos de ensino e aprendizagem, tendo como principal função ajudar a promover ou melhorar a formação dos alunos” (ABRANTES, 2001, p. 46-47). Nesse processo de avaliação propostos nos PPC em que são levadas em consideração tanto as aprendizagens cognitivas, quanto as procedimentais e atitudinais a avaliação demonstrou basear-se na observação do que o aluno faz e sua evolução em diferentes momentos e em diversos contextos.

A compreensão sobre a avaliação do estudante requer a atenção dos educadores e de toda sociedade não apenas à dimensão pedagógica, segundo Hoffmann (2001) refere, ao observamos que tanto as DCN como a maioria dos PPC analisados não esclarece sobre os fundamentos e procedimentos de avaliação e de modo geral e simplificado sobre dois grandes grupos antagônicos segundo Romão (1998), as concepções de avaliação dos PPC1, PPC3, PPC5 correspondente a um sistema educacional positivista enquanto dos PPC2 e PPC4 tendendo para uma teoria dialética do conhecimento preocupada com a criação e transformação.

Assim também segundo Hofmann (2000) ao refletir sobre o significado dessa prática secular de correção de tarefas e provas pelos professores aponta duas posturas que naturalmente se opõem e que também correspondem à avaliação dos realizada pelos PPC1, PPC3 e PPC5 como a avaliação classificatória e os PPC2 e PPC4 como uma avaliação mediadora que propõe uma ação reflexiva da aprendizagem, ao invés de uma avaliação

classificatória, de julgamento de resultados desenvolvem-se em benefício ao educando para a reflexão à ação.

EIXO PROFISSIONAL

Categoria 1 – Perfil Geral

Perfil Geral compreende as capacidades gerais esperadas na atuação do profissional. Segundo as DCN, o perfil geral deve ser generalista, humanista, crítico e reflexivo, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

As DCN definem o perfil do fisioterapeuta como descrito em seu Art. 3º.

Art. 3º 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).

O PPC1 apresenta o perfil do profissional a ser formado com atuação em atendimento, educação e pesquisa, devendo ter o compromisso e sensibilidade com o ser humano, valorizando-o e respeitando-o integralmente apontando para isso a necessidade de estar preparado para contribuir com a sociedade, integrado à realidade, contemplando a agregação de aspectos biológicos, sociais e psicológicos, da Fisioterapia preventiva, curativa e reabilitadora, como também o estado físico normal e patológico de maneira interligada e equilibrada e evidenciam as habilidades, competências e atitudes a serem conseguidas na sua formação.

O PPC1 descreve o perfil do profissional que pretendem formar correspondendo aos princípios e compromissos, competências e habilidades de acordo com as DCN.

O PPC2 seguiu as recomendações das DCN tendo como perfil do formando egresso/profissional o fisioterapeuta generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. O fisioterapeuta formado é um profissional humanista apto a atuar em todas as áreas da Fisioterapia, com habilidades e atitudes reflexivas e investigatórias, nos diferentes níveis de atenção à saúde (promoção, manutenção, prevenção e reabilitação), com autonomia pessoal,

intelectual e profissional, necessárias para contribuir com o processo contínuo de aprendizagem e atualização. Há o entendimento sobre formar pessoas reflexivas, empreendedoras e, sobretudo, excelentes cidadãos não bastando formar apenas profissionais tecnicamente competentes e cientistas, mas pessoas com ética da causa pública, num processo civilizatório.

O PPC3 no item perfil profissional estabelece o objetivo de formar um profissional da área da saúde que compreenda o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidade. Este profissional deverá ter uma visão generalista, humanística, crítica e reflexiva, capacitando-o a atuar em todos os níveis de atenção a saúde; preventivo, curativo e reabilitador, visando à qualidade de vida dos indivíduos. Portanto correspondem às propostas das DCN quanto à categoria perfil geral do profissional, pois, dizem respeito ao perfil exigido para atuação do profissional.

O PPC4 informa que o egresso tenha uma formação profissional em saúde que o torne apto para o trabalho em equipe multiprofissional, com ênfase na integralidade no cuidado ao paciente. Por outro lado, esse egresso deve ter uma formação técnico-científica e humana de excelência na área específica de atuação da fisioterapia contemplando uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com capacidade para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual, formação para o respeito aos princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade, conhecimento e compreensão do movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, competência para preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções e competência para elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.

O PPC5 optou por formar um aluno generalista, ou seja, um profissional apto a prestar assistência em diversas áreas seja na atenção primária à saúde como nos núcleos de saúde da família ou na atenção terciária. Nos objetivos do curso aponta que busca oferecer opções que possibilitem a diversificação necessária para que o profissional tenha pleno conhecimento das áreas de saúde, do comportamento e da reabilitação oferecendo espaços de engajamento político, cultural e científico. Objetiva que a formação possa atender ao sistema de saúde vigente no país e também vivenciar atividades de atenção integral da saúde dentro do sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, assim como o trabalho em equipe multiprofissional.

Os PPC contemplam o perfil geral preconizado pelas DCN, porém alguns de maneira mais explícita, apontando os objetivos gerais e específicos da formação, como o Perfil

Profissiográfico ou correspondendo às aptidões gerais, princípios e compromissos, competências e habilidades.

Os coordenadores trouxeram as informações quanto às atividades que possibilitam essa formação, as dificuldades e desafios para atingir esse perfil profissional.

Na proposta de formação na perspectiva de um perfil generalista, a fala dos entrevistados revela como está sendo tratada essa abordagem na organização do curso e quais atividades são desenvolvidas com esse objetivo e suas considerações.

[...] o que foi pensado que seja o profissional generalista quer dizer aquele profissional que não deveria sair só com uma especialidade [...] vamos dar a oportunidade para o aluno ter contato com todas as áreas [...] não no sentido do generalista de pensar a pessoa como um todo sabe mas no sentido de que ele tem esse arsenal de procedimentos advindos das principais áreas da fisio (Coordenador 1).

A gente é generalista no sentido de ter contato com todas as áreas, mas na verdade estamos formando mais especialistas porque o aluno já sai com a área que ele quer e vai para o campo privado (Coordenador 1).

O perfil de formação dos profissionais de saúde deve preconizar o desenvolvimento de sua capacidade de oferecer atenção integral (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Deve possuir uma visão ampliada e integral da coletividade, bem como do indivíduo a ser atendido, assim como um perfil de gestão, que planeje, organize, desenvolva e avalie ações que tragam benefícios à comunidade e que contemple os princípios do SUS.

Conforme alguns relatos ao se tratar da formação de um perfil generalista adequado à atuação em todos os níveis de atenção à saúde e às práticas integradas com o SUS, acaba por se encerrar apenas no ato técnico, o que poderia estar ocasionando conforme a fala de um entrevistado, que mesmo havendo contato com todas as áreas, o aluno escolha uma área específica para atuar no campo privado. Isso nos faz referenciar Freitas (2006) quando diz que é necessária que se assegure uma formação com as características de um trabalho interdisciplinar, da relação tanto com a comunidade quanto com a equipe de saúde, impondo a contextualização das práticas a serem desenvolvidas, e também a reorganização constante do serviço e das ações consideradas prioritárias na inserção da Fisioterapia na atenção básica e não apenas na demanda de disciplinas.

É importante ressaltar que as formas de intervenção, com ações educativas, de prevenção e promoção da saúde, e a participação junto a outros atores da saúde e da comunidade para a elaboração e execução de projetos de saúde coletiva, são muito recentes na Fisioterapia sendo necessário resignificar valores que fazem parte da sua identidade

profissional segundo cita Copetti (2004), porém Bispo Júnior (2009) reforça que apesar dos valores sociais vigentes e o modelo econômico e político, influenciarem diretamente a formação e o perfil dos profissionais, a universidade tem responsabilidade na formação profissional voltada para a resolução dos problemas e necessidades sociais, e não apenas para o atendimento às regras estabelecidas pelo mercado privatista.

A formação deve incluir e valorizar conhecimentos inerentes à Saúde Coletiva, ao SUS e às Ciências Sociais.

Alguns coordenadores falaram sobre a Saúde Coletiva na matriz curricular.

[...] acho que foi importante naquele projeto em relação à inclusão de disciplinas consideradas novas é que a gente deu uma fortalecida no eixo de saúde coletiva [...] acho que pra muitos cursos da fisioterapia na época também porque a coisa de inserir a saúde coletiva na matriz curricular está associada à diretriz né (Coordenador 1).

Existiram duas disciplinas uma era no primeiro ano que era saúde pública e a outra no terceiro ano que chamava fisioterapia preventiva [...] com a implantação do currículo a gente chamou de eixo da saúde coletiva [...] a gente criou vamos dizer assim um eixo que passasse pelo curso todo, então nesse sentido melhorou nisso (Coordenador 1).

A inclusão da Saúde Coletiva como base para reorientação do foco de atenção e da prática profissional do fisioterapeuta engloba e amplia a Fisioterapia reabilitadora, possibilitando o desenvolvimento da prática fisioterapêutica com direcionamento da atuação para o nível primário e destinado ao coletivo de pessoas potencializando os resultados das ações de saúde, pois além de inibir o surgimento e desenvolvimento de doenças evitáveis, busca transformar as condições de vida dos grupos populacionais.

Segundo o parecer das DCN (2001), os currículos devem construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Alguns relatos sobre como a inserção no SUS acontece na formação pôde ser verificada.

[...] aqui nós temos um hospital de altíssima qualidade que o aluno participa de todas as etapas [...] que tem todas as práticas ligadas a todas as áreas [...] ele tem inserção no ambulatório, centro de reabilitação, centro saúde escola, inserção em três UBS com estágios do PSF. [...] de cinco anos pra cá nós temos bastante organizada a questão do PSF e isso funciona muito bem [...] é bastante integrado e a gente tem uma equipe muito grande de fisioterapeutas (Coordenador 5).

Desde o primeiro ano o nosso aluno tem conhecimento do SUS [...] nós vamos todos para a rede nos serviços da prefeitura. [...] isso é o grande diferencial porque desde o

primeiro ano esse aluno ficou mais próximo da prática [...] começa a entender como é o território, entender os problemas de saúde, condições de vida dos moradores visitando as regiões tanto mais ricas como as mais pobres e ver a história de vida deles e depois eles utilizam tudo isso para pensar a fisioterapia. O que a gente espera é que de fato a formação seja de forma interdisciplinar [...] (Coordenador 4).

O ajuste do processo de formação em consonância com os princípios do SUS está na necessidade da busca de inovação das práticas pedagógicas, sobretudo da articulação entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras (ABENFISIO, 2007).

A atuação junto ao SUS na formação em Fisioterapia apresentado nos relatos dos entrevistados configura o que Rodriguez (2010) relata de que a inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, associado, principalmente ao início da criação da profissão, onde o fisioterapeuta era rotulado como reabilitador, porém, a busca por construir um espaço teórico-político na atenção primária advém de uma nova prática através de uma reconstrução voltada para a realidade social, econômica, epidemiológica e familiar. Tal fato pode ser visto até mesmo nas Diretrizes do NASF, ao explicar as ações do fisioterapeuta em um capítulo intitulado “Reabilitação e a Saúde Integral da Pessoa Idosa no NASF” restringindo o escopo das ações que podem ser realizadas por estes profissionais. O termo Reabilitação não deveria mais ser utilizado como designação pela classe de fisioterapeutas ou fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, uma vez que já em 2007 tinha se convencionado a adoção do termo Saúde Funcional.

A criação do Programa de Saúde da Família (PSF) foi crucial para uma reflexão conjunta da classe de fisioterapeutas sobre sua função e inserção na atenção básica de saúde, buscando aprimorar e estruturar as ações no sentido de consolidar as estratégias de atuação. Em 2008, visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, para garantir a continuidade e integralidade da atenção, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) possibilitou a inserção do fisioterapeuta e da saúde funcional na atenção básica, porém é um grande desafio consolidar sua prática na atenção básica já que a sua competência precisa ir além da boa técnica.

O campo de atuação profissional da Fisioterapia, sua interseção com a política de saúde no Brasil, a formação e prática prioritariamente para a clínica de reabilitação e para os centros de terapias hospitalares e a tendência no ensino superior de valorizar o individual, a terapêutica, a especialidade em consonância com o modelo médico-assistencial privatista, ainda hegemônico no Brasil, acabou mantendo a Fisioterapia à margem de muitas discussões que atualmente tem permitido avanços para outras profissões da saúde.

Barros (2008) destaca no contexto histórico, as controvérsias que ocorreram com relação à denominação da profissão e seu nível de autonomia no tratamento dos pacientes e na relação com outras categorias profissionais da saúde, especialmente a medicina quando cita que a indefinição com relação ao nome da categoria profissional não foi mera formalidade burocrática, mas representava, entre outros aspectos, disputas e atritos por espaço no mercado de trabalho, hierarquização das profissões, reconhecimento social, reconhecimento entre os próprios pares, autonomia ou subordinação da categoria e participação ou exclusão na produção dos conhecimentos científicos.

A partir da Resolução COFFITO nº. 80, de 1987, mudou-se o objeto de estudo e trabalho da Fisioterapia, transcendendo os ‘distúrbios do movimento’ e passando a focar o ‘movimento humano’ em si, “em todas as suas formas de expressão e potencialidades”. Ao assumir o movimento como seu objeto, o fisioterapeuta abriu a possibilidade de adotar uma perspectiva relacional, pensando o sujeito não apenas por suas características biológicas, mas também o considerando na sua dimensão social.

A partir da concepção ampliada do processo saúde-doença, a atenção à saúde intenta conceber e organizar as políticas e as ações de saúde numa perspectiva interdisciplinar, partindo da crítica em relação aos modelos excludentes, seja o biomédico curativo ou o preventivista.

A reflexão crítica da formação dos profissionais inseridos nos diversos cenários de produção de cuidados em saúde se faz necessária para aprofundar a análise de como essa formação vem ocorrendo.

A formação crítica reflexiva foi abordada pelos entrevistados e como entendem a proposta para atuação dessa forma e a influência das ciências humanas e sociais.

Sobre o aluno crítico reflexivo na disciplina saúde na cidadania sobre o tema da politização eles conseguiram espaços em instâncias decisórias, representação política e a partir daí eles estão sempre levando reivindicações do nosso curso para esses espaços [...] nesse momento eles estão liderando uma greve que estamos vivenciando na nossa universidade em prol do nosso curso. [...] a gente não tem que formar um aluno que fica fechado só no âmbito da fisioterapia, mas sensibilizar com o contexto político e econômico do nosso país e inserir a fisioterapia nesse contexto, isso a gente tem conseguido (Coordenador 2).

Aqui o nosso aluno tem contato direto com o pessoal das ciências humanas inclusive aulas com profissionais da humanas e o próprio perfil da universidade facilita a formação dessa forma. Mas uma coisa que a gente tem maior dificuldade aqui é que o aluno não tem tempo para nada que seja extra muro para que ele fique mais reflexivo (Coordenador 3).

[...] as disciplinas de ciências humanas que poderiam discutir os problemas sociais são totalmente desconectadas com a saúde e o aluno não entende e acha que não vai somar e nem agregar nada ao conhecimento dele (Coordenador 1).

A respeito da fala de um dos entrevistados sobre as ciências humanas estarem totalmente desconectadas com a formação em saúde refletimos o que expõe Meyer et al. (2006) apud Canesqui (2000), de que a experiência de problematizar as concepções da doença dadas pelo modelo biomédico e a própria condição do doente, recorrendo aos estudos sociológicos, históricos e antropológicos requer grande flexibilidade curricular e dinâmica no ensino, mas quando acontece, é capaz de permitir que as ciências sociais ofereçam reflexões que lhes são próprias sobre certos objetos que escapam às análises das ciências biomédicas. Contribuem também para que a imagem que o aluno de Fisioterapia tem das ciências sociais e humanas modifique-se para melhor e conclui que os docentes da disciplina Sociologia dos cursos da área da saúde têm a responsabilidade de facilitar a reflexão fazendo o intercâmbio entre as ciências sociais e a prática profissional, contextualizando o conhecimento à realidade da profissão na sociedade atual.

Signorelli (2010) também menciona o fato de departamentos que não dialogam entre si, bem como profissões que não se comunicam, concluindo que seria necessário que a universidade extrapolasse as barreiras dos seus muros, e que a comunidade universitária deixasse de olhar apenas para dentro de si.

A visão transdisciplinar esperada na formação do fisioterapeuta poderá preparar esse aluno para a cidadania, enfatizando a preocupação com o respeito aos colegas e pacientes e com a qualidade de vida, desenvolvendo a habilidade do trabalho em equipe.

O perfil do formando egresso/profissional fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde deve estar em harmonia com a prática acadêmica e profissional com a definição clara do seu objeto de trabalho e da formação profissional em diálogo com esse objeto em uma perspectiva interdisciplinar, sensibilizada e comprometida com o ser humano e não somente com a doença a fim de formar um profissional preparado para atuar no SUS.

Em vista disso, tanto o currículo como o modelo pedagógico do PPC2 e PPC4 analisados, permite desenvolver as capacidades esperadas para o perfil geral segundo as DCN, já que na formação para um profissional crítico e reflexivo insere um preparo que vai além da assimilação de conteúdos, com modelo promocional/preventivo, na interdisciplinaridade com o processo de formação articulado com o mundo do trabalho, ou seja, de um novo modelo de

atuação rompendo a separação existente entre teoria e prática o que representa condição indispensável à implementação e efetivação das diretrizes do SUS.

Os PPC1, PPC3 e PPC5 contemplam o perfil geral preconizado pelas DCN, porém é preciso compatibilizar a organização curricular, a proposta pedagógica e o processo de avaliação do estudante que se apresentam no modelo de ensino tradicional, tecnicista, com enfoque no indivíduo, descontextualizado, sem abertura para problematizar, refletir e construir um saber inerente à prática profissional. O enfoque coletivo não pode ser deixado de lado, em função da hegemonia do enfoque clínico.

Nessa perspectiva, é desejável que os profissionais de saúde sejam preparados para trabalhar em equipe multiprofissional, atuando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS para que ocorra a integralidade da atenção e o enfrentamento efetivo de todos os aspectos relacionados à saúde e vivenciados na prática profissional.

Categoria 2 – Atenção à Saúde

Atenção à Saúde compreende as capacidades relacionadas à assistência ou atenção à saúde da profissão.

De acordo com as DCN no Art. 4º a formação do fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2002).

Ao se adotar o referencial de tal competência, deve-se destacar que não se trata de um conjunto de ações ou procedimentos técnicos que precisam ser alcançados pelos alunos, mas, sim, da articulação dos vários saberes para a resolução de problemas e enfrentamentos das situações de imprevisibilidade, bem como a mobilização da inteligência para fazer, face aos desafios do trabalho.

A descrição sobre atenção em saúde, a partir do modelo de atenção proposto pelas DCN, de um cuidado voltado para a promoção em saúde, prevenção de doenças, tratamento e

reabilitação, está apresentada nos PPC em objetivos gerais e nas competências a serem desenvolvidas.

Os PPC1 e PPC3 indicam que existe algum direcionamento para esta categoria, por meio de algumas disciplinas ou estágios o que nos remete a refletir que a preocupação com o cuidado em saúde deveria estar mais presente e aprofundada nestes PPC dada a importância na construção de uma atenção à saúde baseada na perspectiva múltipla, interdisciplinar e participativa e do comprometimento que deve haver das instituições de ensino com o modelo de atenção à saúde preconizada pelo SUS.

Há que se ponderar também que a inserção do fisioterapeuta no SUS é um processo em construção, associado principalmente ao início da criação da profissão e à ressignificação do seu objeto de estudo entendendo que sua inclusão no ensino-serviço da atenção primária requer um esforço político gerencial preparando a rede de saúde como campo para sua atuação, o que se observa certa mudança nesse sentido, embora não se possa dizer que seja significativa no grau que se deseja atingir.

O PPC3 descreve que a vivência no serviço tem como objetivos permitir a experiência do aluno no serviço de saúde, principalmente no SUS, possibilitando a aquisição de conhecimentos e experiências nos diferentes níveis de atenção à saúde na formação de um profissional crítico e reflexivo. Em relação aos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades específicas da Atenção em Saúde não estão presentes no PPC em questão, mas, podemos destacar alguns conhecimentos como atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente, atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, dentre outros.

O não direcionamento de forma mais presente e aprofundada na maioria dos PPC sobre o tema da atenção em saúde nos reporta aos estudos feitos por alguns autores como Ghizoni et al. (2010) e Almeida et al. (2014) sobre integralidade e formação para o SUS na perspectiva de discurso dos graduandos em fisioterapia, onde se traduziu em faces variadas em decorrência, provavelmente, de uma formação profissional por vezes anti-integrais de cuidado e deficiências no processo formativo no que diz respeito ao atendimento integral para atuação no sistema de saúde vigente. Notou-se a dificuldade de incorporar a integralidade como tema transversal, de modo que a mesma não esteja restrita a um núcleo de disciplinas, mas,

presente em diferentes disciplinas e operacionalizada nas atividades práticas, estágios, projetos de pesquisa, extensão, dentre outras apoiando a ideia de Ceccim e Feuerweker (2004a) quando refere que só é possível um profissional capaz de promover ações integrais de saúde, em contextos diversos e com realidades distintas, se sua formação for pautada pelo princípio da integralidade.

O PPC5 relata que no decorrer de sua formação possibilita atividades de atenção integral da saúde dentro do sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, assim como o trabalho em equipe multiprofissional. Como competências gerais devem buscar as necessidades da sociedade onde está inserido nas formas de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, tendo em conta a resolução integrada do problema o que harmoniza com a ideia de Ayres (2009) quando refere a modelo de atenção à saúde a “convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações”.

Os PPC2 e PPC4 indicam um maior foco para a área do cuidado em saúde sendo que o PPC2 justifica que devido a demanda da profissão e das políticas públicas de saúde, tem o SUS como um grande cenário de prática assim como da implementação progressiva do currículo integrativo – modelo de ensino dinâmico e integrado.

Trelha et al. (2002), também aborda a questão das políticas de saúde que insiram e valorizem o trabalho do fisioterapeuta dentro das equipes de saúde serem necessárias para promover a integração do profissional na comunidade da mesma forma que uma atitude mais humanizada e uma visão mais integrada da sua área de atuação.

Nesse aspecto merece ser destacado o relato quanto ao despreparo da rede à inserção do fisioterapeuta no SUS por meio da prática profissional interdisciplinar.

[...] quando nós fomos para os estágios era a grande questão porque a gente não tem serviço escola [...] nós fomos todos para a rede, ou seja, para os serviços da prefeitura [...] aí vinha esse aluno com uma visão de formação totalmente diferente dentro da interdisciplinaridade muito aflorada e quando ele chega na prática o que acontece nos serviços é que a gente encontra equipes multidisciplinares e que nem muitas vezes são multidisciplinares mas que recebem o nome e quem dirá que a gente iria encontrar interdisciplinaridade (Coordenador 4).

A coordenadora relatou o trabalho realizado na capacitação dos profissionais e a relação entre os próprios profissionais de saúde:

[...] a gente então teve que fazer a contra partida e a universidade também tem o papel de capacitar os profissionais do serviço, então o docente tinha que fazer esses

dois pontos, tanto auxiliar nessa capacitação das pessoas que já são formadas e que tem sua formação tradicional e mostrar ao aluno neste processo a ser fisioterapeuta e lidar com essas diferenças. [...] acho que esse foi o grande desafio e isso é uma evolução desse projeto hoje [...] na questão dos estágios está muito mais tranquila as pessoas do serviço entenderam e falaram assim: nossa isso que vocês fazem tem um ar diferente e a gente quer aprender também. Então isso foi, está sendo muito prazeroso (Coordenador 4).

O compromisso com a integralidade das ações deve ser alcançado com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão com a inversão da lógica tradicional da formação em saúde abrindo espaços para a discussão interprofissional. A inserção ensino-serviço na atenção primária exige um esforço político gerencial. Também é preciso haver mudanças nas concepções acadêmicas e preparar a rede de saúde como campo de estágio, já que as mudanças nas grandes áreas da atenção básica ainda têm pouca expressão.

O PPC4 refere que a fim de alcançar os objetivos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com inserção em programa de saúde da família, unidades básicas de saúde, núcleos de apoio aos programas de saúde da família, consultórios e clínicas de reabilitação, hospitais em unidades de enfermagem e terapia intensiva, empresas, fundações de pesquisa, etc. assume princípios direcionadores como a indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão, estrutura curricular, conteúdos e estratégias de ensino-aprendizagem alicerçadas na prática, na forma em que esta se dá no contexto real das profissões na interdisciplinaridade, na educação interprofissional na graduação em saúde preparando profissionais para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado.

Sendo assim, o PPC4 ao assumir tais princípios, as necessidades de saúde são trabalhadas em várias dimensões visando a integralidade da forma mais completa possível conforme Cecílio (2001) refere, sendo fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, o que a denomina de “integralidade focalizada” e a “integralidade ampliada” articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas”.

Elucidando a proposta da formação anterior a respeito da educação interprofissional na perspectiva da integralidade do cuidado temos o seguinte relato:

[...] os alunos vão para a prática e na verdade eles já têm uma formação tão diferenciada e sentem que alguma coisa lá fora não acontece [...] a gente não encontra isso né, a gente encontra equipes multidisciplinares que muitas vezes nem multidisciplinares são que dirá que a gente iria encontrar interdisciplinaridade. O aluno especificamente na prática clínica ele consegue de fato correlacionar mais a teoria com a prática e não só pensar na questão da fisioterapia, mas como esse paciente pode ser atendido, por exemplo, na rede de saúde, como é que faz essa

ponte, como que o território em que ele está envolvido interfere no processo de saúde doença (Coordenador 4).

A formação do aluno nos PPC2 e PPC4 com inserção em todos os níveis de intervenção à saúde possibilita entre outros aspectos, a busca de saberes úteis à apreensão de necessidades e possibilidades de intervenção nos processos saúde-doença-cuidado, também chamado por Ayres (2009) de saberes mediadores na construção de modelos de organização das ações de atenção à saúde. Os modelos demarcados nesse sentido são modos de operar as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações visando o princípio da integralidade da atenção no contexto do SUS e seus desafios nos planos do conhecimento, das tecnologias e da ética a partir dos conceitos de vulnerabilidade, cuidado e humanização.

É essencial que fique claro que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, mas, segundo Mattos (2009, p.45) é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Categoria 3 – Gestão em Saúde

As DCN indicam a necessidade de preparar o egresso para desempenhar funções de gestor, porém, não define com clareza qual a natureza dessa atuação, tampouco prescreve ou recomenda componentes curriculares. A gestão em saúde para o perfil profissional esperado está apontada em competências e habilidades gerais como a tomada de decisões, comunicação, liderança, administração.

No Art. 5º, das DCN em competências e habilidades específicas relativas à gestão é exposto:

“desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultorias e auditorias no âmbito de sua competência profissional.” (parágrafo 9º).

“manter controle sobre a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança.” (parágrafo 14º).

A ênfase desses aspectos se dá especificamente no uso apropriado, eficácia e custo efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de

práticas devendo para isso possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

A comunicação deve ser acessível e manter a confidencialidade das informações assim como a capacidade de assumir liderança com compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz fazendo o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.

Os PPC1, PPC3 e PPC5 apresentam em competências e habilidades específicas necessárias para o exercício profissional incluindo a gestão de serviços de saúde a disciplina de administração em Fisioterapia que busca formar um aluno apto a assumir posição de liderança na equipe de saúde e na comunidade de inserção.

Dessa forma é importante destacar o que Ragasson et al., (2006) refere, assim como Rocha et al., (2010), da importância do fisioterapeuta atuar de forma integrada à equipe e das intervenções terapêuticas contextualizadas possibilitando qualifica-lo para a gestão em saúde, o que nos reporta a refletir que apenas a inserção curricular de uma disciplina não conseguirá dar conta de alcançar o processo de formação para essa competência.

No PPC2 foi inserida na reformulação curricular a disciplina de gestão em Fisioterapia deixando explícito que tem potencial de sensibilizar e instrumentar o aluno para as boas práticas da gestão visando à assistência humanizada, discussão regimentar da profissão no âmbito do SUS, da saúde suplementar e da assistência particular e também fundamentos de administração de serviços médicos hospitalares.

O PPC4, no item conhecimentos, competências e habilidades e em um dos eixos de formação são apresentados os conteúdos referentes à gestão em saúde que no terceiro e quarto ano do curso o eixo pretende trabalhar os módulos de gestão, planejamento, vigilância em saúde e demandas específicas dos cursos.

Dos cinco cursos analisados todos apresentaram em sua matriz curricular a disciplina de gestão/administração em saúde.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) afirma que o profissional fisioterapeuta deve estar apto a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e a administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos, dos materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores ou exercerem lideranças na equipe de saúde.

Entretanto é necessário expor que, para que isso ocorra o trabalho do fisioterapeuta deve estar centrado “a partir da nova concepção de saúde enquanto qualidade de vida e não somente à ausência de doenças”, o que habilita o profissional a trabalhar na “gestão, numa perspectiva de atuação na promoção da saúde e prevenção de doenças e não só no tratamento e na reabilitação”, segundo cita Pereira et al., (2004), ou seja, partimos mais uma vez da proposta curricular e do modelo pedagógico que cada curso elege para a sua formação profissional, o que a partir das análises realizadas neste estudo, apenas dois PPC contemplam os objetivos gerais, necessários para a atuação na gestão em saúde.

A prática gerencial do fisioterapeuta no estudo de Straub (2003) está em planejar, programar, executar ações específicas e realizar a educação permanente para a equipe por meio de relatórios das atividades, analisando e avaliando as ações praticadas, gerenciando reuniões de equipe, visando discutir os casos e os encaminhamentos de usuários aos diversos membros da equipe, bem como assessora a equipe nos cuidados formais aos usuários.

Convém refletirmos sobre a implantação das DCN, segundo alguns autores como Bertonecello e Pivetta (2015) e Costa (2015), destacam a necessidade do debate sobre o que se alcançou a partir de seus pressupostos considerando essencial, as DCN apresentarem aspectos quanto à gestão em saúde e educação em saúde, nos mais amplos sentidos que estas remetem, desde a gestão de serviços públicos e privados de saúde, até a gestão do cuidado propriamente dito, pois, apesar da clara indicação nas DCN, não existe de forma organizada e sistematizada o assunto “gestão” em disciplinas, módulos ou unidades didáticas dos cursos analisados.

Categoria 4 – Educação na saúde

Educação na Saúde compreende as capacidades relacionadas à aprendizagem ao longo da vida. Segundo as DCN, o estudante e o profissional devem aprender continuamente, tanto na sua formação como na sua prática, e devem se responsabilizar e assumir compromisso com a formação das futuras gerações de profissionais. Implica o desenvolvimento do raciocínio crítico e reflexivo e uma atuação baseada em melhores evidências, com domínio da metodologia científica, de modo a apoiar e contribuir para a produção de conhecimentos.

O art. 4º item VI das DCN sobre as competências e habilidades gerais tratam sobre a educação permanente dos profissionais os quais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

A educação na saúde é citada na própria descrição dos objetivos e metas de alguns PPC, dos estágios, disciplinas ou ementas sobre processos educativos, aprimoramento e capacitação contínua como meta que se aproximam da noção de educação na saúde.

Os PPC1, PPC3 e PPC5 apenas citam a educação permanente nos objetivos do curso em competências e habilidades gerais da formação em Fisioterapia.

O PPC2 refere que a educação na saúde é enfatizada na formação de um profissional integrado com a realidade da saúde brasileira, mais humanizado e ativo no próprio processo de educação continuada que valoriza a investigação em saúde.

No PPC4 é descrito que o propósito orientado por meio de uma perspectiva transdisciplinar, centrada nas relações entre alunos e professores, desenvolvimento de competências, tem como foco o contexto regional e direcionamento ao princípio da educação permanente. Cita ainda que a educação interprofissional se aplica tanto para a graduação das diferentes profissões de saúde como para a educação permanente.

Como citado anteriormente, segundo alguns autores, as DCN a partir de seus pressupostos necessitam apresentar aspectos quanto à educação em saúde, nos mais amplos sentidos que estas remetem e a partir da análise realizada, assim como nas DCN, a categoria educação na saúde apresenta-se sem evidências claras também na maioria dos PPC.

Como resultado de uma herança do modelo cartesiano, desenvolvendo um enfoque reducionista e mecanicista verificamos que a forma como o processo de aprendizagem se dá nas propostas curriculares analisadas e a capacidade de reflexão vivenciada nesse processo influenciará também no aprendizado consciente e permanente, na perspectiva crítica, em que aprender implica construir e não apenas adquirir conhecimentos.

Sendo assim, a tarefa constitucional designada pela reforma sanitária brasileira de formular políticas de formação para a área da saúde traz a análise da integralidade da atenção à saúde como eixo norteador da necessidade de mudança na formação dos profissionais dessa área, segundo cita Ceccim e Feuerwerker (2004) como a Educação Permanente em Saúde - EPS proposta pelo Ministério da Saúde (MS) para ser a política de educação do SUS. A EPS é uma atividade educativa de caráter contínuo, cujo eixo norteador é a transformação do processo de trabalho, centro privilegiado de aprendizagem como estratégia, apropriada para gerar reflexão dos profissionais em relação ao fazer e ao pensar como está sendo feito, abrindo oportunidades para o diálogo entre os diversos saberes, assim como a construção de um conhecimento implicado entre os envolvidos no atendimento.

Apesar das potencialidades da EPS, a mesma encontra muitos desafios para estabelecer suas metas por diversos fatores como: ações de educação na saúde ocorrer de modo fragmentado, pela falta de conhecimento ou diferentes concepções dos sujeitos e principalmente pelos gestores acerca da EPS, e, sobretudo, pela ruptura de projetos e políticas devido à alternância de governos e de partidos, conforme cita PERES (2016).

A EPS propõe mudanças sendo necessários atores comprometidos na articulação do ensino, da gestão e do controle social possibilitando rupturas da metodologia verticalizada de educação, através da problematização e da aprendizagem significativa, da escuta e do diálogo entre trabalhadores como processo educativo e de aprendizagem tanto na transformação individual como, coletiva e do trabalho nos serviços de saúde do SUS.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pôde evidenciar que os currículos analisados refletem tanto concepções conservadoras quanto modelos de superação das concepções tradicionais oriundas dos currículos mínimos.

Em relação ao Eixo Curricular, alguns cursos desta pesquisa distanciam suas propostas das DCN apresentando um modelo de currículo organizado por disciplinas fragmentadas assim como atividades didáticas e metodologias de aprendizagem tradicionais; constituindo-se de processos de aprendizagem com base na transmissão do conhecimento com foco biologicista em saúde, predominando a reprodução das práticas hegemônicas da abordagem tradicional do ensino, por meio de metodologias de ensino centradas no professor, o que não articula com o perfil do egresso e perfil profissional presente nos PPC dos cursos.

O relato de todos os entrevistados demonstrou preocupação com o modelo de aprendizagem e construção de conhecimento significativo devido à necessidade de mudança na educação de profissionais da saúde frente às dificuldades de corresponder às demandas sociais e ao desempenho satisfatório do estudante ao longo do curso para uma formação de qualidade.

Alguns cursos, porém, têm construído estratégias ao longo de seu processo de implementação curricular, avançando quanto às propostas das DCN, com disciplinas não direcionadas exclusivamente por conteúdos teóricos, mas na articulação entre teoria e prática, entre a parte básica, pré-profissionalizante e profissionalizante, através de disciplinas nas diferentes áreas de atuação da Fisioterapia e em crescente complexidade técnico-assistencial e de ações pedagógico-assistenciais além de uma inserção mais efetiva nos campo da atenção primária à saúde. Também ações curriculares que procuram integrar conteúdos e disciplinas em eixos e módulos interdisciplinares, priorizando a adoção de metodologias problematizadoras para o ensino, tendo como ênfase a educação interprofissional e interdisciplinar na perspectiva da integralidade do cuidado.

Em relação à inserção do aluno na prática desde o início do curso representa ainda uma dificuldade na formação, considerando que o contato tardio, principalmente nos serviços do SUS, torna difícil a articulação da teoria prática, dificultando a construção de um profissional diferenciado, porém, quando ele ocorre poderia estar influenciando também em uma menor evasão de alunos do curso, conforme relato de um coordenador de curso.

A educação interprofissional demonstrou estar contribuindo visivelmente para a formação de fisioterapeutas que se acham melhor preparados para uma atuação integrada em

equipe em consolidação às necessidades dos serviços e a qualidade da atenção à saúde da Fisioterapia aliada à interdisciplinaridade, que constitui um dos caminhos para que áreas científicas delimitadas e separadas encontrem-se e produzam novas possibilidades.

Em relação ao Processo de Avaliação do estudante as DCN não oferecem orientações sobre os fundamentos e procedimentos de avaliação e dois cursos analisados discorrem em maior detalhe e caracterizam suas avaliações, apontando inclusive os instrumentos utilizados. A avaliação critério-referenciada é apresentada em um PPC no qual procura articular o objeto educacional disciplinar, para o desenvolvimento de competência, na promoção de mudanças nas práticas profissionais.

No Eixo Profissional os PPC contemplaram o Perfil Geral preconizado pelas DCN, porém alguns de maneira mais explícita, apontando os objetivos gerais e específicos da formação, como o perfil profissiográfico ou correspondendo às aptidões gerais, princípios e compromissos, competências e habilidades.

Para o Perfil Geral do fisioterapeuta é necessário assegurar a contextualização das práticas a serem desenvolvidas através da relação tanto com a comunidade quanto com a equipe de saúde, entretanto essas ações são muito recentes na Fisioterapia sendo necessário ressignificar valores que fazem parte da sua identidade profissional. A fala de alguns entrevistados sobre a influência das ciências humanas e sociais permite sensibilizar os alunos no contexto político e econômico do nosso país e compreensão do significado dos problemas coletivos e individuais da saúde de grupos e segmentos sociais. Porém verifica-se que as ciências humanas necessitam estar mais conectadas com a formação em saúde oferecendo reflexões que lhes são próprias sobre certos objetos que escapam às análises das ciências biomédicas.

Em relação à Atenção à Saúde a minoria dos PPC indica um maior foco para a área do cuidado em saúde tendo o SUS como um grande cenário de prática assim como da implementação progressiva do currículo integrativo assumindo princípios direcionadores como a indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão, estrutura curricular, conteúdos e estratégias de ensino-aprendizagem alicerçadas na prática, na forma em que esta se dá no contexto real das profissões. A ideia de cuidado vem justamente tentar reconstruir uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades possível de se formar, em contextos diversos e com realidades distintas, com a formação pautada pelo princípio da integralidade.

A inserção do fisioterapeuta no SUS é um processo em construção, associado principalmente ao início da criação da profissão e à ressignificação do seu objeto de estudo e necessita de um esforço político gerencial preparando a rede de saúde como campo para sua

atuação e mudanças nas concepções acadêmicas, o que nesse sentido têm ocorrido, embora não sejam significativas no grau que se deseja atingir.

Estas experiências curriculares demonstram ser inovadoras e podem contribuir para discussões sobre o aperfeiçoamento das DCN e sobre a formação do fisioterapeuta.

No que diz respeito à categoria Gestão em Saúde a maioria dos PPC apresentam em competências e habilidades específicas as capacidades necessárias para o exercício profissional incluindo a gestão de serviços de saúde e inclui a disciplina de gestão/administração em saúde que busca formar um aluno apto a assumir posição de liderança na equipe de saúde e na comunidade de inserção, porém, apenas a inserção curricular de uma disciplina não conseguirá dar conta de alcançar o processo de formação para essa competência - É necessário que se tenha maior clarificação das DCN ao apresentarem os aspectos quanto à gestão em saúde desde a gestão de serviços públicos e privados de saúde, até a gestão do cuidado propriamente dito.

A categoria Educação em Saúde é apenas citada nos objetivos dos cursos em competências e habilidades gerais da formação em Fisioterapia sendo necessário que as DCN a partir de seus pressupostos apresentem aspectos também quanto à educação em saúde, nos mais amplos sentidos que estas remetem.

É possível observar que a formação e a prática em Fisioterapia, na maioria dos cursos analisados neste estudo tem a tendência de valorizar o individual, a terapêutica, a especialidade em consonância com o modelo médico-assistencial privatista, refletindo um grande desafio ao consolidar sua prática na atenção básica, já que a sua competência precisa ir além da boa técnica.

Inicialmente para a efetivação das DCN no cenário da formação em Fisioterapia e o ajuste em consonância com os princípios do SUS há a necessidade de articulação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras o que implicam mudanças: na concepção de saúde, na construção do saber, na concepção de educação, nas práticas clínicas em todos os espaços de serviços, nas relações entre profissionais e população, entre os próprios profissionais de saúde, nas relações entre professores e estudantes, nas relações de poder entre departamentos e disciplinas.

Existe a necessidade de apropriação das DCN pelo corpo discente, docente e coordenadores de curso possibilitando a reformulação e atualização dos PPC que necessitam superar suas práticas vigentes derivadas da rigidez dos currículos mínimos, diante das recomendações das DCN.

Considera-se que a mesma matriz de categoria utilizada nesse estudo pode revelar diferentes impactos para as distintas profissões o que nos remete sempre que cada curso tem uma história e uma trajetória dentro de seu contexto de formação.

O fato de alguns cursos não avançarem na implementação das DCN em seus PPC merece reflexão, assim como de algumas lacunas não preenchidas com o recorte que foi utilizado permitindo mais estudos para o avanço da formação nessa área a exemplo do currículo orientado para o desenvolvimento de competência do fisioterapeuta.

Considera-se a oportunidade de poder contribuir com as instituições de ensino que participaram desse estudo com a devolutiva que se disporá.

E finalmente, não se deve deixar de reconhecer que as iniciativas são importantes, na medida em que o reconhecimento de algumas falhas encaminha naturalmente para modificações positivas principalmente em relação ao lidar com novos valores que possam ser agregados à formação em Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

- ABENFISIO. I Congresso Nacional de Fisioterapia na Saúde Coletiva - **CONAFISC**. Relatório Técnico. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia. Brasília/DF; 2007.
- ABRANTES, P. **Reorganização Curricular do Ensino Básico**: princípios, medidas e implicações. Lisboa: Ministério da Educação-Departamento de Educação Básica. Lisboa, 2001.
- ALARCÃO, I. **Escola reflexiva e nova racionalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- ALMEIDA M.J. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.
- ALMEIDA, S. M. **A formação do fisioterapeuta sob a perspectiva da integralidade**. 107 f, 2013, Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, 2013.
- ALMEIDA, S. M. et. al. Integralidade e formação para o Sistema Único de Saúde na perspectiva de graduandos em Fisioterapia, **Fisioterapia Pesq.** 2014; 21(3): 271-278.
- ANASTASIOU, L. G. C. Propostas curriculares em questão: saberes e docentes e trajetórias da educação. In: CUNHA, M. I. da (Org.). **Reflexões e Práticas em Pedagogia Universitária**. Campinas, SP: Papyrus, 2007.
- ARAÚJO F. R. O. **Estágios**: realidade versus legalidade. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. **Palestra proferida na Oficina Regional de Implementação das Diretrizes Curriculares de Fisioterapia** de Campo Grande; 2006.
- ARRUDA F. T. **Tradução das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina de 2001**: análise do Projeto pedagógico das Universidades Federais da Região Sudeste do Brasil. 2015, 147p. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) - Universidade Federal de São Carlos. 2015.
- ARRUDA, G. N. C. **As Diretrizes Curriculares Nacionais e os Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem do estado de São Paulo**: conquistas e desafios. 2015. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) - Universidade Federal de São Carlos. 2015.
- ASSONI, M. P. **A formação do profissional nutricionista na perspectiva da atuação no Sistema Único de Saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) – Universidade Federal de São Carlos. 2015
- AYRES, J. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009.
- BARATA, R B. Cem anos de endemias e epidemias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.333-345. 2000.
- BARBOSA, P. R. A gestão da saúde no Brasil. Novas responsabilidades e novas práticas in: AHP, Carvalho RRP, Behreus PE, Silva NM. **Os Médicos e a saúde no Brasil**. Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1998.

BARR, H., KOPPEL, I., REEVES, S., HAMMICK, M., FREETH, D. **Effective interprofessional education**: arguments, assumption & evidence. Oxford: Blackwell; 2005.

BARROS, F. B. M. **A formação do Fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da Fisioterapia**. 2002. 122f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2002.

BALLESTER, M. **Avaliação como apoio à aprendizagem**, Porto Alegre, Artmed 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos de 1950. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(3):941-954, 2008.

BEHRENS, O. **Paradigma emergente e a prática pedagógica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

BENFATTI, X.D. **O currículo do Ensino Médio Integrado**: da intenção à realização. 2011. Tese. (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

BERBEL, N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Interface - Comunicação, Saúde Educação**. 1998; 2:139-54.

BERTONCELLO, D.; PIVETTA, H M F. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Fisioterapia: Reflexões. **Caderno Educação Saúde e Fisioterapia**, v. 2, n. 4, 2015.

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul.-set. 2009 p. 655-668.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (supl. 1); p. 1627-1636, 2010.

BORDENAVE, J. E. D ; PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**. 25 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias Ativas na Promoção da Formação Crítica do Estudante: O uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante de ensino superior. **Cairu em Revista**. Jul/Ago 2014, Ano 03, n. 04, p. 119-143.

BRASIL. Resolução N ° 04 de 28 de fevereiro de 1983. Fixa os mínimos de conteúdo e duração dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 mar.1983. Disponível em: <<http://www.prolei.inep.gov.br/pesquisar>>. Acesso em: 11 jul.2016.

_____ **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 12 jul.2016.

_____ **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional- lei nº 9394**, Brasília 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em: 10 jul.2016.

_____ Conselho Nacional de Educação. Conselho Nacional de Educação. PARECER CNE/CES 1.210/2001 publicado no **Diário Oficial da União** de 10/12/2001, Seção 1, p. 22.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior Resolução CNE/CES n. 4/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia. 2002.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Ministério da Saúde. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília, 2006. 162 p.: il. - (**Série F. Comunicação e Educação em Saúde**).

_____. Ministério da Educação e Cultura. **A tradição pedagógica brasileira**. In: Parâmetros Curriculares Nacionais (MEC, org.), p. 30-33, Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, MEC, 1997.

CAMPOS, F. E; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais do SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.1011-1035. 2008.

CANTO, C. R. D. L. Contribuições da abordagem curricular por competências para uma aprendizagem significativa, **E-Tech: Tecnologias para Competitividade Industrial**, Florianópolis, v. 1, n.2, p. 11-23, 2º. Sem., 2008.

CATANI, A. M. et al. Política Educacional, Mudanças no Mundo do Trabalho e Reforma Curricular dos Cursos de Graduação no Brasil, **Educação & Sociedade**, ano XXII, nos 75, Agosto/2001.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

_____. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, Rio de Janeiro, Set./Out. 2004.

_____. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. 2004a; 20(5): 1400-10.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001 p. 113-26.

_____. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.37, p.589-99, Abr./Jun. 2011.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.3, p.780-8, 2004.

COFFITO (conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional). Resolução COFFITO 80; **Diário Oficial da União**, 21 de maio de 1987.

COLL, C. **Psicologia e currículo**. 3. ed. São Paulo: Ática,1998.

CONASEMS. **A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e disciplinar.** Brasília: Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS, 2008.

COPETTI, S. M. B. Fisioterapia: de sua origem aos dias atuais. **Revista in Pauta.** 2004; 4:12-23.

COSTA, C. R. S.; MONTAGNA, E. A formação acadêmica do fisioterapeuta para sua atuação na gestão em saúde. **ABCS Health Science.** 2015; 40(3): 252-256.

CUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Ensino-aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais. **Interação em Psicologia,** v. 5 (2001).

CUTOLO, L. R. A. et al. Percepção dos Alunos do Curso de Graduação em Medicina da UFSC Sobre a Concepção Saúde-Doença das Práticas Curriculares. **Arquivos Catarinenses de Medicina,** v. 32, n. 4, 2003.

DE SOUSA, A.L.L. **Formação Profissional em Fisioterapia: o desafio dos avanços curriculares nos projetos pedagógicos da universidade.** 2014. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/9765/>> Acesso em: 02 jul. 2016.

DELLA BARBA, P. C. S. et al. Formação inovadora em Terapia Ocupacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v.16, n.42, p.829-42, jul./set. 2012.

ESPÍNDOLA, D. S; BORENSTEIN, M. S. Evolução histórica da fisioterapia: da massagem ao reconhecimento profissional (1894-2010). **Fisioterapia Brasil** – v. 12 – n. 5 – setembro/outubro de 2011.

FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva,** 19(3): 847-852 2014.

FARIA JUNIOR, A. G. Pesquisa em Educação Física: em focos e paradigmas. In: FARIA JUNIOR, A. G., FARINATTI, P. T. V. (Orgs.). **Pesquisa e Produção do conhecimento em Educação Física.** Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico; 1992 (Temas em Movimento, v. 2).

FAZENDA, I. C. Interdisciplinaridade-transdisciplinaridade: visões culturais e epistemológicas. In: _____ (Org.). **O que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Cortez, 2008. p. 17-28.

FENERICH, M. E. A. **Diretrizes Curriculares para o Curso de Psicologia: aproximações e distanciamentos dos Projetos políticos Pedagógicos.** Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) - Universidade Federal de São Carlos. 2015.

FERRAZ, D. **Diretrizes Curriculares Nacionais da Odontologia e análise dos Projetos Pedagógicos dos cursos do estado de São Paulo.** Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) - Universidade Federal de São Carlos. 2015.

FERRAZ, A. P. C. M. et al. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gest. Prod.,** São Carlos, v. 17, n. 2, p. 421-431, 2010.

FERREIRA, V. F. et al. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trabalho, Educação, Saúde,** Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 363-378, maio/ago. 2014.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L.; SENA R R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface**, Comunicação, Saúde, Educação, v.6, n.10, p.37-50, fev. 2002.

FLACH, C. R. C.; BENHRAIS, M. A. **Paradigmas Educacionais e sua influência na prática pedagógica.** Disponível em: <<http://www.grobo.com.br/rogerobarreto/mesuneb>>. Acesso em: 16 de ago. 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**, 17. ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

FREITAS, M. S. **A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional**, 2006. Tese. 138 p. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

GALLO, D. L. L. **A fisioterapia no Programa de Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e a formação universitária.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2005.

GRANDI, M.T.; BORDENAVE, J. E. D. La transferencia de tecnología apropiada al pequeño agricultor. **Revista Interamericana de Educación de Adultos**, v. 3, n. 1-2, p. 75-102, 1983.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 a. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIUSTA, A.S. Concepções de aprendizagem e práticas pedagógicas. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, n. 1, p. 25-31, 1985.

GUIZONE, A. C. et. al. A integralidade na visão dos fisioterapeutas de um município de médio porte, **Interface**, Comunicação, Saúde, Educação, v.14, n.35, p.825-37, out./dez. 2010.

HAAS, C. M. e NICIDA, D. P. Projeto Pedagógico Interdisciplinar na e para a Formação do Fisioterapeuta: Dialogando com as diretrizes curriculares. **Teoria e Prática da Educação**, v.12, n.1, p.17-23, jan./abr. 2009.

HADJI, C. **Avaliação desmistificada.** Trad. Patrícia C. Ramos. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

HOFFMANN, J. **Avaliação mediadora: uma prática em construção da pré-escola à universidade.** Porto Alegre, Mediação, 17 Ed., 2000.

_____. **Avaliar para promover: as setas do caminho.** Porto Alegre, Mediação, 2001.

LIBÂNIO, J. C. Tendências Pedagógicas na Prática Escolar. In: **Democratização da Escola Pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos.** São Paulo: Loyola, 1992.

_____. **Organização e gestão da escola: teoria e prática.** 4. ed. Goiânia: Alternativa, 2001.

LIMA, V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.369-79, 2005.

_____. **Learning issues raised by students during PBL tutorials compared to curriculum objectives.** 2002. Dissertação (Mestrado) - Department of Health Education, University of Illinois at Chicago, Chicago. 2002.

LOPES, A. C.; MACEDO, E., **Teorias de Currículo**, 1. ed., São Paulo: Editora Cortez, 2013.

MALTA, S. C. L. Uma abordagem sobre currículo e teorias afins visando à compreensão e mudança. **Espaço do Currículo**, v.6, n.2, p.340-354, maio a agosto de 2013.

MARÃES, V. R. F. S. et al. Distribuição territorial e características dos Cursos de Graduação em Fisioterapia: uma análise no ambiente virtual do Ministério da Educação. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**. v. 2, n. 3, 2015.

MARÇAL, M. Análise dos Projetos Pedagógicos de Cursos Graduação em Enfermagem, **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 117-125, maio/ago. 2014.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MASETTO, M. T. Inovação curricular no ensino superior: organização, gestão e formação de professores. In: MASETTO M. T (Org.) **Inovação no ensino superior**. São Paulo: Loyola, 2012.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro – RJ, 2009.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**. 2004; 20(5): 1411-16.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: R. Pinheiro, R.A. Mattos (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009, p. 43-68.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.39-64.

McNAIR, R. The case for education health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. **Medical Education**. v. 39, n. 5, may, 2005, p.456-464.

MEYER, P. F.; COSTA, Í. C. C.; GICO, V. V. Ciências sociais e fisioterapia: uma aproximação possível. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.877-890. 2006.

MEZIROW, J. **Transformative Dimensios of Adult Learning**. San Francisco: Jossey-Bass, 1991.

MINAYO, M. C. S. et.al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 24. ed., Petrópolis, RJ, Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, R. G. Da interdisciplinaridade. In: FAZENDA, I.C.A., (Org.). **O que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Cortez, 2008. p. 113-124.

- MIZUKAMI, M. G. N. **Ensino**: as abordagens do processo, SP: EPU, 1986.
- MORAES, M. C. Novas tendências para o uso das tecnologias da informação na educação. **Edutecnet**, 1998.
- MOREIRA, M. A. **Teorias de Aprendizagem**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1999.
- MOURA, J.B.V.S.; LÍDIA, A.L.; MARIA, T.M.V.; MIRNA, A.F.M. F.C. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. **História, Ciências e Saúde-manguinhos**. v.14, n.2, p.489-501,abr/jun.2007.
- MUNGUBA, M. C. S. Educação na Saúde – sobreposição de saberes ou interface? **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.23, n.4, Fortaleza-CE, out./dez 2010, 295-296.
- NASCIMENTO, F. A. P. A Prática Interdisciplinar: um novo olhar sobre o processo formativo do bacharel em Fisioterapia. **Revista Científica da FSA - Teresina - Ano VII – n. 7**, 2010.
- NEGRINE, A. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: MOLINA N., V, TRIVIÑOS A.N.S. (Org.). **A Pesquisa qualitativa na educação física**: alternativas metodológicas. Porto Alegre: Ed. Universidade UFRGS, Sulina; 1999. p. 61-93.
- NEVES, L. M. T.; ACIOLE, G. G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de saúde da família. **Interface**, Comunicação, Saúde, Educação. 2011; 15(37): 551-64.
- NEVES, M. F.; DAMIANI, R. A. Vygotsky e as teorias da aprendizagem. **UNIrevista**, São Leopoldo, v. 1, n. 2, p. 1-10, 2006. Disponível em: <<http://www.miniweb.com.br/Educadores/Artigos/PDF/vygotsky.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2016.
- NÓVOA, A. Universidade e formação docente. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. n.7, p. 129-137, agosto 2000.
- OLIVEIRA, L. M. P.; LEITE, M. T. M. **Concepções Pedagógicas**. Módulo Pedagógico. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. UNA-SUS UNIFESP, 2011.
- PACHECO, J. A. Critérios de avaliação na escola. In: ABRANTES, P.; ARAÚJO, F. (Coords.), **Avaliação das aprendizagens**: das concepções às práticas. Lisboa: Ministério da Educação, 2002, p. 55-64.
- PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol, M. Z.; Almeida F., N.(Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi. p.587-603. 2003.
- _____. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios a 13ª Conferência Nacional de Saúde, out de 2007. **Instituto de Saúde Coletiva**, Universidade Federal da Bahia.
- PAULO, C.M. **A formação do Profissional de Educação Física e a perspectiva da saúde pública**. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Carlos – 2013.
- PEDUZZI, M. et.al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enfermagem. USP** 2013; 47(4): 977-83.

PELLEGRINI, D. Avaliar para ensinar melhor. Diretor UDEMQ, Projeto Pedagógico, **Revista escola nova**, p. 74-75, 2008.

PENAFORT, J. John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE, S., PENAFORTE, J., SCHMIDT, H., CAPRARA, A., TOMAZ, J.B., SÁ, H., (Orgs). **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública/São Paulo: Editora Hucitec; 2001. p. 49-78.

PEREIRA, A. L. F. P. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5): 1527-1534 set-out, 2003.

PEREIRA, F. W. de A. et al. A inserção da fisioterapia na estratégia saúde da família em Sobral/CE. **Rev Sanare**, v. 5, n. 1, p. 93-100, 2004. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia/> Acesso: em 08 set.2016.

PERES, C. et.al., (2016). Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Epub August 15, 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00016>. Acesso em: 10 set. 2016.

PERES, C.M. et al. Abordagens pedagógicas e sua relação com as teorias de aprendizagem. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 47, n. 3, p. 249-255, 2014.

PERRENOUD, P. **Avaliação: da excelência à regularização das aprendizagens: entre duas lógicas**. Porto Alegre, Artmed, 1999.

RAGASSON, C.A.P.; ALMEIDA, D.C.S.; COMPARIN, K; MISCHIATI, M.F.; GOMES, J.T. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. **Revista Olho Mágico**, v.13, n.2, p. 1-8, 2006.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Manole; 1999.

REZENDE, M. de. **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 da equipe**. Um Estudo de Caso. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

REZENDE, M. et.al.. A equipe multiprofissional da Saúde da Família uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1): 1403-1410 2009.

ROCHA, V. M. Do corpo a corporeidade: repensando os saberes na formação dos profissionais fisioterapeutas. **Tese (Doutorado)** Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós Graduação em Educação; 2002.

_____. Articulação Ensino-Pesquisa-Extensão na implantação e implementação das Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia. **Palestra no XIV Fórum de Docentes da ABENFISIO**. Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia. João Pessoa/PB. 30 de maio - 03 de junho; 2006.

_____. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas, **Suplemento Fisioterapia Brasil - Abenfisio**, Fisioterapia Brasil, v. 11, n.5, set./out. 2010.

RODRIGUEZ, M. R. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Com. Ciências Saúde**. 2010; 21(3): 261-266.

ROMÃO, J. E. **Avaliação dialógica**: desafios e perspectivas. São Paulo: Editora Cortez, 1 a. ed., 1998.

SACRISTÁN, G J. **Escolarização e cultura**: a dupla determinação. In: SILVA, L. et al. (Org.). **Novos mapas culturais/novas perspectivas educacionais**. Porto Alegre: Sulina, 1996. p.34-57.

_____. **O currículo**: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SCHWALM M. T. **Matriz Curricular Modular**: uma possibilidade para estabelecer relação entre saberes. Disponível em: www.portalanpedsul.com.br/.../2008/.../02_07_25_Matriz_Curricular_modular.pdf. Acesso em 28 set. 2016.

SANTOMAURO, B. Inatismo, empirismo e construtivismo: três ideias sobre aprendizagem. 2012. Disponível em <http://acervo.novaescola.org.br/formacao/formacao-continuada/inatismo-empirismo-construtivismo-tres-ideias-aprendizagem-608085.shtml> Acesso em 15 out 2016.

SILVA, D. J; DA ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1673-1681. 2007.

SILVA, T.T. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

SIGNORELLI, M. C. et. al. Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautada em três eixos curriculares, **Fisioterapia. Mov.**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 331-340, abr./jun. 2010.

SOUZA, P. M. A. S. et. al. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.33, n.4, p.618-627 out./dez. 2009.

SOUZA, A. M. L. Avaliação da aprendizagem no ensino superior: aspectos históricos. **Revista Exitus**, v.2, n. 1, Jan./Jun, 2012.

STRAUB, C.D. **Educação formal de recursos humanos em saúde e o ensino na Fisioterapia**. Monografias – Curso de Fisioterapia da Unioeste, Cascavel (PR), 2003.

TEIXEIRA, C. B. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**: o perfil do fisioterapeuta. 2004. 145 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ, Curitiba, 2004.

TEIXEIRA, R. C. **Projeto Pedagógico dos Cursos de Fisioterapia da Região Norte à Luz das Diretrizes Curriculares Nacionais**: (des)caminhos da aderência, potencialidades e fragilidades. 2010. 227 f. Dissertação (Doutorado em Educação) - Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

TRELHA, C. S. et al. O processo de trabalho do profissional fisioterapeuta. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 4, n. 1, p. 15-21, dez. 2002.

TYLER, R. W. **Princípios básicos de currículo e ensino**. Porto Alegre: Globo, 1973.

VASCONCELOS, M. et. al. Módulo 4: **Práticas pedagógicas em atenção básica a saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009.

VÉRAS, M. M. S. et. al. O fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 5, n. 1, 2013.

VIGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

ZABALA, A. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

PERFIL DO ENTREVISTADO

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação Profissional:

Tempo de Formado:

Titulação:

Tempo como docente na Instituição:

Tempo como Coordenador de Curso:

Já coordenou o curso em outras ocasiões? Se sim, quantas vezes?

ENTREVISTA

1. Como foi o processo de construção da versão atual do PPC do curso? Você participou deste processo?
2. De que forma as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia foram incluídos no PPC?
3. Como essas diretrizes são aplicadas nas atividades curriculares?
4. Qual o perfil do egresso? Que atividades são desenvolvidas para se alcançar este perfil?
5. Como é feita e avaliada a abordagem da integralidade na atenção à saúde nas atividades curriculares?
6. Como se dá a inserção e a avaliação dos alunos no SUS? Como e em que momento ela ocorre?
7. Gostaria de fazer algum comentário ou observação?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde / Programa de Pós-Graduação em Gestão da
Clínica**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GRUPO XXXXXX

(Resolução 466/2012 do CNS)

ANÁLISE DOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA DO ESTADO DE SÃO PAULO À LUZ DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Eu, Kátia Tamae Sasaki, estudante do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar convido-o a participar da pesquisa “Análise dos Projetos Pedagógicos dos cursos de Fisioterapia do Estado de São Paulo à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais” sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Machado e co-orientação Prof.^a Dr.^a Aline Guerra Aquilante.

Diante do desafio da formação de profissionais de saúde, mais especificamente de Fisioterapia, de estarem integrados à realidade e às necessidades do sistema de saúde vigente, com formação generalista, humanizada, crítica e com ênfase no compromisso social e fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, o presente estudo se faz relevante.

Nesse sentido o estudo relacionado à implantação das DCN e como estão contempladas nos Projetos Pedagógicos de Cursos de Graduação em Fisioterapia será importante para analisar as conquistas e desafios relacionados para um currículo orientado por competência e voltado às necessidades de saúde da população entendendo que o currículo, nessa perspectiva, deve articular os objetos educacionais disciplinares, para o desenvolvimento de competência, promovendo mudanças nas práticas profissionais.

Você foi selecionado (a) por ser coordenador do curso de graduação em Fisioterapia, de uma das Instituições de Ensino Superior, públicas do Estado de São Paulo. Primeiramente você será convidado a responder uma entrevista semiestruturada com tópicos sobre diversos aspectos que envolvem de que forma as Diretrizes Curriculares Nacionais estão contempladas nos Projetos Pedagógicos de Cursos de Fisioterapia

A entrevista será individual, presencial ou através de internet (Skype), com duração estimada de trinta minutos e realizada no próprio local de trabalho ou em outro local, se assim

o preferir. As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora solicita autorização para estabelecer contato posterior, a fim de verificar os possíveis danos ocasionados e proceder quanto a novas orientações e encaminhamentos a profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Gestão da Clínica, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades para o trabalho em saúde.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista semiestruturada serão transcritas na íntegra pela pesquisadora, garantindo a máxima fidelidade à gravação.

Essa pesquisa não prevê qualquer gasto aos participantes, porém se isso ocorrer, ele será ressarcido pela pesquisadora.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (051) 8140-6821. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Machado (orientador)

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde- Curso de Pós Graduação em Gestão da Clínica/

UFSCar, Rod. Washington Luís, Km 235, São Carlos / SP

Fone: (16) 3351-8110

Katia Tamae Sasaki

(aluno de pós-graduação)

CCBS – Curso de Pós Graduação em Gestão da Clínica/ UFSCar, São Carlos / SP

Fone: (51) 8140 6821, email; katiatamae@gmail.com

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@ufscar.br

Local e data: _____

Nome do participante da pesquisa: _____

Número e tipo de documento de identificação _____

Assinatura do Sujeito da pesquisa: _____

APÊNDICE 3

CURSO 1

Eixos	Categorias de Análise	PPC1	Representação dos Coordenadores
Eixo C	C1- Organização do Curso	<p>“A carga horária total do curso é de 4.350 horas que devem ser integralizadas no mínimo em 4 e no máximo 8 anos.” (p.16). “A estrutura curricular apresentada nesse projeto pedagógico está em trâmite na Pró-Reitoria de Graduação da....., foi encaminhado em março de 2007.” (p.2). “De acordo com o artigo 6o. da Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002, que instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, “os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integridade das ações do cuidar em fisioterapia”.</p> <p>Assim, os conteúdos devem contemplar: I – Ciências Biológicas e da Saúde; II – Ciências Sociais e Humanas; III – Conhecimentos Biotecnológicos; IV – Conhecimentos Fisioterapêuticos.” (p.6-8) “[...] A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Fisioterapia proposto.” (p.8)</p>	<p>[...] em 2013 a gente fez uma reestruturação curricular, inserindo algumas disciplinas, mudando as terminologias de outras [...] aconteceram mudanças no sentido de introduzir algumas disciplinas e eliminar outras [...] tanto que o curso que a gente tinha antes da reforma ele permaneceu as disciplinas mais clínicas voltadas para terapêutica não mudou muito.</p> <p>[...] acho que foi importante naquele projeto em relação à inclusão de disciplinas consideradas assim novas é que a gente deu uma fortalecida no eixo de saúde coletiva [...] acho que pra muitos cursos da fisioterapia na época também porque a coisa de inserir a saúde coletiva na matriz curricular está associada à diretriz né.</p> <p>Existiram duas disciplinas uma era no primeiro ano que era saúde pública e a outra no terceiro ano que chamava fisioterapia preventiva [...] com a implantação do currículo a gente chamou de eixo da saúde coletiva [...] a gente criou vamos dizer assim um eixo que passasse pelo curso todo, então nesse sentido melhorou nisso.</p>
	C2-Processo Ensino-Aprendizagem	<p>“De acordo com o artigo 8o. da Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002, que instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, “o projeto pedagógico do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá contemplar atividades complementares e as IES deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e praticas independentes presenciais e/ou a distancia...”.</p> <p>Assim o curso possibilitará ao aluno uma gama de atividades complementares, para que ele possa concluir 120 h/s em Atividades Acadêmico-Científico-Culturais. As Atividades Acadêmico-Científico-Culturais que possibilitarão este aproveitamento são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participação em Estágios não obrigatórios - Participação em Eventos Acadêmico-Científico-Culturais - Participação em Projetos de Extensão 	<p>Ah é uma pedagogia mais conservadora [...] as nossas aulas são muito expositivas com pouca participação dos alunos.</p> <p>[...] a carga horária é pequena e cheio de disciplinas e não existe muito espaço para você trabalhar oficinas, rodas de conversa. Eu acho que nos estágio é conservador, mas você consegue trabalhar essas questões de discussão, mas sempre nessa posição hierárquica, o professor é o centro e o aluno faz o que ele manda.</p>

		Universitária - Participação em monitorias.” (p.9-10)	
	C3-Avaliação	<p>“Os estágios supervisionados possuem um Regulamento de Estágios onde, além de outros itens, são descritos os direitos e deveres dos estagiários e a forma de avaliação a que estarão sujeitos. Essa avaliação é realizada através de uma ficha de avaliação aprovada pelo Conselho de Curso de Graduação em Fisioterapia e a Comissão de Estágios do Departamento de Fisioterapia.” (p.8)</p> <p>“De acordo com o artigo 12o. da Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002, que instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, “para conclusão do Curso de Graduação em Fisioterapia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente”. (p.9)</p>	
Eixo P	P1-Perfil Geral	<p>“[...] desde sua criação, tem como objetivo principal capacitar um profissional fisioterapeuta generalista, que corresponda à necessidade real da população, para atuar nas áreas de prevenção e reabilitação. O curso se propõe a oferecer aos alunos condições de avaliar, planejar e estabelecer as etapas de tratamento ao paciente, bem como atuar nas áreas de ensino e pesquisa, sempre norteados pelo rigor científico, respeitando os princípios éticos, morais e culturais da sociedade.” (p.2-3)</p> <p>“[...] dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; e educação permanente.” (p.2)</p> <p>“O fisioterapeuta é um profissional da área de saúde que atua em atendimento, educação e pesquisa, devendo ter o compromisso e sensibilidade com o ser humano, valorizando-o e respeitando-o integralmente. Para isto necessita de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estar preparado para contribuir com a sociedade em que vive sociedade esta em contínua transformação social, política e econômica; - estar integrado à realidade, apto a reflexos sobre teoria e prática, procurando ser sempre um profissional com base geral, isolada e específica, com visão ampla e global do paciente e da realidade em que vivem com espírito crítico; - contemplar a agregação de aspectos biológicos, sociais e psicológicos, da fisioterapia preventiva, curativa e 	<p>[...] o que foi pensado que seja o profissional generalista quer dizer aquele profissional que não deveria sair só com uma especialidade [...] vamos dar a oportunidade para o aluno ter contato com todas as áreas [...] não no sentido do generalista de pensar a pessoa como um todo sabe mas no sentido de que ele tem esse arsenal de procedimentos advindos das principais áreas da fisio.</p> <p>A gente é generalista no sentido de ter contato com todas as áreas, mas na verdade estamos formando mais especialistas porque o aluno já sai com a área que ele quer e vai para o campo privado.</p> <p>[...] as disciplinas de ciências humanas que poderiam discutir os problemas sociais são totalmente desconectadas com a saúde e o aluno não entende e acha que não vai somar e nem agregar nada ao conhecimento dele.</p>

		<p>reabilitadora, como também o estado físico normal e patológico de maneira interligada e equilibrada, sendo um agente transformador da realidade; [...] - ter incorporado (à) (em) sua vida no exercício profissional os valores da cidadania; - estar apto a exercer sua profissão em todas as áreas de atuação: equipe multiprofissional, instituições públicas, autônomas, cargos administrativos, ensino e pesquisa.” (p.4)</p>	
	<p>P2-Atenção à Saúde</p>	<p>“A Fisioterapia tem como princípios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - totalidade da pessoa: o indivíduo é visto como um todo; - individualidade: cada caso é um caso; - fundamentação científica: procurar atualizar-se com novas técnicas e pesquisas; - enfoque interdisciplinar: equipe multiprofissional trabalhando junto; - função de equipe.” (p.2) <p>“Serão competências a serem conseguidas na formação do Fisioterapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - domínio do conhecimento específico da área; - pensamento crítico e conhecimento dos princípios do raciocínio clínico, considerando o ser humano e seu entorno na busca de soluções de problemas enquanto membro de uma equipe; - espírito de curiosidade e comportamento questionador que levem a procurar aprendizagem constata, tornando-o capaz de se auto-avaliar, repensando sempre o desenvolvimento de sua profissão e de sua participação social.” (p.4) <p>“Serão habilidades a serem conseguidas na formação do Fisioterapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - habilidade para enfrentar situações mutantes, utilizando conhecimentos necessários para a resolução com responsabilidade e sabedoria; - habilidade para assessorar, planejar, administrar, coordenar, dirigir e orientar serviços de fisioterapia em instituições públicas e privadas; - habilidades para integrar os aspectos preventivos, curativos e reabilitadores.” (p.4) <p>“Serão atitudes a serem conseguidas na formação do Fisioterapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - atitudes sociais adequadas de: cordialidade, solidariedade, tolerância, paciência e perseverança de ideal; - atitudes de altruísmo, integridade, honestidade, auto-estima e confiança necessárias para assumir responsabilidades e riscos; - percepção de valores e respeito às suas raízes; 	

		- empatia com aqueles aos quais se propõe a tratar, compreendendo as reações pessoais e permitindo que os pacientes se sintam compreendidos por alguém; - o respeito e a solidariedade a todas as questões em que a discriminação e o autoritarismo se façam presentes; - atitude de respeito às leis naturais, preservando o meio ambiente.” (p.4)	
	P3-Gestão em Saúde	“[...] - habilitar o profissional a exercer suas atividades em hospital e/ou unidade básica de saúde, como parte integrante de um sistema de atenção organizada e o paciente como agente ativo nas ações de saúde.” (p.4)	
	P4-Educação em Saúde	“[...] - corresponder às necessidades de produção do conhecimento, como também de articular e produzir coerência entre os múltiplos fragmentos que estão postos no acervo de conhecimentos da humanidade.” (p.4)	

CURSO 2

Eixos	Categorias de Análise	PPC2	Representação do Coordenador
Eixo C	C1- Organização do Curso	Com a Reformulação Curricular 2013 a ser implantada no curso tem como meta principal a integralização do curso em cinco anos. (p.37). “[...] o curso encontra-se em um processo de mudança de paradigma de um modelo de ensino tradicional para outro mais dinâmico e integrado, de forma a atender adequadamente ao perfil profissional preconizado nas Diretrizes curriculares nacionais. Fazem parte desse processo a reestruturação/flexibilização da matriz curricular, visando à futura implementação de eixos, e a utilização de metodologias ativas nas disciplinas, visando a transdisciplinaridade.” (p.98)	[...] a gente teve a participação ativa de todos os docentes, alunos, supervisores [...] no fim todo mundo trabalhou. A questão mais importante é que os alunos também trabalharam... [...] até antes da concepção do projeto pedagógico nós fizemos <i>wokshop</i> pensando na reforma curricular visando como meta a reformulação do PPP [...] e estava sendo discutido a vanguarda das metodologias ativas então os <i>workshop</i> aconteceram para sensibilizar os docentes para a transformação do seu método. [...] a gente teve todo um processo de transição para trabalhar na implementação desse currículo, com disciplinas mais modernas e tempo de integralização de quatro para cinco anos. A gente introduziu a disciplina de vivências profissionais onde a gente foi trabalhando a implantação dos cenários de prática gradativamente os alunos foram tendo uma vivência de como é a prática fisioterapêutica em âmbito público e privado. [...] a gente está oferecendo para os alunos

			uma vivência no âmbito 1ário. 2ário. 3ário.
	C2-Processo Ensino-Aprendizagem	<p>“[...] atividades de extensão, pesquisa, assistência e tutoria. Todas essas atividades acadêmicas estão voltadas para o cumprimento da relevância social e são realizadas numa perspectiva reflexiva e ativa com dinamismo na sociedade.” (p.3)</p> <p>“[...] discentes, docentes e sociedade - passam a desenvolver, de fato, atividades de aprendizagem em outros cenários além das salas de aula, por meio de participação ativa em programas de extensão. A assistência clínica proporciona um ambiente reflexivo que consegue estabelecer a ponte entre o ensino teórico fundamentado e a atitude clínica na sociedade, com atendimento fisioterapêutico nos três níveis de complexidade assistencial, facilitando a articulação entre ensino e assistência a milhares de pessoas.” (p.4)</p> <p>“Além da atividade assistencial executada pelos alunos no estágio supervisionado, o corpo docente tem incentivado e apoiado os alunos a se inserirem em projetos de extensão universitária, que tem atuação junto à comunidade.” (p.4)</p> <p>“[...] formação universitária de forma interdisciplinar, multidimensional, reflexiva e, principalmente, engajada, habilitando os nossos alunos a lidar com problemas práticos e de interesse coletivo por meio da associação inteligente e criativa do conhecimento e da técnica.” (p.5)</p> <p>“[...] pesquisas que buscam soluções para problemas da sociedade, utilizando a produção científica como instrumento de identificação da realidade [...] na formação de profissionais e líderes para a sociedade e cientistas para criar novos conhecimentos e tecnologias para o desenvolvimento nacional. A partir da compreensão dos cenários cinéticos funcionais, hipóteses de solução são testadas na busca de intervenções fisioterapêuticas mais eficazes e assertivas. [...] Numa perspectiva inovadora das políticas acadêmicas de incentivo à pesquisa, o “Programa Ensinar com Pesquisa” que visa desenvolver as competências docentes e discentes no campo do ensino e da pesquisa, e mais recentemente o “Programa Tutoria Científico-Acadêmica”. Em conjunto, as pesquisas da graduação articulam-se com as desenvolvidas no programa de pós-graduação do Departamento.” (p.5)</p> <p>Dentre estas metas estão a integralização do curso de graduação em Fisioterapia em 5 anos, a participação crescente dos alunos nos cenários de prática desde o primeiro semestre do Currículo, além de uma inserção mais</p>	<p>A integralização do ciclo básico e ciclo profissionalizante é a parte mais difícil</p> <p>[...] eles em algum momento entram juntos em sala para fazer o aluno raciocinar em cima do conteúdo [...], por exemplo, na anatomia a gente está fazendo em forma de discussão de caso e aí fica mais fácil fazer essa integração.</p> <p>Até antes da concepção do projeto pedagógico agente estava trabalhando pra fazer a reformulação visando as metodologias ativas para sensibilizar os docentes para transformação da sua metodologia de ensino e sair do método antigo.</p>

		efetiva nos campo da atenção primária à saúde. (p.31).	
	C3-Avaliação	“O curso de Fisioterapia vem nos últimos 5 anos implementando um processo de Avaliação Processual que tem um cunho democrático e visa verificar a partir de um parâmetro qualitativo o desempenho do curso. Este processo têm algumas características: avaliação transparente para professores e alunos; compromisso ético do professor que garanta o processo; controle a serviço do desenvolvimento do aluno; definição clara sobre formas, diversidade de instrumentos e critérios; professor e aluno como sujeitos e objetos da avaliação; articulação teórico-prática; divulgação dos resultados Para situar o estudante; erro visto de modo construtivo - como instrumento de aprendizagem - impulsionador da ação educativa.” (p.167-168)	
Eixo P	P1-Perfil Geral	<p>A missão do curso é “Formar fisioterapeutas com excelência nacional e internacional e líderes para a sociedade com habilidades e competências para atuar nas áreas de assistência, educação, e pesquisa nos níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde, contribuindo para uma melhora efetiva da qualidade de vida da população.” (p.3)</p> <p>“[...] visa buscar estratégias para formar profissionais atuantes na sociedade e que tenham, além de competência técnica em sua profissão, capacidade de compreender e atuar na esfera social. [...] sobretudo na relação terapeuta paciente e forma um profissional capaz de compreender as políticas de saúde pública e propor ações para a melhoria da qualidade de vida da população. (p.3)</p> <p>“Além de profissionais competentes, é necessário formar pessoas reflexivas, empreendedoras e, sobretudo, excelentes cidadãos.” (p.4)</p> <p>“O fisioterapeuta formado neste Curso é um profissional humanista apto a atuar em todas as áreas da fisioterapia, com habilidades e atitudes reflexivas e investigatórias, nos diferentes níveis de atenção à saúde (promoção, manutenção, prevenção e reabilitação), com autonomia pessoal, intelectual e profissional, necessárias para continuar o processo contínuo de aprendizagem e atualização.” (p.6)</p>	Sobre o aluno crítico reflexivo na disciplina saúde na cidadania sobre o tema da politização eles conseguiram espaços em instâncias decisórias, representação política e a partir daí eles estão sempre levando reivindicações do nosso curso para esses espaços [...] nesse momento eles estão liderando uma greve que estamos vivenciando na nossa universidade em prol do nosso curso. [...] a gente não tem que formar um aluno que fica fechado só no âmbito da fisioterapia, mas sensibilizar com o contexto político e econômico do nosso país e inserir a fisioterapia nesse contexto, isso a gente tem conseguido.
	P2-Atenção à Saúde	“[...] Atualmente, os alunos participam de seis Ligas Acadêmicas, da “Extensão Médica Acadêmica” (EMA), da “Bandeira Científica”, da “Jornada Universitária da Saúde” (JUS), do “Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde” (PET-Saúde) e “Aprender com Cultura e Extensão”. Estes projetos de extensão são de	

		<p>caráter interdisciplinar, multidimensional e reflexivo e têm como meta aproximar os alunos da vivência clínica em diferentes cenários de prática.” (p.4)</p> <p>“[...] o incentivo ao espírito empreendedor sustentável social e ambientalmente, com retorno do investimento à sociedade, e visão multidisciplinar com ferramentas da administração. Nessa perspectiva, o MedEnsina, a Medicina Jr. e a Associação Atlética Acadêmica suscitam um efeito multiplicador de opinião com capacidade de atuação profissional de forma competente e enfrentamento da realidade nacional.” (p.4)</p> <p>“[...] participa de ações essenciais para a formação de recursos humanos para um cenário socialmente relevante com o “MadAlegria” e “Programa Tutores Fisioterapia”, como diretrizes de humanização para melhora nas relações interpessoais e gestão dos cenários de atuação profissional, alinhados atualmente com a Política Nacional de Humanização e com as diretrizes educacionais do Ministério da Educação.” (p.4)</p> <p>“[...] mudanças nas áreas foco da formação, aumentando a inserção dos alunos desde o primeiro semestre do curso nas Unidades Básicas de Saúde e outros locais vinculados à atenção primária. Da mesma forma, o perfil científico da Instituição também tem influenciado e proporcionado atuação na área do ensino em cursos de nível superior, laboratório de pesquisa científica e na administração de serviços de saúde, indústria e vigilância.” (p.5-6)</p>	
	P3-Gestão em Saúde		
	P4-Educação em Saúde	<p>“[...] inserção importante em pesquisas que buscam soluções para problemas da sociedade, utilizando a produção científica como instrumento de identificação da realidade, indo ao encontro da missão [...] na formação de profissionais e líderes para a sociedade e cientistas para criar novos conhecimentos e tecnologias para o desenvolvimento nacional. A partir da compreensão dos cenários cinéticos funcionais, hipóteses de solução são testadas na busca de intervenções fisioterapêuticas mais eficazes e assertivas.” (p.5)</p> <p>“[...] desenvolvidas com os alunos de graduação por meio do Trabalho de Conclusão de Curso e da Iniciação Científica criou o “Programa Ensinar com Pesquisa” que visa desenvolver as competências docentes e discentes no campo do ensino e da pesquisa, e mais recentemente o “Programa Tutoria Científico-Acadêmica”. Em conjunto, as</p>	

		<p>pesquisas da graduação articulam-se com as desenvolvidas no programa de pós-graduação do Departamento.” (p.5)</p> <p>“[...] plataforma pesquisa voltada para o cumprimento da relevância social na Rede Assistencial da Região Oeste da cidade de São Paulo, denominado “Projeto Região Oeste” (PRO), no qual o Curso de Fisioterapia está ativamente inserido, estimulando a relação desejada de ensino assistência e aumentando a interface com o Sistema Único de Saúde.” (p.5)</p>	
--	--	---	--

CURSO 3

Eixos	Categorias de Análise	PPC3	Representação dos Coordenadores
Eixo C	C1- Organização do Curso	Os conteúdos curriculares contemplam seis linhas específicas de conhecimento: Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Sociais e Humanas; Conhecimentos Biotecnológicos; Conhecimentos Fisioterapêuticos; Estágios profissionais supervisionados; e iniciação científica. O aluno inicia a vivência no serviço a partir do segundo ano do curso quando são inseridas as disciplinas de Observação Clínica em Fisioterapia sendo o estágio supervisionado realizado no quarto ano do curso.	[...] após a abertura do curso houve a primeira renovação de grade curricular e essa renovação mexeu um pouco nas horas curriculares, mexeu nas disciplinas.
	C2-Processo Ensino-Aprendizagem		[...] uma professora substituta tentou implantar outro método e você sabe que aqui não deu certo? Ela tentou implantar com os nossos alunos e não obteve êxito, isoladamente não foi uma boa, pela minha visão e pela devolutiva dos alunos [...] não tornou nem mais dinâmica nem mais proveitosa.
	C3-Avaliação		
Eixo P	P1-Perfil Geral	<p>“[...] formar profissional da área da saúde capaz de compreender o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades;</p> <ul style="list-style-type: none"> • propiciar ao futuro profissional uma formação humanística, crítica e reflexiva, capacitando-o a atuar em todos os níveis de atenção a saúde; preventivo, curativo e reabilitador, visando a qualidade de vida dos indivíduos; • formar um profissional generalista com distribuição de conteúdos de forma equilibrada entre as áreas biológicas e humanas, além de conhecimentos específicos, indispensáveis ao pleno desempenho de sua função; • propiciar ao futuro profissional um currículo com enfoque biopsicossocial, centrado nos 	Aqui o nosso aluno tem contato direto com o pessoal das ciências humanas inclusive aulas com profissionais da humanas e o próprio perfil da universidade facilita a formação dessa forma. Mas uma coisa que a gente tem maior dificuldade aqui é que o aluno não tem tempo para nada que seja extra muro para que ele fique mais reflexivo.

		aspectos ergonômicos e sociais.” (p.1) “A Fisioterapia foi regulamentada como profissão pelo Decreto-Lei 938/69. Conforme o Artigo 3º, do referido decreto, “É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”. (p.1)	
	P2-Atenção à Saúde	“Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.” (p.2)	
	P3-Gestão em Saúde	“Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve 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. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.” (p.2) “Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.” (p.2) “Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.” (p.2) “Administração e gerenciamento: os	

		profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.” (p.2-3)	
	P4-Educação em Saúde	“Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.” (p.3)	

CURSO 4

Eixos	Categorias de Análise	PPC4	Representação dos Coordenadores
Eixo C	C1- Organização do Curso	<p>“[...] organização curricular do curso de fisioterapia compreende a formação em saúde como um processo de práticas sociais, permeado pelas concepções de saúde e adoecimento, em busca da superação das concepções reducionistas e suas relações de causalidade linear.” (p.8).</p> <p>“Esta organização curricular procura favorecer um itinerário formativo aos graduandos no qual o conhecimento abrange exploração das concepções teóricas, com levantamento de hipóteses para estudo de forma que dialogue com a teoria e se conecte com a realidade para desenvolvimento da prática.” (p.8)</p> <p>“Para a concretização desse desenho curricular as opções pedagógicas privilegiam os enfoques problematizadores e uma permanente articulação com a prática, em uma perspectiva curricular interprofissional e interdisciplinar.” (p.8)</p> <p>“[...] o desenho curricular do curso de fisioterapia é direcionado por meio de quatro eixos de formação que perpassam os anos de graduação. Cada um dos eixos é composto por módulos aglutinados por áreas temáticas afins, em consonância com as DCNs para Cursos de Graduação de Fisioterapia [...] Eixo Dimensão Biológica, Eixo Trabalho em Saúde, Eixo</p>	<p>A concepção modular e interdisciplinar foi preparada desde o início do curso sendo ampliada e reestruturada e foi feita por todos os coordenadores e dois docentes de cada curso.</p> <p>[...] a proposta geral do campus onde haveria eixos comuns que seriam comuns às formações dos profissionais da área de saúde [...] e dois docentes de cada área fizeram inicialmente a construção da parte específica de cada curso [...] todo o nosso projeto ele é voltado para a questão da atuação interdisciplinar.</p> <p>[...] a gente resolveu deixar o aluno mais próximo da prática desde o primeiro ano e ele tem um módulo que ele faz junto com os demais cursos no 1º, 2º, 3º, 4º, e 5º. termo e isso é uma constante e em cada momento ele tem um papel [...] desde o primeiro ano o aluno tem conhecimento do SUS.</p> <p>Eles tem outro momento no primeiro ano que eles estão só com os alunos da fisioterapia que é o módulo que a gente chama de introdução ou aproximação da prática terapêutica em que eles vão visitar vários locais por onde eles passarão estágio quando eles estiverem no último ano [...] a gente optou por esse aluno de primeiro ano também</p>

	<p>Inserção Social, Eixo Aproximação à Prática Específica.” (p.8-9) “[...] contempla a realização de trabalho de conclusão de curso (120 hs), o incentivo e computo de horas de atividades complementares (240 hs) e a realização de estágio curricular supervisionado com 20% da carga horária total do curso com intervenção preventiva e curativa, nos diferentes níveis de atuação (ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde), e a oferta de unidade curricular optativa de libras.” (p.9)</p> <p>“Os temas transversais de Educação em Direitos Humanos (Resolução CNE/CP nº 1, de 30 de maio de 2012), Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino da História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (Resolução CNE/CP nº 1, de 17 de junho de 2004) e Educação Ambiental (Resolução CNE/CP nº 2, de 15 de junho de 2012), estão contemplados respectivamente nos Eixos Comuns de Formação “O ser humano e sua dimensão social” e “Trabalho em Saúde”.” (p.9)</p> <p>“[...] prevê a inserção do estudante desde o início do curso em sua prática profissional [...] realizada a partir de aproximações sucessivas às atividades práticas, possibilitando a execução de tarefas de complexidade e responsabilidade crescentes [...] desenvolver a iniciativa, o espírito crítico, a criatividade, o conhecimento da realidade e o compromisso social do estudante, aprimorando a sua atuação a partir da articulação e integração dos conhecimentos e das habilidades. A trajetória vivida pelo graduando do primeiro ao quinto ano do curso o instrumentalizará na direção de um crescente aprimoramento profissional, culminado nos últimos três semestres nos estágios curriculares onde a prática é exercida de forma intensiva.” (p.9-10)</p> <p>“[...] a estrutura curricular contempla relativamente uma flexibilidade curricular que permite a cada aluno o desenvolvimento de formação diferenciada.” (p.10)</p> <p>“Após o reconhecimento do curso (2011), o projeto político pedagógico do curso de Fisioterapia foi reelaborado ampliando-se a integralização para cinco anos, para atender à Resolução Nº 4 de 6 de abril de 2009.” (p.16)</p>	<p>porque ele tem muita dúvida se está no lugar certo [...] e temos observado uma menor evasão de alunos por conta disso.</p>
C2-Processo Ensino-Aprendizagem	<p>“[...] Está planejado numa concepção modular de currículo, procurando integrar conteúdos/disciplinas em eixos e módulos</p>	<p>[...] quando os alunos de cada um dos seis cursos entram eles são todos misturados e, por exemplo, eles vão ter</p>

		interdisciplinares. Nesse sentido, prioriza a adoção de metodologias problematizadoras para o ensino, a inserção de novas tecnologias de informação e comunicação, o estímulo a uma postura ativa do aluno na construção do conhecimento e a iniciação científica.” (p.16)	<p>aula do eixo biológico eles são mesclados nas aulas tanto os alunos do curso da fisioterapia, psicologia, nutrição, educação física, terapia ocupacional e serviço social e esse conteúdo é dado pra eles e sempre fazendo relação de como cada área precisa desse conteúdo na sua área de formação.</p> <p>[...] nós teremos uma segunda oficina para introduzir as metodologias ativas porque um ou outro docente acaba utilizando isso no curso em seu módulo mas a maioria é tradicional o que não atende aos alunos porque não tem um significado. (Coordenador 4).</p> <p>[...] alguns docentes tem afinidade por se capacitar [...] isso de fato pra mim abriu a minha mente porque eu queria mudar meu estilo de aula.</p>
	C3-Avaliação		
Eixo P	P1-Perfil Geral	<p>Profissional de saúde apto para o trabalho em equipe multiprofissional, com ênfase na integralidade no cuidado ao paciente e também com uma formação técnico-científica e humana de excelência na Fisioterapia. Desse modo o perfil do egresso do curso de Fisioterapia contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com capacidade para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual; - Formação para o respeito aos princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade; - Conhecimento e compreensão do movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas; - Competência para preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções; - Competência para elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação. <p>“[...] o curso de Fisioterapia forma profissionais de saúde capazes de atuarem em todos os níveis de intervenção à saúde da população brasileira habilitados para realizar procedimentos de avaliação de forma precisa a fim de alcançar os objetivos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A formação</p>	<p>Todo o nosso projeto é voltado para a questão da interdisciplinaridade. O aluno consegue fazer o diálogo entre teoria e prática e não pensar só na questão da fisioterapia mas como esse paciente pode ser atendido por exemplo na rede de saúde [...] como que o território em que ele está envolvido interfere no processo de saúde e doença então isso é o grande diferencial porque desde o 1º. ano esse aluno chega e está mais próximo da prática [...] o trabalho em saúde é uma constante e em cada momento ele tem um papel [...].</p>

		<p>permite ao fisioterapeuta graduado [...] se inserir em programa de saúde da família, unidades básicas de saúde, núcleos de apoio aos programas de saúde da família, consultórios e clínicas de reabilitação, hospitais em unidades de enfermagem e terapia intensiva, empresas, fundações de pesquisa, etc.” (p.17)</p> <p>“O curso tem por objetivo capacitar o futuro profissional para o exercício de competências e habilidades gerais de atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente relacionados à prática da Fisioterapia. Assim, objetiva preparar o aluno para ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação, tanto individual como coletiva, com alto padrão de qualidade e princípios éticos e de responsabilidade profissional.” (p.18)</p> <p>“Possibilitar a apropriação de conhecimentos biológicos, humanos e sociais, biotecnológicos e fisioterapêuticos que fundamentem a promoção, proteção, prevenção e recuperação em Fisioterapia.” (p.18)</p> <p>“Possibilitar a compreensão do indivíduo de forma integral em todas as dimensões de sua humanidade, considerando-se as circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas porventura envolvidas.” (p.18)</p> <p>“Desenvolver o domínio de técnicas de intervenção exclusivas à sua atuação profissional e ferramentas voltadas para a ação profissional no âmbito coletivo, hospitalar e clínico, submetidos à atualização continuada, responsável e sistematizada.” (p.18)</p> <p>“Desenvolver o respeito à ética nas relações com clientes e usuários, com colegas, com o público e na produção e divulgação de pesquisas, trabalhos e informações na área da Fisioterapia.” (p.18)</p> <p>“Desenvolver a habilidade de atuar multiprofissionalmente e em diferentes contextos.” (p.18)</p> <p>“Desenvolver as competências e habilidades que configuram o perfil do fisioterapeuta a partir da prática profissional necessariamente alicerçada em conhecimentos científicos e em uma postura de pesquisa.” (p.18)</p> <p>“Desenvolver sólida formação científica, sob uma perspectiva de educação contínua e permanente.” (p.18)</p> <p>“Desenvolver postura crítica sobre o conhecimento disponível.” (p.18)</p>	
--	--	--	--

		<p>“Desenvolver a habilidade de identificar, definir e formular questões de investigação científica no campo da Fisioterapia.” (p.19).</p> <p>“Desenvolver a habilidade de comunicação verbal e não-verbal necessárias para apresentação de trabalhos e discussão de idéias em público.” (p.19)</p>	
	P2-Atenção à Saúde/Inserção no SUS		<p>[...] os alunos vão para a prática e na verdade eles já têm uma formação tão diferenciada e sentem que alguma coisa lá fora não acontece [...] a gente não encontra isso né, a gente encontra equipes multidisciplinares que muitas vezes nem multidisciplinares são que dirá que a gente iria encontrar interdisciplinaridade. O aluno especificamente na prática clínica ele consegue de fato correlacionar mais a teoria com a prática e não só pensar na questão da fisioterapia, mas como esse paciente pode ser atendido, por exemplo, na rede de saúde, como é que faz essa ponte, como que o território em que ele está envolvido interfere no processo de saúde doença.</p> <p>Desde o primeiro ano o nosso aluno tem conhecimento do SUS [...] nós vamos todos para a rede nos serviços da prefeitura. [...] então isso é o grande diferencial porque desde o primeiro ano esse aluno ficou mais próximo da prática [...] começa a entender como é o território, entender os problemas de saúde, condições de vida dos moradores visitando as regiões tanto mais ricas como as mais pobres e ver a história de vida deles e depois eles utilizam tudo isso para pensar a fisioterapia. O que a gente espera é que de fato a formação seja de forma interdisciplinar [...]</p> <p>[...] quando nós fomos para os estágios era a grande questão porque a gente não tem serviço escola [...] nós fomos todos para a rede, ou seja, para os serviços da prefeitura [...] aí vinha esse aluno com uma visão de formação totalmente diferente dentro da interdisciplinaridade muito afluída e quando ele chega na prática o que acontece nos serviços é que a gente encontra equipes multidisciplinares e que nem muitas vezes são multidisciplinares mas que recebem o nome e quem dirá que a gente iria encontrar interdisciplinaridade.</p>
	P3-Gestão em Saúde		
	P4-Educação		

	em Saúde		
--	----------	--	--

CURSO 5

Eixos	Categorias de Análise	PPC5	Representação do Coordenador
Eixo C	C1- Organização do Curso	<p>“[...] oferece 40 vagas por ano, estrutura seriada anual (semestral), sistema de créditos, constituído de cinco anos, sendo que até o terceiro ano o curso ocorre no período vespertino-noturno, no quarto ano à partir das 14 horas e no último ano em período integral.” (p.4)</p> <p>“Oferece formação básica em saúde e história da profissão no primeiro ano, e a partir do segundo, disciplinas profissionalizantes e clínicas, preparatórias para o estágio do último ano em diferentes áreas [...]” (p.4)</p> <p>“A carga horária é, principalmente, centrada nos conhecimentos fisioterapêuticos básicos e aplicados. [...] oferece formação nas questões de prevenção de doenças e promoção da saúde da população e em pesquisa.” (p.4)</p> <p>“A organização e desenvolvimento do curso tem sido pensada, atentando para a avaliação das competências, habilidades, conteúdos curriculares, atitudes e participações extra-curriculares do seu aluno e assim construir o perfil profissional desejado.” (p.4)</p> <p>“[...] conteúdos essenciais à integralidade das ações do cuidar nos níveis bio-psico-social, relacionando todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade à realidade epidemiológica e profissional [...] que se dividem nas diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos para assegurar a formação generalista em 4 grandes áreas de conhecimento: Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Sociais e Humanas; Conhecimentos Biotecnológicos; Conhecimentos Fisioterapêuticos.” (p.4-5)</p>	<p>[...] na verdade foi até uma colocação minha que quando eu olhava o balanço da carga horária didática e carga horária de estágio não tinha um equilíbrio muito adequado. [...] aí nós criamos algumas disciplinas [...].</p> <p>[...] a gente tem que fazer um trabalho muito grande com a básica clínica e com a aplicada para modernizar essa matriz. [...] o estágio compartimentalizado no último ano não é uma boa porque os alunos tem que fazer link com a básica lá do começo então fica muito ruim. (Coordenador 5).</p>
		<p>“Além da utilização dos recursos existentes nos departamentos das áreas básicas [...] recursos existentes no Hospital das Clínicas [...] e das Unidades Básicas de Saúde [...] contribuem para que os alunos tenham a oportunidade de adquirir ampla experiência em várias áreas e a utilização combinada destes</p>	<p>A primeira coisa que nós estamos fazendo agora é um pente fino em todo o processo de ensino aprendizagem do curso e do campus trabalhando aplicação, capacitação e outras ferramentas de ensino mais modernas porque a gente sabe que o sistema de dar aula de duas ou quatro horas e depois uma prática de</p>

	<p>C2- Processo de Ensino- Aprendizagem</p>	<p>recursos com as unidades básicas de saúde, [...], propiciará a formação de profissionais altamente capacitados e aptos a lidar com problemas dos mais simples aos mais complexos.” (p.1) “[...] alicerçada na tradição de produção científica.” (p.1) “[...] oferecer opções que possibilitem a diversificação necessária para que o profissional tenha pleno conhecimento das áreas de saúde, do comportamento e da reabilitação.” (p.2) “A estrutura curricular e os diversos conhecimentos que progressivamente são assimilados contam com atividades que auxiliam no estabelecimento da integração entre a teoria e a prática. As atividades podem ocorrer em grupo ou individualmente, na forma de estudos e práticas presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.” (p.8) “Durante as disciplinas aplicadas os alunos se dividem em pequenos grupos (dois ou três) e passam a observar os pacientes seja na avaliação ou tratamento, sempre supervisionado por fisioterapeuta responsável. Esta atividade permite que o mesmo possa integrar os conhecimentos teóricos com a aplicação do mesmo no período em que se dá a aprendizagem, isto é, a prática assistida ocorre durante o desenvolvimento da disciplina.” (p.8) “[...] O trabalho de conclusão de curso tem como objetivo estimular o aluno a desenvolver o raciocínio crítico e espírito científico, aplicar os conhecimentos de metodologia de pesquisa e habilitá-lo a produzir conhecimentos relevantes na área de Fisioterapia e áreas a fins. “[...] podem ser apresentados formalmente na forma de relato de caso, artigos científicos, revisões de literatura.” (p.8)</p>	<p>estágio está falido. [...] nós estamos a cada seis meses tendo um fórum de graduação que a gente discute todo esse processo [...] a gente tá aos poucos tentando mudar isso [...] implantar inclusive a disciplina bilíngue favorecendo os nossos alunos e os que vêm de fora. [...] todas as disciplinas deveriam ter um pouco desses componentes e muitas delas, senão a maioria é muito especializada [...] os docentes ainda são muito pragmáticos [...] a gente precisa quebrar isso [...] isso não casa muito com a matéria prima que nós estamos recebendo agora que é um aluno totalmente diferente que tem toda capacidade de acessar informação, mas é mais imaturo. O ambiente mudou totalmente também e a forma de ensinar deve ser outra porque as ferramentas são outras.</p>
	<p>C3-Avaliação</p>	<p>“A fim de fazer uma análise constante do curso, as atividades didático-pedagógicas, conteúdos curriculares, carga horária, inovações metodológicas, espaços educacionais e relação professor-aluno são aspectos que estão sendo discutidos periodicamente em reuniões da Comissão Coordenadora do Curso de Fisioterapia, compostos por representantes docentes, discentes e por um membro da Comissão de Graduação</p>	<p>O processo de avaliação mudou muito, já não é fazer prova e pronto, não tem funcionado mais assim. É comum você ver várias formas de avaliação, participação do aluno, participação em visitas direcionadas, seminário, participação em aula prática, elaboração de projetos, isso tudo a gente tem fomentado aqui.</p>

		[...] estes aspectos tem sido avaliados pelos alunos por meio de questionários respondidos ao final de cada disciplina e a Comissão de Graduação continuamente acompanha, avalia, delibera e promove os ajustes necessários para manter e aprimorar a qualidade do curso.” (p.7)	
Eixo P	P1-Perfil Geral	<p>“[...] formação de profissionais com treinamento multidisciplinar, voltado para atividades de ensino e pesquisa, além das atividades assistenciais inerentes à profissão.” (p.1)</p> <p>“[...] profissional tenha pleno conhecimento das áreas de saúde, do comportamento e da reabilitação.” (p.1)</p> <p>“O fisioterapeuta é um profissional liberal e membro da equipe de saúde. Dirige e orienta serviços de fisioterapia em órgãos e estabelecimentos públicos e privados. Exerce a pesquisa e o magistério em disciplinas básicas e aplicadas.” (p.2)</p> <p>“[...] construir um profissional com uma visão integrada de saúde que será capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ analisar as necessidades da sociedade onde está inserido com base no rigor científico e espírito crítico, buscando as melhores formas de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, tendo em conta a resolução integrada do problema.” (p.3) 	<p>O próprio direcionamento das disciplinas aplicadas, disciplinas clínicas e do próprio estágio onde ele é obrigado a participar com horas muito equilibradas de todas as áreas faz com certeza o aluno ter uma formação baseada nas DCN e com formação generalista, com exceção de alguns estágios em que são mais especialistas... mas esse aluno tem condições de atuar em todas as áreas.</p> <p>A questão crítica da nossa matriz é o distanciamento de algumas disciplinas em relação ao estágio [...] seria importante que esse estágio fosse pulverizado ou distribuído pelo menos nos 2 últimos anos [...] em que acaba ficando mais para o último ano [...] precisando ser mais integrado.</p>
	P2-Atenção à Saúde/Inserção no SUS	<p>“[...] no decorrer de sua formação, atividades de atenção integral da saúde dentro do sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, assim como o trabalho em equipe multiprofissional.” (p.2)</p> <p>“[...] Os seus campos de atuação são todos os ramos de saúde, incluindo a atenção preventiva e de família, bem como a atenção curativa e reabilitadora, exercendo suas atividades em clínicas e hospitais públicos e privados, estabelecimentos de ensino, instituições de pesquisa, recreativas e outras. Na área hospitalar, o fisioterapeuta atua junto a pacientes internados ou ambulatoriais, de maneira precoce, nos períodos de pré e pós-operatórios, juntamente com a equipe multiprofissional, incluindo médicos e de enfermeiros, bem como de terapeuta ocupacional, psicólogos, do assistente social, entre outras.” (p.2)</p> <p>“[...] aluno generalista, ou seja, um profissional apto a prestar assistência nas áreas de disfunções musculoesqueléticas</p>	<p>[...] aqui nós temos um hospital de altíssima qualidade que o aluno participa de todas as etapas [...] que tem todas as práticas ligadas a todas as áreas [...] ele tem inserção no ambulatório, centro de reabilitação, centro saúde escola, inserção em três UBS com estágios do PSF. [...] de cinco anos pra cá nós temos bastante organizada a questão do PSF e isso funciona muito bem [...] é bastante integrado e a gente tem uma equipe muito grande de fisioterapeutas.</p>

		[...] neuromusculares e cárdio-respiratórias [...] e atuar na área preventiva e educativa.” (p.2)	
	P3-Gestão em Saúde	<p>“[...] criar um ambiente de confiabilidade onde a comunicação aconteça de forma clara, as informações sejam acessíveis e a sua prática profissional demonstre estar pautada nos princípios da ética;</p> <p>estar apto a assumir posição de liderança, tomar decisões e participar com compromisso do trabalho em equipe multiprofissional, sempre tendo em vista o uso dos recursos fisioterapêuticos, de equipamentos, de procedimentos, de práticas e do bem estar das pessoas.” (p.3)</p> <p>“[...] ser capaz de considerar o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta;</p> <p>controlar o uso e a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo a qualidade, inovação e segurança do paciente;</p> <p>estabelecer relações de confiança na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral;</p> <p>prestando esclarecimentos e orientando o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico, respeitando os princípios éticos inerentes ao exercício profissional.” (p.3)</p> <p>cooperar com os demais membros da equipe de saúde em atuações multiprofissionais, interdisciplinares ou transdisciplinares, estabelecendo canais de comunicação e encaminhando o paciente, quando necessário, a outros profissionais;</p> <p>emitir pareceres, atestados e relatórios relativos ao processo fisioterápico quando necessário.” (p.4)</p> <p>desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultorias e auditorias no âmbito de sua competência profissional.” (p.4)</p>	
	P4-Educação em Saúde	<p>“[...] investir continuamente na sua formação, tendo compromisso com a sua própria educação e com o treinamento das futuras gerações de profissionais buscando apoio e conhecimento tanto em rede nacional quanto internacional.” (p.3)</p> <p>estar apto a elaborar trabalhos acadêmicos e científicos que resultem na</p>	

		produção de conhecimentos que contribuam para a prática fisioterapêutica baseada em evidências e, portanto, na adequada reinserção de indivíduos portadores de dificuldades físicas na sociedade e para a melhoria da saúde na população.” (p.4)	
--	--	--	--

ANEXO 1 – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
RESOLUÇÃO CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.(*)

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em
Fisioterapia.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.210/2001, de 12 de setembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 7 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais 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. 3º 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.

Art. 4º A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve 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 (*) CNE. Resolução CNE/CES 4/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11. práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições

para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- V - contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;
- VI - realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;
- VII - elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;
- VIII - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- IX - desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultorias e auditorias no âmbito de sua competência profissional;
- X - emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

XI - prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;

XII - manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;

XIII - encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;

XIV - manter controle sobre a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança;

XV - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

XVI - conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fisioterapia;

XVII - seus diferentes modelos de intervenção.

Parágrafo único. A formação do Fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem estar relacionados 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. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos;

II - Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos as políticas de saúde, educação, trabalho e administração;

III - Conhecimentos Biotecnológicos - abrange conhecimentos que favorecem o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes a pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica; e

IV - Conhecimentos Fisioterapêuticos - compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, a ética e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção.

Conhecimentos da função e disfunção do movimento humano, estudo da cinesiologia, da cinesioterapia e da cinesioterapia, inseridas numa abordagem sistêmica. Os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção. Conhecimentos da intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos em todas as etapas do desenvolvimento humano.

Art. 7º A formação do Fisioterapeuta deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Fisioterapia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Parágrafo único. A carga horária do estágio curricular supervisionado deverá assegurar a prática de intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde etc.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Fisioterapia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a

inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Fisioterapia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá assegurar que:

I - 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);

II - estas atividades práticas, que antecedem ao estágio curricular, deverão ser realizadas na IES ou em instituições conveniadas e sob a responsabilidade de docente fisioterapeuta; e

III - as Instituições de Ensino Superior possam flexibilizar e otimizar as suas propostas curriculares para enriquecê-las e complementá-las, a fim de permitir ao profissional a manipulação da tecnologia, o acesso a novas informações, considerando os valores, os direitos e a realidade sócio-econômica. Os conteúdos curriculares poderão ser diversificados, mas deverá ser assegurado o conhecimento equilibrado de diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticas para assegurar a formação generalista.

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Fisioterapia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Fisioterapia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO

Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS – UFSCar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA DO ESTADO DE SÃO PAULO À LUZ DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Pesquisador: Katia Tamae Sasaki

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51986915.2.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.390.011

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com objetivo interpretativo-explicativo no sentido de analisar o Processo de Formação da Graduação dos Fisioterapeutas das Universidades públicas e gratuitas do Estado de São Paulo à luz das DCN. A população do estudo será composta pelos cursos de graduação de Fisioterapia das universidades públicas e gratuitas do estado de São Paulo que tenham projeto pedagógico de curso (PPC), cuja última versão seja posterior à implementação das DCN. Serão excluídos do estudo os cursos que não apresentarem PPC reformulados após a implementação das novas DCN (2002) e que não tenham autorizado, mediante solicitação por carta de autorização. Espera-se alcançar com os objetivos apresentados os seguintes resultados e metas:- Contribuições no âmbito da formação de profissionais da área da Fisioterapia, ressaltando a necessidade de mudanças na graduação, para a (re) orientação do currículo dos cursos conforme as DCNs para atender ao sistema de saúde, em que poucos estudos foram realizados nessa profissão, voltado para um olhar mais ampliado. - No âmbito do ensino os resultados permitirão realizar um diagnóstico acerca dos projetos pedagógicos de cursos de graduação de Fisioterapia, no estado de São Paulo, sua implicação com as DCN, em especial no que tange às propostas curriculares e pedagógicas.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

CEP: 13.565-905

Município: SAO CARLOS

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.390.011

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo primário: Analisar o processo de formação de graduação dos fisioterapeutas das Universidades públicas e gratuitas do Estado de São Paulo à luz das DCN; e como objetivos secundário: 1. Identificar de que forma as DCNs estão contempladas nos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) e como os cursos de Fisioterapia fazem sua implementação, por meio de atividades de ensino, de extensão e de pesquisa; 2. Verificar a percepção dos coordenadores dos cursos de graduação em Fisioterapia, quanto às estratégias de ensino, para atuação em todos os níveis de atenção à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos em relação à pesquisa estão relacionados à possibilidade do entrevistado sentir-se constrangido ou desconfortável em responder às perguntas da entrevista e suas respostas poderem, de alguma forma, influenciar o desenvolvimento dos cursos de Fisioterapia. Porém, a participação dos entrevistados será mantida sob sigilo e será garantida a privacidade em relação às informações fornecidas.

Benefícios: Os benefícios relativo à participação dos coordenadores do curso de fisioterapia estão relacionados à cooperação com o projeto de pesquisa sobre a compreensão a respeito da formação do profissional fisioterapeuta, que poderá gerar contribuições tanto para os cursos de graduação em fisioterapia quanto para reformulações de políticas públicas sobre a formação desse profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresenta relevância para a área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto apresentada está devidamente assinada e datada. O Termo de consentimento livre e esclarecido está adequado à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. As cartas de autorização das instituições participantes foram apresentadas ao CEP de forma adequada.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos recomenda que os pesquisadores

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

CEP: 13.565-905

Município: SAO CARLOS

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.390.011

responsáveis consultem as normas do CEP e a resolução nº 466 de 2012, disponíveis na página da Plataforma Brasil em caso de dúvidas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 631683.pdf	27/11/2015 10:36:18		Aceito
Outros	carta.pdf	27/11/2015 10:35:21	Katia Tamae Sasaki	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pdf.pdf	27/11/2015 10:24:08	Katia Tamae Sasaki	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	26/11/2015 18:14:36	Katia Tamae Sasaki	Aceito
Outros	Entrevista.pdf	26/11/2015 18:12:07	Katia Tamae Sasaki	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/11/2015 18:08:47	Katia Tamae Sasaki	Aceito
Outros	UNIFESP.pdf	26/11/2015 18:07:37	Katia Tamae Sasaki	Aceito
Outros	UNESP_.pdf	26/11/2015 18:07:05	Katia Tamae Sasaki	Aceito
Outros	UNESP.pdf	26/11/2015 18:00:55	Katia Tamae Sasaki	Aceito
Outros	USP_2.pdf	26/11/2015 18:00:05	Katia Tamae Sasaki	Aceito
Outros	USP.pdf	26/11/2015 17:57:54	Katia Tamae Sasaki	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.390.011

SAO CARLOS, 18 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br