



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**KAMYLIA PEREIRA BORGES**

**A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA PERSPECTIVA DAS DIRETRIZES  
CURRICULARES NACIONAIS E DAS COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA  
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Brasília - DF

2016

KAMYLLA PEREIRA BORGES

**A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA PERSPECTIVA DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E DAS COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Diana Lúcia Moura Pinho

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clélia Maria de Sousa Ferreira  
Parreira

Brasília – DF

2016

## **Ficha Catalográfica**

Nome: Kamylla Pereira Borges

Título: A Formação do Fisioterapeuta na perspectiva das Diretrizes Curriculares Nacionais e das Competências no âmbito da Promoção da Saúde.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, para obtenção do título de Doutor.

Aprovado em:

Banca Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra Diana Lúcia de Moura Pinho – Orientadora - Presidente

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra Elizabeth Queiroz – Membro Interno - UnB/IP

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vera Regina Marães – Membro Externo - UnB/ FCE

---

Prof. Dr. Dornival Bertencello – Membro Externo - UFTM/ICS

---

Prof<sup>ª</sup> Dra. Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke – Membro Interno – UnB/PsiC

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição –Suplente – UnB/PsiCC

## **Dedicatória**

*Aos meus filhos: Davi, Bianka e Raquel, minhas mais perfeitas produções.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Àquele que é maior, que me deu sabedoria, forças e perseverança nessa caminhada, Muito obrigada Senhor!!*

*Ao meu marido José Ronaldo, que me acompanhou, me apoiou e possibilitou que eu perseverasse e terminasse esse trabalho, sem ele não conseguiria ter chegado até aqui.*

*Aos meus pais, minha mãe Maria Sueli que me apoiou e incentivou desde o início da minha caminhada acadêmica e não me deixou desistir, meu pai Carli Camilo sempre presente, sempre forte, dando segurança e tranquilidade nos momentos difíceis.*

*Ao meu irmão, Rafael, parte importante de mim, companheiro que sempre deixou os momentos mais leves e divertidos.*

*Aos meus colegas do Pró Ensino: Andréia, Alexandre, Marilac, Walner, Nazareth, Marília e principalmente a minha amiga Denise, juntos lutamos e nos apoiamos mutuamente nessa empreitada, vencendo as dificuldades e rompendo barreiras, hoje somos vitoriosos.*

*Às minhas orientadoras Prof<sup>a</sup> Dra Diana Lucia e Prof<sup>a</sup> Dra Clélia, obrigada por me aceitar, por me guiar nesses caminhos tortuosos na pesquisa e permitir que eu chegasse até o fim. Sem vocês esse trabalho não seria possível.*

*À minha colega Karine Wlasenko que me ajudou em um momento de grande dúvidas e dificuldades, suas contribuições foram fundamentais.*

*A todos os professores do projeto Pró Ensino pelas contribuições ao longo do curso*

*A todos os docentes e alunos das instituições que participaram da pesquisa.*

## RESUMO

Borges, K.P.( 2016). A Formação do Fisioterapeuta na perspectiva das Diretrizes Curriculares Nacionais e das Competências no âmbito da Promoção da Saúde. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília – DF.

Nos últimos anos os debates em torno dos determinantes sociais na saúde e a construção de novas estratégias para abordar problemas básicos trouxeram novas demandas para formação na área da saúde destacando a importância da construção de competências para uma atuação, para além, das técnicas. As competências para Promoção da Saúde (PS) tem sido construídas e validadas no âmbito internacional, com destaque para o Projeto Europeu CompHP. No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Fisioterapia (DCN/FISIO) estabelecem um conjunto de competências visando orientar uma formação com perfil generalista, crítico e reflexivo dialogando com os domínios de competências estabelecidas para PS. O objetivo geral desse estudo é analisar o perfil de formação e as competências gerais da formação do fisioterapeuta tomando como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais e as competências de promoção da saúde, como orientadores das práticas dos profissionais da saúde. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo realizado em duas Instituições de Ensino Superior (IES) da cidade de Goiânia/GO. Os participantes da pesquisa são docentes e estudantes dos cursos de fisioterapia. Os dados foram coletados por meio de análise documental; a realização de grupos focais com os docentes e estudantes dos respectivos cursos. Os resultados apontam que as competências gerais previstas nas DCN, articulam-se com as da promoção da saúde na perspectiva da CompHP, entretanto no contexto dos cursos estudados, constatou-se dificuldades no desenvolvimento das competências gerais preconizadas pelas DCN e para Promoção da Saúde, como: falta de articulação do processo formativo com a rede de atenção básica do SUS; o currículo com enfoque reabilitador, cuja tendência é a de preparar o futuro profissional com um perfil especialista, voltado para a atuação em nível terciário da atenção a saúde. Pode-se concluir, respeitando-se os limites do presente estudo, que o modelo de formação do fisioterapeuta, no caso das duas instituições de ensino, ainda está centrado na doença com predominância no modelo biomédico, a formação oferecida parece estar desarticulada com o contexto atual de saúde e com o foco no desenvolvimento de competências para uma formação generalista, crítica, humanista e reflexiva.

Palavras Chave: Diretrizes Curriculares Nacionais. Fisioterapia. Ensino na Saúde. Competências. Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

Borges, K.P.( 2016). The Formation of Physiotherapist in the context of the National Curriculum Guidelines and Skills under the Health Promotion. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília – DF.

In recent years the debates around the social determinants of health and the building of new strategies to address basic problems brought new demands for training in health highlighting the importance of building skills for acting, besides, techniques. Competencies for Health Promotion (PS) has been built and validated internationally, especially the European Project CompHP. In Brazil, the National Curriculum Guidelines for the course in Physiotherapy (DCN / FISIO) establish a set of skills in order to guide training with generalist profile, critical and reflective dialogue with the areas of competence established for PS. The overall objective of this study is to analyze the profile of training and general skills training Physiotherapist with reference to the National Curriculum Guidelines and health promotion skills, as guiding the practices of health professionals. It is a qualitative study, exploratory and descriptive carried out in two Higher Education Institutions (HEIs) in the city of Goiânia / GO. Survey participants are teachers and students of physical therapy courses, data were collected through documentary analysis; conducting focus groups with teachers and students of the different courses. The results that the general powers provided for in the DCN, are articulated with the health promotion in view of CompHP, however in the context of courses studied it was found difficulties in the development of general skills recommended by DCN and Health Promotion, such as: lack of coordination of the training process with the primary care network of SUS; the curriculum with rehabilitative approach, whose tendency is to prepare future professionals with a specialist profile. focused on the activities at the tertiary level of health care. It can be concluded, respecting the limits of this study, the model of education of physiotherapists in the case of the two educational institutions, is still focused on the disease predominantly in the biomedical model, the training offered seems to be disconnected to the context Current health and the focus on developing skills for a generalist, critical, humanist and reflective.

Keywords: National Curriculum Guidelines. Physiotherapy. Education in Health. Skills. Health Promotion.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Competências Gerais preconizadas pelas DCN/FISIO e Domínio de Competências de PS correspondente. ....	61
Quadro 2 : Caracterização dos cursos de Fisioterapia de acordo com os PPCs.....	67
Quadro 3: Dados sociodemográficas dos docentes participantes.....	69
Quadro 4: Distribuição de carga horária por bloco de conhecimento em cada instituição pesquisada. ....	71
Quadro 5: Competência Tomada de Decisões Baseadas em Evidência Científicas .....	80_Toc444102003
Quadro 6: Competência Atenção a Saúde .....	84
Quadro 7: Competência Administração e Gerenciamento .....	88
Quadro 8: Competência Liderança.....	90
Quadro 9: Competência Comunicação .....	93
Quadro 10: Disciplinas com conteúdos diretamente relacionados ao SUS e suas respectivas cargas horárias (CH).....	94
Quadro 11: Competência Educação Permanente .....	97
Quadro 12: Falas relacionadas à Promoção da Saúde .....	98

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Valores, Conhecimentos e Domínios de Competências em Promoção da Saúde do CompHP.....	52
Figura 2: Processo utilizado para análise dos dados da pesquisa.....	64
Figura 3: Nuvem de palavras mais frequentes encontradas nos PPC dos cursos de Fisioterapia analisados. ....	69
Figura 4: Nuvem de palavras mais frequentes encontradas nas falas dos alunos e docentes dos grupos focais.....	70
Figura 5: Palavras mais frequentes utilizadas para designar o conjunto de habilidades e competências para os egressos do curso de fisioterapia.....	100
Figura 6: Árvore de palavras com o uso do termo Generalista .....	104
Figura 7: Árvore de palavras do termo Reflexão .....	105

## LISTA DE SIGLAS

ABENFISIO – Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia  
CB – Conhecimentos Biotecnológicos  
CBS – Ciências Biológicas e Saúde  
CES – Câmara de Educação Superior  
CF- Conhecimentos Fisioterapêuticos  
CFE – Conselho Federal de Educação  
CNE – Conselho Nacional de Educação  
COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional  
COMPHP – Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe.  
CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional  
CSH – Ciências Sociais e Humanas  
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais  
DCN/FISIO – Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Fisioterapia  
ENADE – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FCHDR – Federal Collaboration on Health Disparities Research  
FIES – Programa de Financiamento Estudantil  
FHC – Fernando Henrique Cardoso  
GEPEP – General Practice Evaluation Program  
GERES – Grupo Executivo para Reformulação da Educação Superior  
GIT – Grupo de Trabalho Interministerial  
HIAP – Health in all Policies  
IES – Instituição de Ensino Superior  
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação  
MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado  
MEC – Ministério da Educação

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NHMRC – National Health and Medical Research Council

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PPC – Projeto Pedagógico de Curso

PROUNI – Programa Universitário para Todos

PS – Promoção da Saúde

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SUS – Sistema Único de Saúde

UPP – Unidade de Prática Profissional

USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2. OBJETIVOS:</b> .....	18
2.1 Objetivo Geral: .....	18
2.2 Objetivos específicos:.....	18
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
3.1 Educação, Formação e Ensino .....	19
3.2 Ensino Superior e formação do fisioterapeuta no Brasil .....	22
3.2.2. A Reforma do Ensino Superior no Brasil dos anos de 1990 e 2000 e a expansão dos cursos de Fisioterapia .....	27
3.2.3 Os currículos e a graduação em Fisioterapia .....	32
3.3 Atuais perspectivas da implantação das DCN nos cursos da área da saúde e na formação do fisioterapeuta .....	35
3.4 O conceito de Competência .....	41
3.4.1. A Promoção da Saúde .....	44
3.4.2 As competências para promoção da saúde e sua articulação com as competências preconizada pelas DCN.....	49
3.4.2.1 Competências para promoção da saúde .....	49
3.4.2.2 Competências preconizadas pelas DCN .....	53
<b>4. MÉTODO</b> .....	59
4.1 Caracterização do estudo.....	59
4.1.1. Local do estudo .....	59
4.1.2. População e amostra do estudo .....	59
4.1.2.1. Critérios de inclusão.....	59
4.2. Aspectos éticos .....	61
4.3 Coleta de dados.....	61
4.3.1 Procedimentos e Instrumentos .....	61
4.4 Análise de Dados .....	63
<b>5. RESULTADOS</b> .....	67
5.1. Caracterização dos cursos e perfil dos participantes .....	67
5.2 Currículos, Integralidade e Interdisciplinaridade .....	71
5.3 Competências e Habilidades.....	75
5.3.1 Tomada de decisões baseada em evidências científicas .....	76
5.3.2 Atenção à Saúde.....	80

5.2.3 Administração e Gerenciamento .....	84
5.2.4 Liderança.....	88
5.2.5 Comunicação.....	91
5.2.6. Educação Permanente .....	94
5.3 Conceito de Promoção da Saúde .....	98
5.4 Competências para atuação na Promoção da Saúde .....	99
5.5 Perfil Profissional .....	104
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>111</b>
6. 1 Percepção dos docentes e estudantes acerca das competências e habilidades gerais para a formação do fisioterapeuta.....	117
6.1.1 Tomada de decisões baseada em evidências científicas .....	117
6.1.2 Atenção à Saúde.....	119
6.1.3 Administração e Gerenciamento e Liderança .....	121
6.1.4 Comunicação.....	122
6.1.5 Educação Permanente .....	124
6.1.6 Competências para Promoção da Saúde .....	125
6.1.7 Percepção do Perfil Profissional. ....	127
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>140</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>145</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>159</b>
ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	160
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>161</b>
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	162
APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL.....	164
APÊNDICE C: ROTEIRO COM TEMAS PARA OS GRUPOS FOCAIS .....	165
APÊNDICE D : QUESTIONÁRIO DOCENTES - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	167
APÊNDICE E: QUESTIONÁRIO ESTUDANTES – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	168

## INTRODUÇÃO

Os debates em torno da necessidade de reorientação das práticas de saúde intensificaram-se, em todo mundo, a partir da década de 1960. Buscavam-se alternativas à concepção ancorada em uma visão biomédica e centrada na doença. Estes debates internacionais enfatizavam a importância dos determinantes sociais e econômicos nas condições de saúde e visavam construir novas estratégias para abordar problemas básicos em saúde ainda não solucionados em todo o mundo (Ferreira & Buss, 2002).

A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, na então República Soviética do Cazaquistão, se constitui um marco histórico na busca por alternativas que extrapolassem a abordagem tradicional da atenção à saúde. Nessa Conferência, a saúde foi afirmada como um direito humano fundamental e a atenção primária reconhecida como estratégia fundamental para a redução das iniquidades de saúde, reforçando estruturas sanitárias, com ênfase na participação de diferentes setores visando, na ocasião, saúde para todos até o ano 2000. A partir daí a estratégia da Atenção Primária alcançou destaque nas demais conferências internacionais - Otawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), e as subsequentes – ampliando e consolidando as discussões em torno da promoção da saúde em todo o mundo (Brasil, 2002).

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária, iniciado em meados da década de 1970, teve influências dessas discussões internacionais. Os embates políticos e ideológicos do Movimento Sanitário e o marco histórico da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, propiciaram as condições necessárias para o estabelecimento das diretrizes para reorganização do sistema de saúde no Brasil, culminando com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990 e Lei 8142/1990).

A proposição do SUS e o debate acerca do conceito ampliado de saúde, trouxeram à tona a necessidade da mudança no foco de atuação dos profissionais, que deixa de ser centrado no atendimento curativo e hospitalocêntrico, e passa a se direcionar às várias instâncias de produção da vida e a se ancorar na intersecção dos saberes das ciências sociais e da saúde (Ceccim, 2007).

Neste cenário, a partir de 2001, foram instituídas, por meio do Parecer nº 1.133/2001 do Conselho Nacional de Educação (CNE), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área de saúde. As DCN dos cursos de graduação na área da Fisioterapia, objeto do presente estudo, foram aprovadas em 2002, por meio da Resolução do Conselho Nacional de

Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº 04/2002.

Até então, a formação do fisioterapeuta era estruturada de acordo com um currículo mínimo fixado, pelo Conselho Federal de Educação (CFE), em 1983, no qual estavam definidos os conteúdos a serem desenvolvidos ao longo da formação, considerando as diferentes especializações da área, majoritariamente relacionadas à reabilitação, destacando-se o seu caráter profissionalizante, e a especialização precoce.

As Diretrizes Curriculares Nacionais buscaram romper com essa lógica focada na doença, e avançaram na direção de uma concepção ampliada de saúde. O currículo mínimo, até então, concebia a priori os conteúdos que deveriam compor a grade curricular dos cursos de Fisioterapia, enquanto as DCN definem as competências, habilidades gerais e específicas para um perfil profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), visando atender as necessidades do SUS e de saúde da população brasileira, ou seja, uma formação que vai além do conhecimento técnico (Almeida et al, 2007; Fernandes e Rebouças, 2013).

As competências e habilidades gerais, previstas nas Diretrizes Curriculares, estão relacionadas a seis categorias centrais: a) Atenção à saúde; 2) Tomada de decisões; 3) Comunicação; 4) Liderança; 5) Administração e gerenciamento; e, 6) Educação permanente. Desta forma, o profissional egresso deve ser capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde; tomar decisões baseadas em evidências científicas; saber se comunicar e interagir tanto com outros profissionais de saúde como com seus pacientes; possuir capacidade de liderança e estar em um processo contínuo de aprendizagem ao longo da vida.

Ao analisar as competências gerais propostas nas DCN para uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva percebe-se que essas vêm ao encontro do domínio de competências de promoção da saúde, que orientam as práticas profissionais na área da saúde em todo o mundo.

Neste sentido, na VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Nairóbe, Quênia, em 2009, discutiu-se a importância da construção de competências voltadas para promoção da saúde (PS) que instrumentalizassem a atuação dos profissionais da saúde, visando uma formação abrangente, acompanhando as discussões empreendidas nas demais conferências internacionais de PS, com destaque para os cinco aspectos já elencados na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, constantes na Declaração de Ottawa: 1) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) Criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) Reforço à ação comunitária; 4) Desenvolvimento de habilidades pessoais; 5) Reorientação dos serviços de saúde.

Neste cenário, o desafio para a formação do fisioterapeuta está em desenvolver

competências e habilidades gerais e um perfil generalista para atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Entretanto, passados 12 anos da implantação das DCN/FISIO, pesquisas demonstram haver necessidade de reorientação dos currículos dos cursos de fisioterapia à luz das DCN. A literatura destaca que a maioria dos cursos continua seguindo o perfil de formação profissional com ênfase na reabilitação e na especialização precoce, com uma formação fortemente centrada em uma abordagem tecnicista e com foco na doença. Além disso, diversos autores destacam dificuldades dos docentes fisioterapeutas em se adequarem às novas metodologias de ensino (Araújo, 2009; Bispo Jr, 2009; Câmara, 2006; Formiga & Silva, 2012, Silva & Daros, 2007; Rodrigues, 2010).

Diante do exposto, se buscou responder as seguintes indagações: - Qual o perfil de formação dos egressos dos cursos de graduação em fisioterapia em Goiânia-GO, após doze anos de implementação das DCN/FISIO? As competências e habilidades gerais previstas nas DCN/FISIO e na promoção da saúde são desenvolvidas ao longo da formação? Quais as dificuldades desses cursos para se adequarem as DCN e desenvolverem nos estudantes as competências e habilidades gerais preconizadas pelas Diretrizes, visando uma atuação voltada para promoção da saúde? O desenvolvimento das competências e habilidades gerais ao longo da formação pode possibilitar a construção de competências de promoção da saúde para orientar a prática dos futuros profissionais fisioterapeutas?

Assim, pretendeu-se conhecer o perfil e as competências e habilidades gerais desenvolvidas ao longo da formação do fisioterapeuta tomando como referência as DCN e as competências para a promoção da saúde, na perspectiva dos estudantes e professores dos cursos de Goiânia-Go. Espera-se que o presente estudo possa contribuir para um debate em torno dos desafios para a formação do fisioterapeuta, e possibilitar novas discussões em torno do ensino na saúde.

## **2. OBJETIVOS:**

### 2.1 Objetivo Geral:

Analisar o perfil e as competências gerais da formação do fisioterapeuta nas IES de Goiânia/GO, tomando como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais e as competências de promoção da saúde, como orientadores das práticas dos profissionais da saúde.

### 2.2 Objetivos específicos:

- ▲ Caracterizar os cursos de graduação em Fisioterapia de Goiânia/GO,
- ▲ Apreender a percepção dos docentes e estudantes das IES participantes acerca das competências e habilidades gerais para a formação do fisioterapeuta;
- ▲ Identificar as competências da promoção da saúde e as competências gerais das DCN nos cursos de graduação em Fisioterapia da cidade de Goiânia-GO;
- ▲ Relacionar as competências gerais propostas pelos cursos com as preconizadas pelas DCN e com as competências de promoção da saúde.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Educação, Formação e Ensino

Para compreender a questão da formação e do ensino na saúde é necessária uma reflexão sobre os conceitos de educação, formação e ensino. O termo educação é polissêmico e abrangente. Segundo o art. 1º da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a educação “abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”.

Trata-se de um conceito amplo de educação, que não se reduz ao sinônimo de ensino, mas que considera o desenvolvimento da ação educativa em diversos cenários: família, trabalho, escola, organizações sociais e manifestações culturais. Desse modo, a LDB não limita a definição de educação à educação formal, e considera diferentes espaços onde o homem pode aprender e produzir significados para construir sua identidade e subsidiar sua inserção na sociedade.

A educação desempenha um importante papel social. É por meio dela que o homem se humaniza e se torna histórico, na medida em que constrói e produz cultura. Desse modo, para se tornar humano é preciso se apropriar da cultura historicamente produzida e é a educação que realiza esse papel. “É pela apropriação dos elementos culturais que passam a constituir sua personalidade viva, que o homem se fez humano-histórico” (Paro, 2010, p.25).

Nesse contexto, a educação consiste na produção e apropriação de cultura, envolvendo informações, valores, crenças, ciência, arte, tecnologia, enfim todo o tipo de conhecimento que permite algum tipo de intervenção na natureza, visando a sua formação integral (Paro, 2010). É um processo contínuo que se desenvolve ao longo da vida.

De forma mais pragmática, Rodrigues (2001) define a educação como:

(...) um processo regular desenvolvido em todas as sociedades humanas, que tem por objetivos preparar os indivíduos para assumirem papéis sociais relacionados à vida coletiva, à reprodução das condições de existência (trabalho), ao comportamento justo na vida pública e ao uso adequado e responsável de conhecimentos e habilidades disponíveis no tempo e nos espaços onde a vida dos indivíduos se realiza (p. 235).

Para Saviani (2007), a educação é um processo do e para o trabalho, cuja fundamentação histórico-ontológica se encontra na relação trabalho e educação. Isso porque o ser humano não adquire sua subsistência de forma gratuita, ofertada pela natureza, ele precisa produzi-la. E nesse processo de produção das condições materiais de sua existência, ele se educa e educa novas gerações, isto é, o “homem se forma homem”. Dessa forma, o trabalho e a educação se identificam em uma relação de reciprocidade, constituindo historicamente a própria humanização do homem.

Da mesma forma, o trabalho e a formação também estão relacionados, constituindo uma tríade: trabalho, educação e formação. Nesse contexto, educação e formação não são entendidos como sinônimos, mas existe uma vinculação entre educação e ação formadora do ser humano. Essa formação representa a própria humanização do indivíduo, de uma forma intencional e sistemática, uma busca por “uma condição de maior perfeição em seu modo de ser humano” (Severino, 2006, p.621). Essa vinculação nos traz o entendimento de que o conceito de formação emerge do conceito de educação, estando ambos relacionados e interligados. Nesse sentido, é possível afirmar que a forma de ver e compreender a educação é que irá determinar como se dará a formação do indivíduo (Sorde & Bagnato, 1998).

Assim os conceitos de trabalho, educação e formação se entrelaçam. Para alguns autores (Saviani, 2007; Rodrigues, 2001; Paro, 2010) a educação está diretamente voltada ao trabalho e suas relações, uma vez que o ser homem precisa se apropriar da cultura histórica e socialmente construída e essa cultura é produzida por meio do trabalho e apropriada por meio da educação, o que evidencia que os conceitos de educação, formação e trabalho são fortemente relacionados e suas relações são dinâmicas, complementares e interdependentes, uma vez que, como destaca Saviani (2007), os processos educativos estão completamente relacionados com as formas de produção da vida material.

É no contexto dessa concepção de uma educação e formação do e para o trabalho que se pretende discutir a formação profissional. Definida como um processo educacional sistematizado para aquisição de conhecimentos, competências e habilidades que instrumentalizam o sujeito para o trabalho na sociedade em que vive, a formação profissional não deve se ater apenas na disseminação de conhecimentos técnicos, ancorados em um conceito de educação utilitarista, como a preparação para o mercado de trabalho. Mais que o conhecimento técnico, uma formação profissional deve ser capaz de prover as condições necessárias para que o futuro profissional exerça de forma plena sua cidadania

Exercer de forma plena a cidadania envolve a inserção ativa do sujeito na sociedade, de forma autônoma, capaz de compreender e modificar a realidade ao seu redor, seja ela relacionada à sua saúde ou as condições políticas e socioeconômicas da vida coletiva ou

individual. De acordo com Freire (1984) é estar em uma permanente atitude crítica, superando o “simples ajustamento ou acomodação”, mas interferindo como sujeito e não objeto na sociedade em que vive.

Esta perspectiva vai ao encontro da definição no artigo 22 da LDB, que traz como uma das finalidades da educação garantir ao educando uma formação comum indispensável para o exercício da cidadania. Rodrigues (2001), analisando a definição de cidadania explica que ela “é um atributo aplicado ao cidadão e, mais importante ainda: recebe sua legitimidade na ação educativa” (p. 236). Ou seja, a educação tem o papel de possibilitar aos sujeitos os instrumentos e conhecimentos necessários para que se tornem cidadãos.

Para o autor, o exercício da cidadania manifesta na LDB, compreende duas ações: 1ª) participação racional e consciente dos indivíduos nos aspectos concernentes à organização e à condução das suas vidas, privada e coletiva; e, 2ª) capacidade e consciência para realizar escolhas. Tais aspectos caracterizariam os sujeitos como cidadãos, uma vez que ambos pressupõem liberdade, autonomia e responsabilidade, uma vez que o cidadão tem o dever de participação da vida social e a organização da vida social deve assegurar a todos o exercício da liberdade e responsabilidade. Ainda de acordo com Rodrigues (2001) os “cidadãos tornam-se construtores de formas organizativas e de ação na vida pública” e que “essa forma de organização social e de ação política denomina-se Democracia” (p. 238).

Já o conceito de ensino está atrelado ao de educação, pois o ensino é a ferramenta de que a educação se utiliza para atingir seus objetivos, operacionalizando e efetivando o comportamento pessoal e social do indivíduo. O termo ensino é oriundo do latim *insignare* e significa “fazer preleções sobre o que os outros ignoram ou sabem mal” (Nérice, 1985). Para Nérice (1985) ensino é o “processo que visa orientar a efetivação da aprendizagem nos setores cognitivo, afetivo e psicomotor, de maneira ordenada e eficiente” (p.101).

Segundo Teixeira (2005), o ensino pode ser definido como uma influência interpessoal com objetivo de alterar o comportamento das pessoas. Para o autor, o ensino tem um caráter triádico: quem ensina, a quem se ensina, o que se ensina. E é imbuído de uma intenção que se caracteriza por dois fatores: o que é ensinado deve ter condições de ser aprendido e o objetivo a ser alcançado com a aprendizagem deve se manifestar por meio dos conteúdos ministrados, isto é, conteúdos e objetivos de ensino devem estar interligados.

Educação, formação e ensino são três conceitos interligados, sendo que o direcionamento dos processos formativos e de ensino irá depender do conceito que se tem de educação. Assim sendo, se a educação é entendida como um processo emancipatório, que garante a humanização e a autonomia dos sujeitos, a formação e a operacionalização do ensino deverão garantir que essa humanização e autonomia, de fato, se concretizem.

Desse modo, na formação profissional em saúde, além de se garantir a apropriação e disseminação de saberes sistematizados, que contribuam para dotar o sujeito das competências e habilidades necessárias para o desenvolvimento de sua profissão, e sua inserção no mundo do trabalho, é preciso também garantir a inserção desse sujeito na sociedade de maneira crítica e consciente, para que efetivamente esses se tornem cidadãos.

### **3.2 Ensino Superior e formação do fisioterapeuta no Brasil**

Para se compreender o atual momento histórico da formação e atuação do fisioterapeuta, é preciso levar em consideração as transformações ocorridas no cenário político, social e econômico da sociedade brasileira e sua influência no ensino superior nos últimos anos.

A formação profissional é atualmente regida pela Lei nº 9.394/1996 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Nela, há flexibilização curricular, extinção dos currículos mínimos e o reconhecimento da autonomia das universidades para definir os currículos e programas dos seus cursos, por meio da orientação de Diretrizes Gerais (Soares & Aguiar, 2010; Oliveira, 2010). Ao se analisar o contexto histórico da formação na área da saúde, percebe-se que apesar de 12 anos de implementação das DCN/FISIO, ainda há dificuldades na formação dos fisioterapeutas segundo o preconizado pelas DCN. Alguns autores ressaltam que nos cursos de graduação em fisioterapia ainda prevalece uma formação individualizada, tecnicista, centrada na doença e na reabilitação (Rodriguez, 2010; Formiga & Silva, 2012).

Apesar de hoje a atuação do fisioterapeuta abranger os três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), as origens da Fisioterapia, enquanto uma profissão relacionada à reabilitação da doença (Freitas, 2006; Rebelato & Botomé, 1999) e das políticas públicas para o ensino superior, vigentes no século XX, ainda influenciam fortemente, a formação dos fisioterapeutas de todo Brasil.

A seguir apresentamos o percurso da formação e consolidação da Fisioterapia enquanto profissão no contexto histórico do Ensino Superior e das políticas públicas voltadas para a educação superior no Brasil, do período colonial até os anos 2000, problematizando a questão do perfil de formação e as atuais necessidades de reorientação desse perfil.

#### **3.2.1 Reconstituição histórica da Educação Superior brasileira e o surgimento da Fisioterapia do período colonial ao regime militar**

No período colonial, Portugal estabeleceu uma política de controle que proibia a criação de instituições de ensino superior no Brasil. Essa realidade se alterou anos mais tarde, com a chegada da corte portuguesa, em 1808, e com a instalação da sede da monarquia no país. Esse contexto trouxe a necessidade da formação de especialistas e técnicos que atendessem às necessidades da Corte. Desse modo, foram criadas as primeiras escolas superiores brasileiras - cátedras. Marcado pela dependência econômica e cultural do Império, o ensino superior, nessa época, se resumia às cátedras isoladas voltadas para a formação profissional. As escolas de Medicina foram as primeiras a serem instituídas logo em 1808, na Bahia e no Rio de Janeiro, juntamente com as de Direito e Engenharia (Cunha, 2000; Fávero, 2000).

No período imperial, houve a união de diversas cátedras isoladas, resultando em academias. As cátedras independentes de Anatomia e de Cirurgia se uniram a outras, originando-se as academias de Medicina no Rio de Janeiro e na Bahia (Cunha, 2000). A estruturação das academias de Medicina proporcionou o desenvolvimento de pesquisas ligadas à área de saúde no Brasil e, dentre elas, destacam-se os primeiros estudos sobre o desenvolvimento de práticas terapêuticas, que poderiam ser relacionadas futuramente à Fisioterapia (Freitas, 2006; Oliveira, 2002).

Os primeiros atendimentos de hidroterapia e eletricidade médica surgiram de 1879 a 1883 e, em 1884, criou-se um embrião do primeiro serviço de Fisioterapia no Brasil, no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro (Freitas, 2006).

A proclamação da República, em 1889, criou condições para que as primeiras universidades fossem instaladas no início do século XX. Neste período, as discussões sobre a Fisioterapia e os seus benefícios à saúde avançaram. De 1902 a 1934, foram produzidos teses e livros, cujos autores eram médicos e professores de Faculdades de Medicina, que analisavam a Fisioterapia como um recurso terapêutico revolucionário. O ano de 1919 foi particularmente importante, pois marcou a implantação do Departamento de Eletricidade Médica na Faculdade de Medicina de São Paulo (Freitas, 2006). A Fisioterapia ganhou, então, nessa época, o primeiro centro de pesquisa e estudos específico sobre os recursos fisioterapêuticos em uma Instituição de Ensino Superior (IES).

A década de 1930 se iniciou com uma maior conscientização dos problemas educacionais e da saúde no Brasil. Surgiram diversas concepções e vários projetos de reconstrução da sociedade, que terminaram silenciados com o Estado Novo. Com a posse de Getúlio Vargas como chefe do governo provisório no País em 03 de novembro de 1930, uma política centralizadora nos mais diferentes setores da sociedade se instaurou. Nesse mesmo ano, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, que implementou reformas de

ensino, visando a adaptação da educação às diretrizes definidas no campo político e educacional pelo novo governo (Fávero, 2000).

Nessa época, o Brasil vivia um momento de profundas transformações socioeconômicas: a crise do modelo agroexportador, o aumento do custo de vida e a vida urbana desencadearam um processo de transferência do capital para a indústria. O ano de 1930 foi considerado um importante marco da industrialização brasileira.

O Decreto nº 19.851, de 11 de abril de 1931, foi o desdobramento no campo da Educação Superior da centralização político-administrativa do Estado Novo. O documento, também conhecido como Estatuto das Universidades Brasileiras, estabeleceu os padrões de organização de instituições universitárias e não universitárias em todo o País. Dentre os principais pontos do documento, está a obrigatoriedade do credenciamento, no Ministério de Educação, de qualquer curso superior, seja de instituição privada ou pública, o que marcou o início da fiscalização pelo poder público do Ensino Superior no Brasil (Cunha, 2000). Neste mesmo ano, 1931, Getúlio Vargas anunciou seu objetivo de instaurar indústrias de base no Brasil, visando diminuir as importações e estimular a produção nacional de bens de consumo (Freitas, 2006).

As novas demandas do capital, resultantes da reorganização do modo de produção no país, tiveram relação direta com a construção do campo de ação da Fisioterapia no Brasil. O aumento do número de trabalhadores nas indústrias trouxe à tona o debate em relação à saúde do trabalhador. Entre as décadas de 1930 e 1950, foram elaborados oito Decretos-Lei que regulamentaram as questões voltadas aos acidentes de trabalho (Freitas, 2006). Os recursos terapêuticos próprios da Fisioterapia, nesse momento histórico, ganham relevo social em função dos resultados que alcançam com a implementação de práticas de reabilitação para possibilitar aos trabalhadores acidentados o adequado retorno às atividades produtivas. Outro fator importante foi a epidemia de poliomielite desencadeada na década de 1950. A doença atingiu inúmeros brasileiros, independente da classe social, gerando diversas sequelas, dentre as quais a diminuição da capacidade funcional. A necessidade de reabilitação imposta pela patologia gerou um desconforto entre a elite brasileira que se viu obrigada a procurar atendimento no exterior, e tornou evidente a escassez de profissionais com formação adequada para atender essa demanda (Rebelatto & Botomé, 1999).

Esses fatores levaram a constatação de que os estudos e as práticas desenvolvidos nas áreas da reabilitação e da readaptação de movimentos e a capacidade física eram escassos no Brasil, o que levou, em 1951, à organização do primeiro curso para a formação de técnicos em Fisioterapia, no Hospital das Clínicas em São Paulo (HC/USP), com duração de um ano. O curso técnico funcionou de 1951 a 1956. Em 1957, foi inaugurada a Associação

Beneficente de Reabilitação, dando início à formação superior em Fisioterapia (Gallo, 2005; Rebelatto e Botomé, 1999). Simultaneamente, a Universidade de São Paulo (USP) iniciou seu primeiro curso superior em Fisioterapia, mediante a realização de convênios com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *World Confederation for Physical Therapy*, visando a participação de docentes do exterior (Freitas, 2006).

Além de ser o marco da implantação dos primeiros cursos de Fisioterapia no país, as décadas de 1950 e de 1960 marcaram, também, a expansão dos cursos superiores no Brasil, resultantes principalmente do aumento das escolas secundárias. Para suprir essa nova demanda para o ensino superior, o Governo Federal criou novas faculdades e federalizou faculdades públicas e privadas, reunindo-as em universidades. Em 1945, havia apenas cinco universidades no Brasil e, em 1960, esse número saltou para 31. Conseqüentemente, a expansão dos cursos superiores por meio da criação de faculdades e universidades nas décadas de 1950 e 1960 contribuiu para o crescimento da formação em nível superior dos fisioterapeutas no país (Cunha, 2000).

Apesar do aumento do número de formandos em Fisioterapia e sua inserção no mercado de trabalho, seu número ainda era reduzido, e esses profissionais não possuíam ainda uma regulamentação profissional. Nesse contexto, os fisioterapeutas começaram a se organizar, realizar conferências e pleitear o reconhecimento e regulamentação da profissão (Freitas, 2006; Rebelatto & Botomé, 1999).

Tal organização levou a um movimento reivindicatório que ganhou forças devido à inserção do fisioterapeuta nas equipes de saúde, principalmente no que se refere à reabilitação. Essas reivindicações, principalmente por uma regulamentação profissional, ocasionaram a elaboração do primeiro documento oficial, elaborado por uma comissão do Conselho Federal de Educação (CFE), em 1963, que buscava regular tanto a formação quanto as atividades profissionais em Fisioterapia e Terapia Ocupacional: o Parecer n. 388/1963. Esse documento trouxe uma importante contribuição ao afirmar a necessidade de formação de nível superior para atuação como fisioterapeuta e oficializar o currículo do Curso de Fisioterapia, que teria duração mínima de três anos e carga horária mínima de 2.160 horas (Freitas, 2006; Rebelatto & Botomé, 1999).

Rebelatto e Botomé (1999) ressaltam como um ponto negativo do referido Parecer a definição da função primordial do fisioterapeuta como executar técnicas e exercícios prescritos pelo médico. Assim, o nome “técnico” marcou suas atribuições e competências como auxiliares dos médicos, sem qualquer autonomia fora da chefia destes.

Em 1964, instaurou-se a ditadura militar no Brasil e, apesar dos efeitos catastróficos

na democracia, nesse período a formação e consolidação da universidade brasileira tiveram um importante avanço. No início dos anos de 1960, as universidades federais estavam sofrendo um colapso, e a organização por meio das cátedras impedia a expansão das matrículas, sem demandar um elevado investimento dos recursos públicos, o que poderia comprometer os planos do governo militar. Nesse sentido, era preciso reestruturar as universidades, principalmente as federais, com o objetivo primordial de se reduzir os custos médios com os estudantes (Cunha, 2000).

Dessa forma, Cunha (2000) salienta que em 1968, foi instituída a Lei n. 5540, conhecida como a Lei da Reforma Universitária, que extinguiu o regime das cátedras, instituiu a departamentalização e a divisão dos cursos de graduação, o regime por disciplina (créditos), dedicação exclusiva dos docentes e indissociabilidade entre pesquisa, ensino e extensão.

Apesar da problemática das perseguições, expulsões e repressões a diversos segmentos universitários, especialmente a professores, houve uma grande expansão, em termos quantitativos, da educação superior no Brasil no período militar, principalmente por meio do rápido crescimento das instituições de ensino superior privadas que, na década de 1980, respondiam por mais de 60% das matrículas em cursos de graduação (Oliveira, 2010).

Em relação à Fisioterapia, 1969 foi um importante marco histórico, ano em que a profissão do fisioterapeuta foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº. 938, de 13 de outubro de 1969. Elaborado pelos representantes da classe dos fisioterapeutas, esse documento se contrapunha ao Parecer 388/1963, no que se refere à autonomia profissional e à nomenclatura. Neste documento, o fisioterapeuta passa a ser reconhecido como um profissional autônomo e/ou liberal de nível superior. No entanto, apesar de assegurar o exercício profissional do fisioterapeuta, o documento destacava a Fisioterapia como uma profissão vinculada aos aspectos curativos e reabilitadores (Freitas, 2006; Gallo, 2005; Rebelatto & Botomé, 1999).

Em 1975, foi criado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), constituído por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais com poderes para definir atos e normas para nortear o exercício profissional, determinando o padrão de referência a ser seguido. Em 1978 foram designados os primeiros membros efetivos, diretoria e suplentes do primeiro colegiado do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região (CREFITO 1), cuja jurisdição abrangia toda a Região Norte/Nordeste do País. Após essa designação foram criadas mais duas regionais com sede no Rio de Janeiro (CREFITO 2) e São Paulo (CREFITO 3). A partir de então, a Fisioterapia se fortaleceu, ampliou sua atuação no campo da saúde e se consolidou enquanto profissão autônoma na sociedade brasileira (Freitas, 2006).

A busca pela organização de parâmetros que qualificassem o processo formador da fisioterapia levou à criação da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO). Na década de 1990 as discussões em torno da formação do fisioterapeuta se acirraram e, em 1995, na Universidade Federal de São Carlos, ocorreu o II Seminário Nacional de Ensino de Fisioterapia, na qual docentes elaboraram um documento para referência, funcionamento e desenvolvimento dos cursos de fisioterapia no Brasil visando garantir um padrão mínimo de qualidade para os cursos oferecidos. Em 1998, houve uma atualização do documento pela Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e esse padrão mínimo de qualidade proposto desde 1995, passou a fundamentar o Ministério da Educação nos processos de autorização, reconhecimento e renovação dos cursos de fisioterapia na época (Fujisawa et al, 2012).

Esse percurso levou a fundação da ABENFISIO, em 2001, na cidade de Santos/SP, durante o IV Fórum de Docentes em Fisioterapia. Desde então o compromisso da organização é congregar docentes, discentes, profissionais e todos os interessados na construção de políticas e diretrizes para o ensino de fisioterapia no Brasil (Fujisawa et al, 2012).

Em 1969, existiam no país apenas seis cursos de Fisioterapia e, em 1984, ano do fim do regime militar, esse número saltou para vinte e duas (Bispo, 2009). Esse dado nos permite visualizar o crescimento dos cursos de Fisioterapia no Brasil durante o regime militar. Apesar de parecer insuficiente em termos numéricos, em termos percentuais representou uma expansão de mais de 200%, o que é contundente, levando-se em consideração o contexto de repressão e o controle das Instituições de Ensino Superior da época.

### 3.2.2. A Reforma do Ensino Superior no Brasil dos anos de 1990 e 2000 e a expansão dos cursos de Fisioterapia

O início da década de 1980 foi marcado pelo contexto político de esgotamento do regime militar e pela ascensão de movimentos em prol da democratização do país. Os anos de 1982 e 1983 representaram o começo das eleições diretas para os governos dos Estados, as primeiras desde 1965 (Cunha, 1997).

O Brasil, nesse período, começou a vivenciar tardiamente os efeitos da crise do sistema taylorista e fordista de produção, já percebidos nos países economicamente desenvolvidos desde a década de 1970. E foi necessária uma reorganização dos setores brasileiros, principalmente a educação para atender as novas demandas do mercado (Antunes, 1999).

Dessa forma, em 1986, o então ministro da Educação, Marco Maciel, deu origem ao

Grupo Executivo para Reformulação da Educação Superior (GERES), que elaborou um anteprojeto de lei voltado para as Instituições Federais de Ensino Superior (Cunha, 1997). E em 1990, no governo do presidente Fernando Collor de Mello, foi iniciado o movimento de reforma do Estado.

O intuito da Reforma do Estado era de melhorar a alocação dos recursos estatais, tornando o Estado mais eficiente e menos burocrático. Adequou-se a administração pública brasileira às novas exigências da economia globalizada, regida pelos princípios do neoliberalismo, onde a implantação da lógica do mercado se estendeu às instituições sociais, culturais ou políticas (Fonseca, 2009).

O *impeachment* do mandato de Collor, em 1992, fez com que a Reforma do Estado fosse retomada de forma contundente apenas em 1995, com o então presidente Fernando Henrique Cardoso, que instituiu o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) como ferramenta principal de controle e execução de todos os processos de reformas que estavam acontecendo no Brasil. Deste modo, o MARE se tornou responsável, de forma mais geral, e o MEC, de forma mais específica, pela reforma da Educação Superior (Sguissardi, 2000).

O MARE foi responsável por formular estratégias voltadas para desburocratização do Estado, visando reduzir gastos com financiamento de vários setores estatais, entre eles a Educação Superior. O MEC, articulado com o MARE, exerceu uma série de medidas de ordem legal voltadas para contingência dos recursos e capital para a educação superior, com propostas de diversificação das fontes de financiamento do ensino superior público e para reduzir gastos, desautorizando o preenchimento via concurso de vagas de docentes e funcionários das IES federais (Sguissardi, 2000).

As mudanças educacionais realizadas seguiram as orientações da Reforma do Estado. A qualidade da educação superior resultaria de uma revisão curricular, da eficiência da gestão institucional e da competitividade deflagrada por um processo de avaliação externa (Fonseca, 2009).

A novidade da proposta da reforma do Ensino Superior do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso estava em uma política específica para as instituições privadas que consistia, basicamente, na completa reformulação do sistema de autorização para criação de estabelecimentos e cursos, fixação de critérios transparentes e objetivos para a distribuição de recursos federais para auxílio às instituições e a reformulação do antigo crédito educativo, atualmente FIES – Financiamento Estudantil (Cunha, 1997).

Em relação ao financiamento do ensino superior público, Cunha (1997, p.34) salienta que, em longo prazo, não foram estruturadas propostas de aumento dos recursos. A expansão

deveria ocorrer por meio de “novas formas de cooperação” entre União, estados, municípios e comunidades locais. Ou seja, as universidades públicas deveriam, por sua própria conta, desenvolver parcerias que lhes proporcionassem as condições para o aumento do número de vagas.

Nesse mesmo período, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9394/1996 (LDB) consagrou a diversificação, diferenciação e flexibilização do sistema de Ensino Superior. A partir de então, as IES poderiam ser classificadas em cinco formatos: universidades, centros universitários e faculdades integradas, faculdades, institutos superiores ou escolas superiores (Cunha, 1997; Cury, 1997).

Os pontos-chaves da Reforma da Educação Superior do Governo Fernando Henrique levaram a um ciclo de expansão acelerada, privatização e mercantilização da educação superior no Brasil: diversificação do sistema; flexibilização curricular; diferenciação das IES, dos cursos e do sistema de seleção; mudanças empreendidas nos sistemas de avaliação por meio de novas formas de controle e regulação; racionalização dos gastos e diversificação das fontes de financiamento; credenciamento e recredenciamento das IES (Sguissardi, 2000).

Destarte, a partir de 1960, o Ensino Superior no Brasil se expandiu impulsionado pela multiplicação de instituições privadas, representando atualmente, 75% das matrículas dos cursos presenciais, principalmente por meio de universidades voltadas para o ensino, de centros universitários e de faculdades isoladas (Oliveira, 2010).

No processo geral da expansão do Ensino Superior, os cursos de graduação em Fisioterapia se destacam como os de maior crescimento no campo da saúde. Impelidos pela liberalização do ensino, pela iniciativa privada e pelos processos de facilitação da autorização, reconhecimento e credenciamento dos cursos de graduação, os cursos de Fisioterapia tiveram um crescimento importante. Na segunda metade da década de 1990, período das reformas do Ensino Superior do governo FHC, a abertura de novos cursos aumentou de 63 para 115, entre o período de 1995 a 1998. Essa expansão acelerou-se nos anos seguintes: de 115 para 298, entre 1999 e 2003, representando um aumento de 159% em apenas cinco anos. Isso trouxe como principal característica a privatização do ensino da Fisioterapia.

No início dos anos 2000, houve uma mudança na política brasileira com a eleição do Presidente Luís Inácio Lula da Silva. O primeiro mandato do presidente Lula (2003- 2006) foi evidenciado no campo da educação muito mais pela continuidade das políticas do governo anterior do que rupturas. No âmbito da educação superior o governo Lula instituiu o grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para analisar a questão da educação superior brasileira e propor um plano de ação. O GTI foi composto por 12 membros representantes dos principais órgãos do governo. Esse grupo de trabalho elaborou um documento que indicou as principais

ações que deveriam ser desenvolvidas para realizar uma reforma do ensino superior brasileiro: reposição do quadro docente nas instituições públicas federais, ampliação de vagas para os estudantes, estímulo a Educação a Distância (EAD), autonomia e financiamento das instituições públicas (Otranto, 2006)

Diferentemente de seu antecessor, no início do primeiro mandato do governo Lula, houve um incentivo a ampliação de vagas, criação de novos cursos e expansão do ensino superior nas IES públicas federais. A interiorização das Universidades Federais favoreceu o aumento do número de municípios atendidos, com a criação de 2003 a 2007 de 14 Universidades Federais e mais de 100 campi. Além da abertura de novos concursos para preencher o quadro de servidores e docentes nas IES públicas federais. Essa política fez com que as matrículas em IES públicas federais tivessem um aumento percentual significativo em relação às privadas, nas instituições federais o aumento foi de 47,1% enquanto nas privadas foi de 45% ( Chacon e Calderón, 2015).

Ao mesmo tempo em que favorecia o aumento do número de matrículas nas IES públicas federais, o Governo Lula também mantinha o incentivo a iniciativa privada, por meio de programas como o PROUNI ( Programa Universidade para Todos) e o FIES. Nestes, os estudantes considerados de baixa renda econômica poderiam cursar uma graduação por meio de bolsas ou financiamento cedido pelo governo. Dessa forma, nesse mandato continuou-se a estimular a expansão dos cursos por meio do financiamento do governo à IES privadas (Otranto, 2006). Em relação aos cursos de fisioterapia, em 2003, dos 298 cursos existentes, 263 (88,2%) eram de instituições privadas, e 35 (11,8%) de públicas (Bispo Jr, 2009). De 2012 a dezembro de 2015 o número de cursos saltou de 458 para 601, sendo a maioria dos cursos novos de IES privadas (Marães et al, 2015).

A expansão e o financiamento dos cursos de nível superior, trouxe a necessidade de ampliação e definição de instrumentos de avaliação dos cursos superiores no Brasil (Marchelli, 2007). Com a LDB de 1996 (Lei 9.394/1996) houve um destaque para o papel do estado como avaliador do desempenho do aluno, das instituições e dos cursos, em uma tentativa de regular e manter a qualidade do ensino brasileiro, tanto em nível fundamental como superior.

Em 2004, o Governo Lula por meio da Lei 10.861 instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), que veio com objetivo de assegurar o processo nacional de avaliação das IES, dos cursos de graduação e do desempenho dos estudantes, formado por três subsistemas integrados: 1) Avaliação institucional realizado nas instancias interna e externa, 2) Avaliação dos cursos de graduação e 3) Avaliação dos alunos por meio do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) (Brasil, 2004).

Neste mesmo ano foi instituído, também, por meio da Portaria nº 2.051 a Comissão Assessora de Avaliação na área da Fisioterapia que se consolidou como um grupo de trabalho na ABENFISIO visando discutir e compilar indicadores para melhoria da formação acadêmica para qualificar os cursos de fisioterapia junto ao MEC/INEP (Fujisawa et al, 2012).

Outro aspecto bastante explorado no governo Lula foi a EAD. A EAD foi vista como a chave para o aumento de vagas de forma maciça a curto e médio prazo e foi adotada de forma indiscriminada no país. Diversos cursos na modalidade à distância surgiram em todo Brasil prometendo uma formação rápida e com baixo custo. A EAD tem representado uma área emergente que oferece muito lucro para o setor privado. O objetivo principal é adequar à educação as novas tecnológicas e as demandas do mercado. Nesse sentido, na maioria dos casos a qualidade da formação oferecida tem sido relegada ao segundo plano. (Otranto, 2006)

Atualmente já estão em andamento projetos voltados para oferta de cursos de fisioterapia na modalidade à distância, com reconhecimento e autorização do MEC. Em dezembro de 2015, a Abenfisio publicou uma carta de repúdio a EAD para os cursos de graduação em fisioterapia. Na carta a associação salienta que a formação do fisioterapeuta deve atender os pressupostos das DCN/FISIO, garantindo uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, destacando que o processo formativo nessa perspectiva é complexo e exige a vivência de situações reais durante a formação acadêmica. O documento destaca também que durante a graduação é necessário que os estudantes tenham vivências em diversos cenários de aprendizagem em uma relação ensino-serviço-comunidade, o que não seria possível em um curso oferecido na modalidade à distância. Outro fator apontado como impedimento para a EAD seria a carga horária de estágio supervisionado definida pelas diretrizes, que não são viáveis a distância. Desse modo, a Abenfisio conclui que a oferta de cursos em fisioterapia EAD pode comprometer todo o processo de discussões sobre a qualidade da formação desses profissionais (Abenfisio, 2015).

Assim sendo, apesar de no governo Lula ter havido um aumento no número de matrículas em vários cursos em instituições federais devido, entre outros fatores, a interiorização do Ensino Superior Público Federal ( Chacon e Calderón, 2015), a expansão dos cursos de Fisioterapia seguiu relacionada majoritariamente as instituições privadas, o que ainda hoje dificulta o controle da qualidade, com implicações na orientação da formação dos fisioterapeutas. Grande parte destes se manteve atrelados ao modelo curativo-reabilitador privatista, sob a influência do contexto neoliberal, e se focaram em uma formação tecnicista moldada pela ideologia da crescente concorrência do mercado de trabalho, que exigia o domínio de conhecimentos biológicos e técnicas de reabilitação para o sucesso profissional.

Dessa forma, a atuação na atenção básica voltada para o serviço público de saúde, principalmente no que se refere à promoção e prevenção em saúde, ainda era desconsiderada ou relegada ao segundo plano. O papel do ensino superior em Fisioterapia, neste contexto, estava diretamente relacionado à preparação para o mercado de trabalho e, assim, a valorização estava nas especializações e na tecnologia como ponto forte de diferenciação e destaque no mercado capitalista.

Percebemos pela trajetória histórica da educação superior aqui discutida que nas últimas décadas buscou-se promover uma democratização do ensino superior no Brasil, no entanto, há que se considerar que essa democratização não está relacionada apenas com a ampliação do número de vagas e criação de novos cursos. É necessário que seja assegurada uma formação de qualidade, articulada em todos os níveis educacionais. A democratização só se efetivará de fato se houver uma cobertura completa e com qualidade de todos os níveis de ensino precedentes ( Sobrinho, 2010).

Assim sendo, o papel da educação superior não se restringe a preencher as lacunas deixadas por outros níveis da educação formal para inserir o indivíduo no mercado, ela deve ser vista como um direito social, um bem público. Para Sobrinho (2010, p. 1224) a “educação como bem público tem compromisso com a sociedade e a nação”. Desse modo, a concepção de ensino superior não deve estar voltada apenas para o preparo para o mercado de trabalho, pois essa concepção é marcada por um significado operacional e instrumental, que se mantém muito aquém das necessidades sociais da população.

Assim sendo, em um quadro de transformações socioeconômicas rápidas é necessário que as IES e os cursos de fisioterapia respondam a sociedade que tipo de educação e formação pretendem oferecer e que demandas vão responder, levando-se em consideração a realidade da saúde brasileira enfrentada atualmente.

### 3.2.3 Os currículos e a graduação em Fisioterapia

No contexto da formação do fisioterapeuta, no que se referem aos currículos, três propostas foram instituídas oficialmente. A primeira, por meio da Portaria nº 511/1964 do Conselho Federal de Educação (CFE); a segunda, pela Resolução nº 4/1983 do CFE, e a terceira referente às atuais diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fisioterapia, por meio da Resolução CNE/CES nº 04/2002 (Freitas, 2006).

É importante ressaltar que, por ser uma profissão criada sob a tutela dos médicos, a formação em Fisioterapia seguiu os moldes da educação médica, com destaque para a influência do modelo flexeneriano, estabelecido a partir da década de 1940. Orientado para a

racionalidade científica, pautada no paradigma positivista da observação e experimentação, Flexner preconizava o ambiente hospitalar como cenário de aprendizagem voltado para a atenção médica individual com foco na doença, com pouca ênfase para prevenção e promoção da saúde. Dessa forma, os hospitais se constituíram no principal cenário de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX (Pagliosa e Da Ros, 2008).

O primeiro currículo, criado por meio da Portaria nº 511/1964, foi inspirado no Parecer nº 388/1963, que definia a duração mínima de três anos e a carga horária mínima de 2.160 horas para o curso de Fisioterapia. O currículo era organizado de forma disciplinar e correspondia às seguintes disciplinas: Fundamentos de Fisioterapia; Ética; História da Reabilitação; Administração Aplicada; Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada. De acordo com Rebelatto e Botomé (1999), em função da falta de professores, laboratórios, equipamentos e instalações adequadas, se decidiu que a aprendizagem do futuro técnico em Fisioterapia deveria se fundamentar em um quadro mínimo de conteúdos, suficientes para a execução das técnicas relacionadas à profissão na área específica da reabilitação.

Esse currículo mínimo permaneceu até 1983, quando foi reformulado por meio da Resolução nº 4, de 28 de fevereiro de 1983, do Conselho Federal de Educação. O novo documento enriqueceu a formação dos fisioterapeutas, ampliando a carga horária, que passou para 3240 horas, e foi instituído o sistema de ciclos, distribuído em quadro grupos: matérias biológicas, de formação geral, pré-profissionalizantes e matérias profissionalizantes (Freitas, 2006; Rebelatto e Botomé, 1999).

Apesar de mais avançado e abrangente que o primeiro currículo, predominava o foco da formação na reabilitação, com uma organização fragmentada e fortemente centrada na Fisioterapia Aplicada, e em suas diferentes especializações. Esta forma de organização curricular permaneceu até 1996. Com a flexibilização dos currículos para os cursos de graduação e a extinção dos currículos mínimos, nos termos propostos pela LDB nº 9394/1996, novos parâmetros deveriam ser construídos e discutidos para o ensino de Fisioterapia no Brasil.

No entanto, as novas diretrizes para a formação em Fisioterapia só foram publicadas seis anos após a LDB de 1996, por meio da Resolução CNE/CES nº 04/2002. O texto aprovado rompia com a lógica fragmentada e centrada na reabilitação e se baseava no conceito de saúde ampliado e integrado, a partir do qual se buscava a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico na orientação da formação do fisioterapeuta.

Em lugar de uma formação voltada para a especialização precoce, preparação e competitividade no mercado de trabalho, de acordo com padrões neoliberais, focada na especialização e no atendimento privado, as novas diretrizes deixavam claro que a formação

do fisioterapeuta deveria atender ao sistema de saúde vigente no país, o SUS.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002 propõem uma organização dos currículos por área de conhecimento: I – Ciências Biológicas e da Saúde; II – Ciências Sociais e Humanas; III – Conhecimentos Biotecnológicos; IV – Conhecimentos Fisioterapêuticos. Neles, o professor deixa de ser o centro do processo de ensino-aprendizagem e passa a ser considerado um facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Projetos de extensão e outras atividades passam a ser incentivadas, e há indução para que o futuro fisioterapeuta seja inserido no contexto e na realidade da comunidade local, sendo a atenção primária compreendida como um importante campo de atuação profissional.

De acordo com Freitas (2006),

[...] 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, engendrando, assim, na perspectiva de uma formação generalista em que os estudos de outras dimensões relacionados à saúde (p. 80).

Alguns autores ressaltam que as DCN são resultantes dos processos de reorientação da formação em saúde e que estão voltados para uma visão ampla de currículo e um posicionamento das IES em relação ao seu papel social e suas interlocuções com o processo saúde-doença e a educação e ensino na saúde (Fernandes e Rebouças, 2013; Fadel e Baldani, 2013; Teixeira, 2010, Poppe e Batista, 2012; Cabral e Teixeira, 2012; Silva, Sousa e Freitas, 2011; Niemeyer, Silva e Kruse, 2010; Oliveira, 2010; Brasileiro e Souza, 2010; Lopes Neto et al, 2007)

Por conseguinte, as principais características salientadas das DCN são a migração do perfil do egresso voltado para especialidades para o perfil generalista, com uma formação voltada para constituição de profissionais competentes, críticos e comprometidos com a saúde da população, com ênfase no trabalho em equipe, no fortalecimento da relação e do compromisso do processo formativo com o SUS (Fernandes e Rebouças, 2013; Teixeira, 2010; Fernandes et al, 2013; Silva, Sousa e Freitas, 2011; Poppe e Batista, 2012).

Alguns autores se referem às DCN como fruto também do Movimento Sanitário Brasileiro, que se direcionava à implementação da integralidade das ações de saúde. Esse esforço para potencializar as competências para a integralidade instigou o debate em torno da necessidade de os cursos da saúde voltarem seus esforços para o acompanhamento, cuidado e tratamento de saúde individual e coletiva da população, acompanhando o processo de

transição do modelo de saúde de atuação curativa, reabilitadora e hospitalocêntrica para um modelo voltado para uma visão ampliada de saúde que aceitava a complexidade, diversidade e amplitude da vida humana (Ceccim, 2007; Araújo, 2009; Gallo, 2005).

Outros autores reforçam que as DCN vieram ao encontro das necessidades do SUS (Almeida et al, 2007, Lopes Neto et al, 2007) e que a implementação das diretrizes corresponde a um avanço quando comparada ao currículo mínimo para os cursos da área da saúde, existentes desde a década de 1960 (Poppe e Batista, 2012, Brasileiro e Sousa, 2010; Fernandes e Rebouças, 2013).

Tais diretrizes curriculares são apontadas como norteadoras do processo de formação na área da saúde, deixando claro que isso não significa um conjunto de regras rígidas e definitivas de organização curricular, mas uma orientação que traz aspectos considerados desejáveis para formulação dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (Almeida et al, 2007; Fernandes e Rebouças, 2013).

Após a promulgação das DCN/FISIO em 2002, o MEC e o Conselho Nacional de Educação por meio da Resolução nº 4, de 6 de abril de 2009, estabeleceram a carga horária mínima par vários cursos da área da saúde, dentre eles o de fisioterapia. A partir de então, todos os cursos de fisioterapia do país deveriam ter uma carga horária mínima para integralização dos conteúdos de 4000 horas. O estabelecimento dessa carga horária contribuiu para definir parâmetros que poderiam contribuir para uma formação adequada aos futuros fisioterapeutas com um padrão mínimo de qualidade, garantindo a aquisição dos conhecimentos básicos e essenciais à sua formação.

### 3.3 Atuais perspectivas da implantação das DCN nos cursos da área da saúde e na formação do fisioterapeuta

Ao se analisar o cenário de formação dos cursos da área da saúde no Brasil se podem perceber dificuldades e desafios a serem vencidos para que a formação e o ensino na saúde possam levar ao desenvolvimento das competências preconizadas pelas Diretrizes Nacionais. Essas dificuldades não são específicas de um curso particularmente, mas comuns a todos os cursos de graduação no campo da saúde. Teixeira (2010) apontou que a média de Índice de Aderência dos cursos de Fisioterapia da região Norte do Brasil às DCN foi de 74%, o que foi considerado pelo autor como abaixo das expectativas. No entanto, existem experiências de construções de PPC pós-DCN, como é o caso do PPC do curso de Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (FCE/UnB). Sobre essa experiência, Marães et al (2010) relatam uma proposta de formação na perspectiva de transformação social e

econômica da população regional, na qual o foco das práticas desenvolvidas está no SUS e o currículo foi organizado em núcleos para se evitar a fragmentação do conhecimento em disciplinas, na tentativa de formar fisioterapeutas generalistas, reflexivos, humanistas e críticos como requer as DCN/FISIO.

Autores como Fernandes et al (2013) e Teixeira (2010) ressaltam que um dos aspectos considerados como sendo importantes para a adesão dos cursos às DCN/FISIO, e consequente desenvolvimento das competências gerais e específicas para formação, é a diversidade dos cenários de aprendizagem, razão pela qual defendem que as práticas de ensino não devem priorizar ou se restringir a um único espaço de atuação e sim a todos os cenários possíveis: hospitalar, clínicas, atenção básica entre outros.

A adequação da formação em saúde, que leve em conta as DCN, ainda está em andamento. Diferentes autores fazem referências às principais dificuldades nesse processo (Fernandes e Rebouças, 2013, Fernandes et al, 2013, Lopes Neto, 2007; Teixeira, 2010; Silva, Sousa e Freitas, 2011, Almeida et al, 2007). Para eles, algumas delas precisam ser superadas: PPC sem construção coletiva, com valorização de disciplinas clínicas em detrimento de atividades práticas e de estágios no SUS; a fragmentação dos currículos; a falta de articulação entre os processos formativos e a rede de atenção à saúde; o distanciamento entre teoria e a prática; o uso de metodologias de ensino tradicionais, baseadas na transmissão de informação e centrada na figura do professor; docentes resistentes às mudanças, com pouco conhecimento sobre o SUS e pouca reflexão sobre a docência; além do predomínio do pensamento cientificista, voltado para o curativismo.

Ainda, segundo esses autores, a superação dessas dificuldades e a própria agilização do processo de adequação curricular às DCN podem ser alcançadas mediante as seguintes medidas:

- Transformação da visão e das condições de trabalho dos docentes por meio de iniciativas de formação permanente que possam fundamentar uma prática pedagógica atualizada, crítica e coerente, voltada para o SUS (Almeida et al, 2007; Lopes Neto, 2007);
- Diversificação dos cenários de aprendizagem nos quais haja maior equilíbrio entre as práticas realizadas em clínicas, hospitais e nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde (Poppe e Batista, 2012; Fernandes et al, 2013; Lopes Neto, 2007; Teixeira, 2010).
- Mudança do processo de ensino, no qual a teoria antecede a prática para que promova articulação entre teoria e prática (Fernandes e Rebouças, 2013; Teixeira, 2010).
- Instituição de um modelo curricular integrado substitutivo ao currículo rígido,

fragmentado em especialidades (Fernandes e Rebouças, 2013; Portes e Máximo, 2010).

- Fortalecimento dos projetos de pesquisa e de extensão como estratégias para articulação do curso com os princípios do SUS (Fernandes et al, 2013).
- Construção coletiva dos PPC (Teixeira, 2010).
- Rompimento com o modelo de ensino tradicional focado apenas na transmissão do conhecimento e a adoção de uma perspectiva centrada na aprendizagem significativa e transformadora (Fernandes e Rebouças, 2013).

No caso específico da Fisioterapia, apesar das DCN/FISIO terem sido estabelecidas em 2002, e preconizarem a formação generalista voltada para a atuação em todos os níveis de saúde no contexto do SUS, foi apenas em 2008, com a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que o trabalho do fisioterapeuta na atenção básica, com foco na promoção da saúde, foi oficializado (Rodriguez, 2010; Gonçalves, Carvalho e Trelha, 2012, Formiga e Silva, 2012).

O estudo de Gallo (2005) sobre a prática da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família (ESF), do município de Londrina/PR, destacou que a inserção do fisioterapeuta na ESF se deu de forma desorganizada, focada em uma demanda específica, que eram os pacientes acamados, embora tenha apontado para o fato de os profissionais irem se adaptando e introduzindo novas maneiras de atuação. A autora destaca ainda que a formação não estaria adequada às exigências do SUS ou às DCN/FISIO, por não ser generalista ou direcionada ao desenvolvimento das capacidades necessárias ao trabalho em equipe, e de não se ofertar, durante o processo formativo do fisioterapeuta, os conhecimentos sobre o próprio Sistema Único de Saúde.

Para autores como Medeiros, Foletto e Silva (2012); Formiga e Silva (2012) e Rodriguez (2010), muitos cursos de graduação ainda mantêm uma visão restrita da atuação do fisioterapeuta, com um ensino voltado para a doença e ao tratamento de sequelas, o que dificulta o entendimento do estudante do conceito ampliado da saúde.

Formiga e Silva (2012), com base em pesquisa que buscou analisar as atribuições do fisioterapeuta na atenção básica em duas IES, ressaltam que ainda prevalece a formação individualizada, tecnicista, centrada na doença e na reabilitação, sendo a vivência na atenção básica realizada apenas nos últimos períodos do curso, comprometendo a compreensão dos futuros profissionais acerca das especificidades e potencialidades os cenários da atenção primária à saúde.

Para melhorar o processo de formação dos fisioterapeutas, e assegurar o desenvolvimento das competências profissionais preconizadas pelas DCN, as autoras

recomendam um maior aprofundamento acerca das políticas públicas de saúde durante a graduação, para que os estudantes possam conhecer e reconhecer a realidade sanitária brasileira, além de uma maior interação entre os saberes, possibilitando uma ampliação na visão de mundo pelos egressos (Formiga e Silva, 2012).

Araujo (2009), com base nos resultados alcançados em sua dissertação de Mestrado, relatou as dificuldades dos docentes em se adequarem às exigências para formação em fisioterapia de acordo com as DCN e o SUS, cujas falas enfatizavam limitações para o uso de novas metodologias de ensino, reproduzindo o modelo de formação tradicional que receberam, uma vez que nos cursos de Fisioterapia os docentes são contratados com base em sua formação técnica profissional, sendo a competência pedagógica deixada em segundo plano, o que leva a predominância de uma prática de formação fundamentalmente de caráter técnico.

Rodriguez (2010) salienta que, apesar do avanço da atuação da fisioterapia na atenção básica e em todos os níveis de saúde, o fisioterapeuta ainda é visto como tendo um papel exclusivamente reabilitador, e chama a atenção para o fato de o próprio Ministério da Saúde, na série Cadernos de Atenção Básica: diretrizes do NASF, se referir às ações do fisioterapeuta, bem como dos terapeutas ocupacionais e dos fonoaudiólogos, apenas em um capítulo do documento intitulado “Reabilitação e a Saúde Integral do Pessoa Idosa no NASF”. Para ela, um passo importante na superação dessa perspectiva poderia ser a substituição do termo reabilitação pelo de saúde funcional, especialmente quando relacionado à ação dos fisioterapeutas.

A autora sugere que para a consolidação das práticas da fisioterapia na atenção básica e para o desenvolvimento das competências preconizadas pelas DCN/FISIO, devem ocorrer mudanças na formação desses profissionais aliadas à adoção do conceito de integralidade para que passasse a considerar tanto a atuação profissional em todos os níveis de saúde quanto a atenção integral, ao contrário do que é visto nos ambulatórios de fisioterapia, cujo foco está na fragmentação da atenção (Rodriguez, 2010).

Pesquisas realizadas no âmbito da inserção do fisioterapeuta na atenção básica constataram que existe uma compreensão restrita por parte de gestores de saúde e usuários sobre o papel da fisioterapia no serviço. Essa visão é favorecida, entre outros fatores, pela legislação que não favorece a inserção do fisioterapeuta na equipe mínima da ESF, para os gestores o profissional é visto apenas para atuação da reabilitação (Ribeiro e Soares, 2015). Os usuários consideram positiva a inserção da fisioterapia nas unidades de saúde, mas também possuem uma visão da atuação restrita ao terceiro nível da atenção, isso porque as principais atividades realizadas pelo fisioterapeuta são atendimentos clínicos individuais,

com pouca ênfase na coletividade e Promoção da Saúde (Driusso et al, 2013).

Ferreira, Fiorini e Crivelaro (2010) trazem uma experiência de integração entre ensino e atenção básica da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), por meio da Unidade de Prática Profissional (UPP). Apesar de não se tratar especificamente da Fisioterapia, o estudo mostra a importância da integração entre teoria e prática por meio da integração entre a instituição de ensino e a atenção básica como cenário de prática.

Os autores ressaltam que a UPP favorece a instrumentalização à integralidade da aprendizagem dos estudantes e a vivência da interdisciplinaridade, favorecendo um trabalho integrado e compartilhado. Para eles, essa forma de organização tem levado o estudante a se aproximar de um modelo de cuidado em saúde contextualizado com as reais necessidades da população, centrado nas diretrizes do acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. A atenção básica como cenário de prática leva estudantes a se afastarem do modelo hegemônico hospitalocêntrico e a se inserem na complexidade do ser humano. Desse modo, os futuros profissionais aprendem a lidar com os problemas do processo saúde-doença em um contexto geral, equilibrando o nível técnico com as questões sociais (Ferreira, Fiorine e Crivelaro, 2010).

Um estudo realizado sobre a percepção dos estudantes sobre sua formação para inserção na atenção básica no SUS evidenciou que o contato e a prática na assistência básica é fundamental para o preparo dos acadêmicos para atuar na atenção básica, no entanto, a prática na assistência básica é enfocada apenas no final do curso, o que mostra pouco compromisso da instituição pesquisada com a formação para o serviço público (Seriano et al, 2013).

Dentre os princípios e as diretrizes do SUS, a integralidade tem sido considerada como um dos mais importantes pressupostos norteadores da formação da área da saúde. Alguns autores destacam que esse é o princípio do SUS que menos tem fundamentado as práticas dos profissionais, visto que os trabalhadores da saúde ainda têm dificuldades em enxergar o usuário na sua inteireza prevalecendo ainda, no cuidado e na atenção à saúde, uma visão mecanicista de corpo humano preconizada nos moldes flexnerianos de ensino (Lucchese, Vera e Pereira, 2010; Moreti-Pires, 2009).

É importante considerar que a integralidade não é somente uma das Diretrizes do SUS, é um conceito que reconhece os sujeitos como totalidade, como sujeito histórico, social e político que se articula com o meio e a sociedade em que está inserido. Dessa forma, as ações em saúde devem reconhecê-lo como detentor de um saber coletivo, um ser autônomo e emancipado, capaz de cuidar de si próprio e de sua família. Uma formação norteada pela integralidade deve ser capaz de oferecer não somente ambientes apropriados para o

tratamento clínico e curativo, mas também para o desenvolvimento da cidadania e solidariedade, contribuindo para melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da coletividade, visando fugir das tendências fragmentadas e desarticuladas das ações em saúde (Machado et al, 2007).

Na Fisioterapia, a dificuldade em nortear a formação de acordo com o princípio da integralidade se manifesta pela centralidade nas sequelas físicas a serem reabilitadas e nos aspectos biológicos e nos procedimentos técnicos da profissão (Ribeiro, 2009). Almeida (2013), em um estudo realizado no Distrito Federal (DF), destacou também, como um dos fatores impeditivos para concretização da atuação do fisioterapeuta de acordo com os pressupostos da integralidade a predominância dos postos de trabalho em fisioterapia, mesmo no setor público, serem predominantemente nos serviços de média e alta complexidades. Assim, apesar de estar no SUS, a Fisioterapia continua relacionada ao nível secundário e terciário da assistência à saúde. Além disso, a autora constatou que os PPC das IES analisadas por ela na pesquisa, não orientam a formação do fisioterapeuta de acordo com a integralidade, predominando o modelo tradicional de ensino.

Alguns autores ressaltam que o saber técnico é fundamental para o fisioterapeuta, mas enfatizam que se faz necessário que a esse saber sejam somados outros conhecimentos, de natureza sociológica e cultural, que contribuam para que o estudante desenvolva uma visão crítica e problematizadora dos determinantes do processo saúde e doença (Marães et al, 2010, Signorelli et al, 2010), tornando-os capazes de exercer a alteridade e de considerarem diferentes aspectos implicados no processo saúde-doença, razão pela qual a horizontalização da relação profissional/usuário e a articulação entre os saberes científico e popular são considerados como fundamentais à formação dos profissionais da saúde e conseqüentemente do fisioterapeuta (Gomes et al, 2010; Moreti-Pires, 2009).

Stahischmidt (2012) destaca que é fundamental a transição do paradigma de formação dos profissionais de saúde, baseado em proposições cartesianas, para o paradigma sistêmico, capaz de compreender as relações entre os fenômenos e “menos preocupado em segmentar para compreender” (p. 821). Uma formação que tenha uma abordagem ancorada na integralidade do ser humano, com ressignificação do foco sobre as especialidades e doenças para a promoção da saúde.

Alguns trabalhos ressaltam a importância de uma formação pautada na interdisciplinaridade e na transdisciplinaridade como forma de transformar as práticas profissionais e melhorar o respeito entre os profissionais e o trabalho em equipe, caracterizando-se, assim, o processo inicial da reformulação curricular baseada nas competências gerais preconizadas pelas DCN para os cursos da Saúde (Moreti-Pires, 2009;

Lucchese, Vera e Pereira, 2010; Pessanha, Teresinha e Cunha, 2009; Pontes, Bornstein e Giugliani, 2012).

No contexto de uma nova visão de formação em saúde, fundamentada no paradigma sistêmico, norteadada pela integralidade e pautada na inter e transdisciplinariedade, com ações voltadas para promoção da saúde, ganha destaque o ensino por competências, que visa não apenas a transmissão pura e simples do conhecimento, mas a transformação desse conhecimento em capacidade de atuação profissional.

### 3.4 O conceito de Competência

O conceito de competência possui vários enfoques semânticos e é dependente de opções teóricas ou ideológicas (Perrenoud, 2000). Nos últimos anos, o debate sobre as competências aumentou consideravelmente e se tornou um assunto recorrente no âmbito acadêmico e empresarial (Fleury e Fleury, 2000). No senso comum, temos a definição do termo relacionado a uma qualidade ou particularidade pessoal, associada a sua capacidade de desempenhar alguma atividade ou tarefa e no âmbito no mundo trabalho. Nesse sentido, seria competente aquele que conseguisse atender às demandas do setor produtivo (Lima, 2005).

As discussões sobre as competências iniciaram-se em 1973 no campo da administração e da psicologia com a publicação de McClelland (1973), intitulada *Testing for competence rather than intelligence*. Nesse trabalho, o autor relacionava competência a um desempenho superior na realização de alguma tarefa ou determinada situação. Na década de 1970 iniciou-se também o debate Francês em torno do conceito de qualificação, questionando-se se esse seria capaz de atender o processo de formação profissional de forma satisfatória, corrente que preconizava uma relação entre as competências e os saberes (Fleury e Fleury, 2000).

Para Le Boterf (2003), o conceito de competências está atrelado ao de desenvolvimento profissional. Esse autor ressalta que a noção de competência associada ao desenvolvimento profissional só começou a ser efetivamente debatida a partir dos anos 1980, e enfatiza que as competências estão relacionadas às transformações do mundo do trabalho e à necessidade do trabalhador se adequar às novas exigências do mercado, com suas novas tecnologias, organizações e fluxos de trabalho.

Para ele, competência é como “uma disposição para agir de modo pertinente em relação a uma situação específica” (2003, p.40). É por meio dela que o profissional demonstra sua capacidade de ação. Assim, para Le Boterf, para ser competente o profissional deve saber agir com pertinência, saber mobilizar saberes, saber integrar ou combinar múltiplos saberes,

saber transpor, saber aprender, aprender a aprender e saber envolver-se.

Para saber agir, o profissional não deve somente saber executar o que é prescrito, mas ir além, se adaptando continuamente a distintas situações. Para saber integrar múltiplos saberes, deve-se saber mobilizar os conhecimentos em um contexto demonstrando suas capacidades de ação; para saber transpor, devem-se ter condições e capacidades para resolver diversos problemas em diferentes situações; para saber aprender e aprender a aprender, o profissional deve tirar lições das experiências, fazendo de sua prática uma oportunidade de criação e saberes, sempre de forma diretamente relacionadas à sua área de atuação profissional (Le Boterf, 2003).

As transformações e exigências do setor produtivo levaram a necessidade de readaptação da educação, de forma que os debates em torno do conceito de competência migraram do campo da administração para o da educação. No campo educacional foi influenciado por três principais vertentes conceituais sobre competências: condutivista ou behaviorista, funcionalista e construtivista (Araújo, 2007; Lima, 2005).

A matriz condutivista/behaviorista se fundamenta na psicologia comportamental e se associa à eficiência social. Nela, a noção de competência está relacionada ao comportamento, às condutas e às práticas observáveis. Essa matriz influenciou a concepção de competência na educação, principalmente quando aplicada à organização curricular dos anos 1960 e 1970, que tinha fortes raízes comportamentalistas. As principais críticas a essa matriz dizem respeito a um conceito muito abrangente de competência, além de ser considerada restrita, pois reduz as competências aos comportamentos observáveis, ignorando os processos de aprendizagem que são subjacentes aos comportamentos e desempenho (Araújo, 2007; Lima, 2005).

A matriz funcionalista vinculada à visão funcionalista da sociologia considera as competências relacionadas aos resultados esperados dentro do ambiente de trabalho. Interessam os produtos e não os processos utilizados para atingi-los. Essa matriz foi empregada como norteadora do sistema de competências da Inglaterra. A principal crítica a essa matriz é que a aprendizagem acaba se reduzindo as atividades realizadas e não a seus fundamentos científico-tecnológicos (Araújo, 2007; Lima, 2005).

Uma característica comum a ambas as matrizes, segundo Araújo (2007) e Lima (2005), é o fato delas se restringirem a apenas a atividades a serem desempenhadas, visando o atendimento a exigências do mercado, o que parte de uma perspectiva individual e descontextualizada, que implica na limitação da formação e do próprio currículo.

A matriz construtivista, voltada para a construção social da competência, origina-se na França e relaciona a competência à articulação entre o contexto, como se constrói e evolui

esta relação, envolvendo trabalhadores e organizações. Apesar de mais abrangente que as duas anteriores, está também voltada para as atividades a serem desempenhadas no trabalho e muitas vezes se reduz a uma lista de tarefas, focalizando os resultados (Lima, 2005).

Perrenoud (1999, 2000) traz um conceito de competência inspirado nas teorias da aprendizagem de Piaget e, apesar de influenciado pelas discussões do campo da administração, um debate sobre competência voltado exclusivamente para a educação. Para ele, as competências não são saberes ou atitudes, mas associam e articulam saberes entre si. Sendo que essa mobilização só acontece durante uma situação singular. Para exercer a competência é necessário um conjunto de esquemas de pensamento e raciocínio que irão comandar a realização de uma ação adaptada a cada situação.

O autor ressalta também que as competências são adquiridas por meio da formação ou de uma situação de trabalho para outra. Assim sendo, a construção de competências é inseparável da mobilização de conhecimentos e isso acontece por meio de um treinamento associado a uma postura reflexiva (Perrenoud, 1999).

Perrenoud (1999) critica a metodologia adotada nas instituições de ensino que preconizam o acúmulo de conhecimentos por si só e ressalta que esse acúmulo não gera ação, uma vez que para ele a competência vai além do conhecimento. Para construir as competências o autor preconiza um ensino que seja fundamentado em um planejamento flexível, que dependerá do nível dos estudantes e dos projetos pedagógicos a serem desenvolvidos; matriz curricular mais flexível, que deve ser adaptada de acordo com as competências a serem desenvolvidas; e aulas baseadas em metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Assim sendo, na visão de Perrenoud (1999, 2000), competência é a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situação. Baseia-se em esquemas e processos intuitivos para mobilização dos conhecimentos e elaboração de estratégias para identificação e resolução de problemas; enquanto a habilidade diz respeito a uma sequência de atitudes, modos operatórios, induções, deduções e procedimentos mentais que o sujeito lança mão para resolver uma situação real. A competência leva à utilização de diferentes habilidades e estas habilidades convergem para uma competência (Perrenoud, 1999).

Ao transpor o debate para as competências necessárias para atuação na área da saúde, Santos (2011) enfatiza que o conceito de competência para orientação curricular na área da saúde seria “capacidade de um ser humano cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional” (p. 87). Esse conceito foi construído com

base no diálogo com várias matrizes teóricas relacionadas ao tema, sendo, pois, multidimensional.

Apesar de competência ser um termo polissêmico, e possuir várias vertentes teóricas, algumas abordagens se aproximam, como as de Le Bortef (2003), Perrenoud (1999; 2000) e as Santos (2011).

Visando superar o ensino tradicional, conteudista e fragmentado, com o foco na doença e na especialização precoce, as DCN, exigem que a construção dos currículos na área de fisioterapia seja orientada por competências e uma concepção ampla de saúde, para além da doença. Os domínios das competências e habilidades definidas nas DCN é a condição primordial para atender ao perfil de formação do fisioterapeuta: generalista, crítico e reflexivo.

#### 3.4.1. A Promoção da Saúde

A construção do conceito de Promoção da Saúde (PS) tem como principais marcos as Conferências Internacionais realizadas em: Alma-Ata (1978), Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsvall (1991), Bogotá (1992), Jacarta (1997), Rede de Megapaíses (1998), Cidade do México (2000) e Bangkok (2005). Tais conferências discutiram as bases para a busca de melhores condições de vida para a população mundial, reconhecendo a saúde como um importante fator de desenvolvimento econômico e social, apontando a direção de uma nova concepção que valoriza a saúde como componente central do desenvolvimento humano (Buss, 2003).

A Conferência de Alma-Ata (1978) veio em resposta à busca por uma nova abordagem no campo da saúde que fugisse da atuação exclusiva na atenção terciária com foco na doença. Um dos pontos mais importantes de Alma-Ata foi a afirmação da saúde como direito humano fundamental, e o reconhecimento de que os cuidados primários de saúde são a chave para que todos alcancem condições de vida dignas, sendo que esse deve ser o primeiro contato dos sujeitos, suas famílias e comunidades com os serviços e o sistema de saúde.

Buscava-se uma atuação em saúde que pudesse garantir o mais alto grau de saúde para todos, envolvendo diversos setores nessa empreitada: políticos, sociais e econômicos. Além disso, a Conferência de Alma Ata trouxe como inovação o debate sobre a importância da promoção e proteção da saúde, associando essas ações ao desenvolvimento social e econômico. Ou seja, a saúde passou a ser vista como fator indispensável ao desenvolvimento socioeconômico de uma nação, para o qual há necessidade de toda a comunidade participar da organização, funcionamento e controle da atenção primária de saúde (Brasil, 2002). Estavam lançadas aí as bases para as discussões sobre o tema da Promoção da Saúde em todo o mundo,

que seriam aperfeiçoadas e discutidas posteriormente nas demais Conferências Internacionais.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa (1986) definiu Promoção de Saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (Brasil, 2002, p. 19). O documento reconhece o contexto socioeconômico como determinante de saúde e ressalta que promover a saúde não pode se restringir apenas ao setor de saúde, mas demanda ação coordenada entre todos os setores da sociedade (Brasil, 2002).

A Conferência de Ottawa preconizou cinco campos para Promoção da Saúde:

- Elaboração e implementação de Políticas Públicas Saudáveis.
- Criação de ambientes favoráveis à saúde.
- Reforço da ação comunitária.
- Desenvolvimento de habilidades pessoais.
- Reorientação dos serviços de saúde.

A Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, cujo documento final intitulado Declaração de Adelaide (1988) reforçou o reconhecimento da saúde como um direito humano fundamental, pautado anteriormente em Alma Ata, destacou que as iniquidades no campo da saúde são fruto das desigualdades sociais. Além disso, apontou para a necessidade de políticas para criar ambientes favoráveis e promover a saúde. Nessa Conferência foram identificadas quatro áreas prioritárias para Promoção da Saúde: Apoio a saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool e criação de ambientes saudáveis (Brasil, 2002).

É interessante ressaltar também que a Conferência de Adelaide sinalizou a importância das instituições educacionais responderem as necessidades da saúde pública por meio da reorientação dos seus currículos, visando melhorar a capacitação dos profissionais de saúde e as habilidades de mediação e defesa da saúde pública.

A Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Sundsvall (1991) fortaleceu a relevância dos ambientes favoráveis para a saúde, afirmou a urgência de se atingir uma maior justiça social em saúde e a necessidade da união de todos os setores para atingir essa meta: comunidade, governos, organizações não governamentais e organizações internacionais. Definiu também quatro dimensões para atingir o foco de ambientes favoráveis e promotores de saúde: social; política; econômica e o reconhecimento da capacidade das mulheres em todos os setores. Essas dimensões seriam alcançadas por meio de quatro estratégias: ações comunitárias, capacitação da comunidade e indivíduos para um maior

controle de sua saúde, construção de alianças para saúde, mediação de conflitos e garantia do acesso igualitário aos ambientes favoráveis a saúde.

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde que aconteceu em Santa Fé de Bogotá, na Colômbia tratou a questão da promoção da saúde na América Latina, enfatizando que o desafio da PS na Região consiste em conciliar os interesses econômicos com as necessidades sociais de bem-estar para todos. E que a PS tem como função primordial a transformação das atitudes e condutas da população e governantes no sentido de diminuir os fatores que contribuem para iniquidades sociais e de saúde (Brasil, 2002).

A Declaração de Jacarta, fruto da Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, na Indonésia, em 1997, trouxe como tema central a Promoção da Saúde no século XXI. Nela, houve uma reflexão sobre as ações empreendidas do campo da PS, identificando estratégias para a PS a serem implantadas no século XXI. Como novidade, nessa conferência foi incluído o setor privado no apoio a ações voltadas para a PS. Foram definidos também os seguintes pré-requisitos para saúde: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável de recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade (Buss, 2003)

A Declaração de Jacarta trouxe também cinco prioridades para a PS no século XXI: promover a responsabilidade social para com a saúde, aumentar os investimentos para fomentar a saúde, consolidar e expandir parcerias em prol da saúde, aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo, conseguir uma infraestrutura para a PS (Brasil, 2002).

A Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde, realizada em Genebra, na Suíça, em 1998, foi idealizada pela Organização Mundial de Saúde e se constituiu em uma aliança entre os países mais populosos do mundo (Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos) e foi voltada ao fortalecimento das ações de promoção da saúde nos âmbitos mundial e nacionais, ampliando a oferta de saúde para população por meio do compartilhamento de informações e políticas de promoção da saúde, bem como pesquisas e avaliações; da mobilização de recursos para aumentar as condições de saúde; do aumento da colaboração intersectorial por meio de agências governamentais e não governamentais, setores público e privados; da educação a distância e oferta de treinamentos para direcionar as questões comuns aos megapaíses e desenvolver saúde promovendo quatro estratégias: 1) estilo de vida; 2) curso de vida saudáveis; 2) preservação do meio ambiente; e, 4) preservação de assentamentos (Brasil, 2002).

Em julho de 2000 foi realizada a Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Realizada na Cidade do México, o tema central foi Promoção da Saúde: Rumo a maior equidade. A Declaração do México trouxe o reconhecimento da melhora da qualidade de vida em muitos países, mas enfatizou a persistência de problemas relacionados à saúde pública. Em 2005, a Conferência foi realizada em Bangkok, tendo como tema central a Promoção da Saúde em um mundo globalizado, que buscou identificar estratégias para tratar os determinantes de saúde em meio ao processo de globalização.

Todas essas conferências contribuíram para a construção do conceito de promoção da saúde, que passou a ser difundido e debatido por diversos setores em todo o mundo. Todas reafirmaram a saúde como um direito e buscaram identificar ações para abordar a promoção da saúde na busca de melhores condições e qualidade de vida, justiça social e equidade em saúde (Brasil, 2002).

Desde então há um reconhecimento crescente por parte dos países de todo o mundo da necessidade do estabelecimento de metas para redução das iniquidades em saúde que envolva mudanças relacionadas às políticas sociais, ambientais e de saúde, em uma abordagem intersetorial com parcerias e foco na comunidade (Brandert et al, 2014)

Nos Estados Unidos instituições como a Federal Collaboration on Health Disparities Research (FCHDR) tem procurado desenvolver a construção de projetos em colaboração com vários setores para reduzir as desigualdades em saúde por meio do acesso a serviços de saúde, alimentação saudável, práticas de atividades físicas, entre outros. O FCHDR promove pesquisas em colaboração com setores governamentais e não governamentais, investigando como os fatores socioeconômicos podem afetar a saúde e vulnerabilidade da população. A organização sugere como estratégias para diminuir disparidades em saúde o investimento em planejamento social e ambiental com a promoção de atividades saudáveis entre a comunidade, além do desenvolvimento de parcerias para construção de políticas voltadas para melhoria da qualidade de vida de forma geral (Hutch et al, 2011).

Na Europa projetos relacionados ao incentivo de hábitos e estilos de vida saudáveis em parceria com instituições governamentais e não governamentais e comunidades vem crescendo nos últimos anos. Há uma tentativa de integrar a promoção de estilos de vida na atenção primária, coordenando ações de triagem, aconselhamento, encaminhamento para atendimento especializado e estratégias intersetoriais com uma abordagem multidisciplinar (Thomas et al, 2014).

Projetos para promoção de atividades físicas e redução do sedentarismo como incentivo a caminhadas e estratégias para controle e redução da obesidade, fazem parte da agenda política de saúde pública da Inglaterra, como ações voltadas para promoção da saúde e

melhora da qualidade de vida da população (Milton e Grix, 2015).

Na Austrália, diversas pesquisas e projetos têm sido desenvolvidos no âmbito da saúde em atenção primária em diversas instituições como a National Health and Medical Research Council (NHMRC), Aboriginal Health Medical Research Council, General Practice Evaluation Program (GEPEP), entre outros. Os resultados dos trabalhos realizados tem contribuído para melhorar a atuação na Atenção Primária, com impactos na produção de conhecimento na área, construção de políticas e implementação de ações e práticas nesse nível de atenção a saúde (Reed et al, 2011).

Com a 8ª Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada em junho de 2013, a abordagem intersetorial ganha destaque nas políticas públicas. Na União Européia a estratégia Together for Health 2008–2013, que ainda está em vigor, refere como um dos princípios fundamentais na área da saúde a Health in all policies (Hiap – Saúde em todas as políticas). O Hiap é um meio de defesa da intersetorialidade da saúde por meio de sua presença em todas as políticas da área social. Tem como pontos chave a abordagem em relação aos determinantes sociais de saúde e a Governança. A Governança envolve agentes do governo, sociedade civil e organizações não governamentais, de forma inclusiva, envolvendo várias dimensões na tomada de decisões e implementação de Políticas (McQueen et al, 2012, apud Cohn, 2013).

Desse modo, atualmente, governos internacionais tem reconhecido que um compromisso global com a saúde requer olhar para além do setor de cuidados tradicionais em saúde, de forma a incentivar ações para Promoção da Saúde que envolvam a liderança conjunta de diversos setores, tanto da saúde como fora da área da saúde. Projetos realizados na Suécia, Quebec e Austrália tem demonstrado que o Hiap é um importante compromisso com a colaboração intersetorial na saúde, favorecendo a redução das disparidades em saúde, melhora da qualidade de vida da população e redução dos custos com o setor (Pinto et al, 2015).

No Brasil, o movimento pela promoção da saúde foi impulsionado pela Reforma Sanitária e o processo de construção do SUS. No mesmo ano da elaboração da Carta de Ottawa (1986) acontecia, no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde que definiu os princípios e diretrizes básicas do SUS, ambos os movimentos influenciados pelas discussões empreendidas na Conferência de Alma-Ata, em 1978 (Buss e Carvalho, 2009).

Ao se analisar os princípios e as diretrizes do SUS se pode perceber que estes são bem próximos aos conceitos centrais da Promoção da Saúde. O reconhecimento da saúde como direito, o foco nos cuidados primários, a intersetorialidade e a busca pela igualdade no acesso aos serviços são fatores enfatizados para efetivação tanto da promoção da saúde, em nível

internacional, quanto do SUS.

Em março de 2006, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que veio com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos e coletivos por meio de ações voltadas para diminuir a vulnerabilidade e riscos a saúde atuando nos múltiplos determinantes de saúde como: modos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. A PNPS propõe a ampliação das práticas de intervenção em saúde visando ações que envolvam tanto os aspectos curativos das intervenções, quanto o favorecimento de escolhas de vida saudáveis pelos sujeitos e coletividade, envolvendo a participação e organização em rede de vários movimentos e grupos sociais por meio da construção e gestão compartilhadas (Brasil, 2010).

A atuação na perspectiva da promoção da saúde implica na reorientação dos serviços de saúde, que devem se fundamentar em diretrizes como: integralidade, intersectorialidade, mobilização e participação social, informação, educação e comunicação, equidade, responsabilidade sanitária e sustentabilidade (Brasil, 2010). Essa reorientação traz desafios à formação dos profissionais, sinalizando a necessidade de desenvolver competências e habilidades que possibilitem aos profissionais construir intervenções ampliadas, favoráveis à saúde e à vida, e que fortaleçam a autonomia e protagonismo dos cidadãos na busca por melhores condições de saúde.

### 3.4.2 As competências para promoção da saúde e sua articulação com as competências preconizada pelas DCN

#### 3.4.2.1 Competências para promoção da saúde

As transformações sociais, econômicas e ambientais dos últimos anos contribuíram para aumentar a complexidade dos problemas de saúde pública no século XXI. Diversas evidências demonstradas por pesquisas do Institute of Medicine nos Estados Unidos (2012), Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial de Saúde (2011), Canadian Consortium de Pesquisa em Promoção da Saúde (2007) entre outros, tem apontado que há uma necessidade crescente de melhorar a capacitação da força de trabalho no âmbito da saúde pública e Promoção da Saúde (Allegrante et al, 2012).

No Canadá, as questões relacionadas à capacitação e desenvolvimento de competências para formação profissional foram exploradas primeiramente no Simpósio organizado pela Canadian Association of Teachers of Community Health (CATCH) em 2000.

A necessidade de desenvolvimento dessas competências era atribuída a dois fatores chave: 1º Havia uma marginalização da atuação no âmbito da PS nos setores mais amplos da saúde pública e 2º havia uma baixa credibilidade dos profissionais que atuavam na PS devido a falta de conhecimento na organização de práticas para a PS (Hyndman, 2007).

A capacitação da força de trabalho para desenvolver e implementar práticas e políticas em promoção da saúde é hoje reconhecida como fundamental para sustentar as ações em Promoção de Saúde globalmente. Houve um crescimento das pesquisas internacionais para desenvolvimento de um conjunto de domínios de competências para PS. A Conferência de Galway, realizada na Irlanda em 2008, foi um importante marco histórico, pois se constituiu o primeiro esforço para explorar a colaboração internacional no desenvolvimento de competências para PS (Barry et al, 2009; Allegrante et al, 2012).

A Conferência de Consenso de Galway aconteceu na Universidade Nacional da Irlanda, em Galway, em junho de 2008, e teve como objetivo debater o núcleo de competências de formação profissional para atuação na promoção da saúde. A conferência reuniu um grupo de trabalho de líderes internacionais e pesquisadores proeminentes no campo das competências e de acreditação em saúde pública global (Barry et al, 2009).

A Conferência de Galway identificou um conjunto de oito domínios de competências centrais para atuação dos profissionais na PS: Favorecimento de mudanças, liderança, avaliação, planejamento, implementação, advocacia e parcerias. O Consenso de Galway favoreceu uma reforma da educação e capacitação da força de trabalho para promoção da saúde, e serviu como modelo para diversas outras iniciativas desenvolvidas no âmbito das competências para formação de profissionais de saúde (Allegrante et al, 2012).

Desde então, essas competências têm sido construídas e validadas no âmbito internacional, fruto de um crescente interesse na definição de competências necessárias para a capacitação dos profissionais que os torne capazes de reorientar os serviços de saúde em uma perspectiva no campo político, teórico e prático da promoção da saúde (Tusset, 2012).

Programas voltados para o desenvolvimento de competências visando uma consciência para atuação na PS de forma crítica e reflexiva têm sido desenvolvidos no Canadá desde 2009 (Trimblay et al, 2013). Em Nebraska, a Nebraska Health Policy Academy (The Academy) é uma iniciativa voltada para a capacitação local e estadual de profissionais da saúde e representantes da comunidade para o uso adequado do conhecimento em políticas para saúde Pública e PS. O programa desenvolveu um conjunto de domínios de competências voltadas para PS e tem sido um sucesso no país, se traduzindo em diversas iniciativas de desenvolvimento de programas e políticas envolvendo a saúde da comunidade (Brandert et al, 2014).

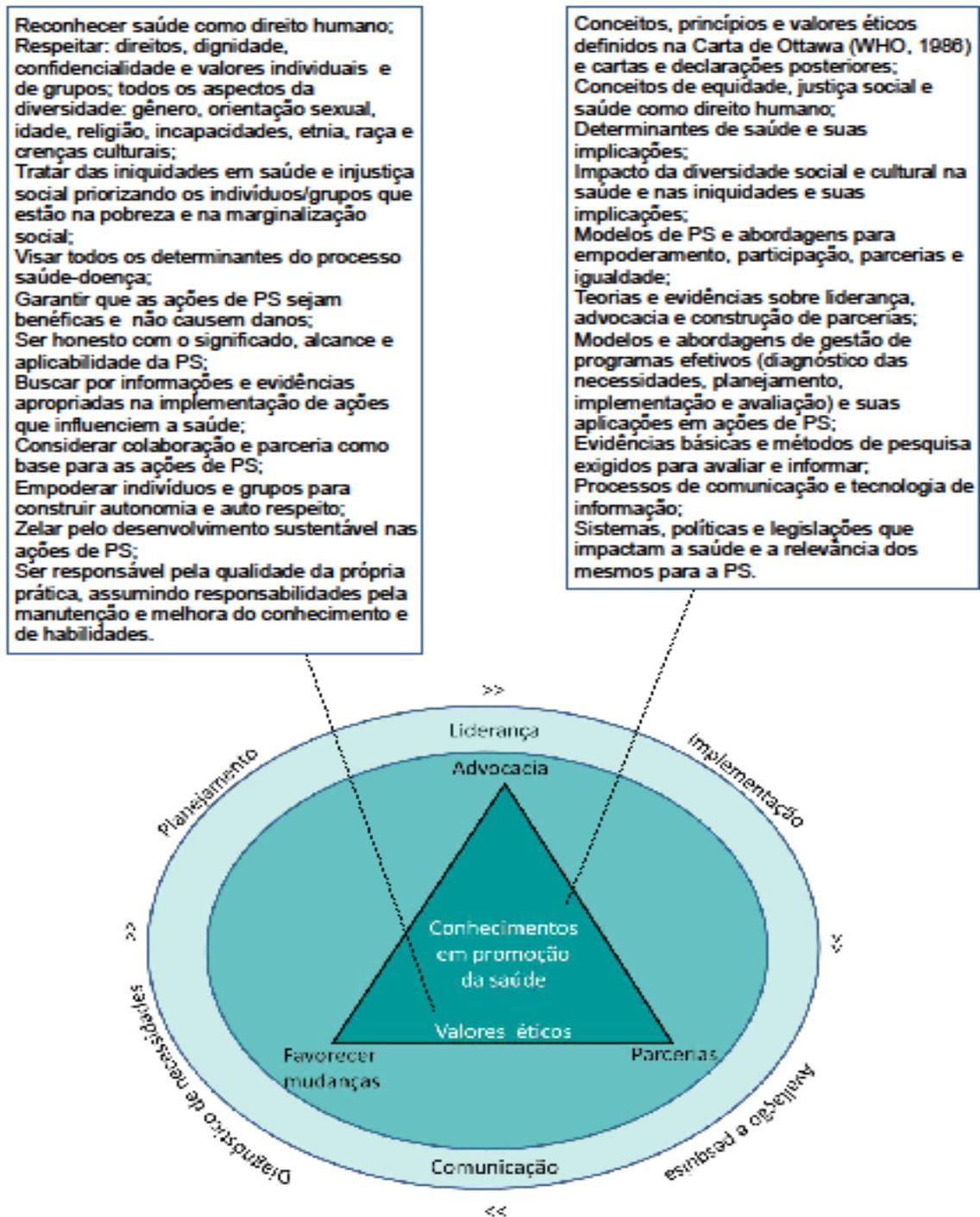
Além dessas, uma iniciativa que vem se destacando como referência são as competências essenciais em promoção da saúde desenvolvidas pelo grupo de trabalho europeu, e sistematizadas por Dempsey et al (2011), CompHP. O projeto CompHP teve influência das discussões empreendidas em Galway e foi lançado visando estabelecer meios e métodos pelos quais o desenvolvimento de competências para qualificação da força de trabalho no âmbito da PS possam ser implementadas.

O projeto europeu intitulado ‘Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe’ (CompHP) teve início em 2009, financiado pela Executive Agency for Health and Consumers, responde pela articulação de diferentes parceiros nas áreas de desenvolvimento profissional, política, prática e setores acadêmicos de Promoção Social da Europa e busca criar um consenso sobre as competências, padrões e sistemas de acreditação que garantam um padrão de qualidade para a atuação na promoção da saúde, desenvolvendo referenciais de competência para a prática de promoção da saúde, educação e formação visando a qualificação da força de trabalho que atua na saúde pública europeia (Dempsey et al, 2011).

Para elaborar a lista de competências Dempsey et al (2011) utilizaram como referenciais o consenso de Galway, o núcleo de competências para Promoção da Saúde desenvolvidas na Austrália, Canadá, Nova Zelândia e União Europeia. Foram utilizadas também revisões de literatura, grupos focais, técnica Delphi e consultorias com pessoas atuantes na Promoção em Saúde.

O projeto CompHP estabelece que as competências listadas são designadas para pessoas que visem promover a saúde e reduzir as iniquidades em saúde usando como referência os cinco campos para promoção da saúde preconizados pela Carta de Ottawa, já listados anteriormente.

Os valores, as habilidades e os conhecimentos necessários para prática na PS formam o conjunto de saberes que deve ser mobilizado para operacionalização das competências da promoção da saúde. As principais competências elencadas são: favorecimento de mudanças, advocacia para saúde, parcerias, comunicação, liderança, diagnóstico, planejamento, implementação, avaliação e pesquisa. A Figura 1 demonstra a estrutura do núcleo de competências para PS definidas pelo CompHP.



Fonte: Tusset (2012) adaptado de Dempsey et al (2011)

Figura 1: Valores, Conhecimentos e Domínios de Competências em Promoção da Saúde do CompHP.

Alguns países da União Européia já estão usando as recomendações do Projeto CompHP para orientar reformas na educação profissional em saúde pública e a formação de currículos para formação para Promoção da Saúde. O quadro de competências do projeto fornece as bases para processos de acreditação em programas de treinamento e práticas de promoção da saúde de forma geral (Allegrante et al, 2012).

#### 3.4.2.2 Competências preconizadas pelas DCN

Uma das inovações das DCN/FISIO foi também elencar as competências necessárias para a formação do fisioterapeuta. Seguindo a tendência mundial, as competências definidas pelas Diretrizes Curriculares brasileiras se aproximam bastante daquelas voltadas para promoção de saúde. Essas competências vieram na tentativa de reorientar a formação em fisioterapia para um perfil generalista, qualificado para atuar em todos os níveis de atenção, sendo também um profissional crítico, humanista e reflexivo.

As DCN estabelecem seis competências gerais: Atenção a Saúde, Tomada de Decisões, Comunicação, Liderança, Administração e Gerenciamento e Educação Permanente. Extraímos os conceitos dessas competências e relacionamos com as competências de promoção da saúde preconizadas pelo CompHP, visando identificar possíveis convergências entre elas.

A competência geral de Atenção à Saúde é referida nas DCN/FISIO como a atuação em todos os níveis de saúde, tanto individual quanto coletivo. É uma competência fundamental para operacionalização do princípio da integralidade do SUS e está diretamente relacionada ao valor ético definido pelo CompHP que se refere a visar todos o determinantes do processo saúde doença.

A consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas é fundamental para uma atuação de acordo com pressupostos da promoção da saúde. Esse conhecimento permite que o futuro profissional possa desenvolver ações voltadas para mudanças nos modelos assistenciais e para a ampliação da autonomia dos sujeitos, incluindo intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais, envolvendo diversos setores da sociedade civil, socialmente produzidos, subordinando a economia ao bem-estar social (Carvalho e Buss, 2013).

A competência relacionada à Tomada de Decisões está definida pelas Diretrizes Curriculares como uma competência que visa à mobilização de conhecimentos baseados em

evidências científicas para avaliar, sistematizar e decidir condutas mais adequadas para o uso apropriado, eficácia e custo- efetividade, da força de trabalho e de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Essa competência está dentro dos valores éticos para PS definidos pelo CompHP como a busca por informações e evidências apropriadas na implementação de ações que influenciem a saúde. Ao aprofundar os conhecimentos no campo da saúde, de forma geral, o profissional se torna apto para enfrentar as mais variadas situações em seu ambiente de trabalho e tomar as decisões mais acertadas em relação a sua atuação profissional e a saúde tanto em nível individual e coletivo.

A Comunicação é uma competência geral preconizada tanto pelas DCNs quanto pelo CompHP. Diz respeito à comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura, além do domínio de línguas estrangeiras e tecnologias de informação e comunicação.

Da mesma forma, a competência geral relacionada à Liderança é referida tanto nas DCN/FISIO quanto no projeto CompHP e, em ambas, ela diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de trabalho e aprendizagem em equipe multiprofissional, o que requer compromisso, habilidades próprias de comunicação e de gerenciamentos de processos e gestão de pessoas, tendo como foco o bem estar individual e coletivo.

A quarta competência geral elencada pelas DCN/FISIO é a Administração e Gerenciamento, que se refere à aptidão para tomar iniciativas para gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e informação por meio de ações empreendedoras, com capacidade de gestão ou liderança na equipe de saúde. No projeto CompHP essa competência já está inclusa na própria competência Liderança e em Planejamento e Implementação. O Planejamento se refere ao desenvolvimento de planos de ação para serem executados de acordo com os recursos, parceiros e metas da PS. A implementação está voltada para o gerenciamento dos recursos necessários para implementação das ações planejadas e o monitoramento do plano de ação, além do desenvolvimento, condução e utilização dos recursos e materiais de forma apropriada (Dempsey et al, 2011). Assim sendo, as competências denominadas Planejamento e Implementação do projeto se complementam e correspondem as de Administração e Gerenciamento referidas nas DCN/FISIO.

Por último, temos a competência geral relacionada à Educação Permanente, que se volta à aprendizagem contínua dos profissionais. De acordo com Ceccim (2005) a Educação Permanente foi criada para dimensionar, e não prolongar, o tempo de formação ou carreira dos profissionais. Para esse autor, a Educação Permanente se dá na interlocução entre gestão, atenção e participação nas áreas específicas de saberes e práticas da saúde, com um entrosamento na área da educação e atenção a saúde e se constitui como o caminho mais

adequado para empreender as transformações no trabalho na área da saúde.

A competência geral intitulada Educação Permanente está relacionada aos seguintes domínios de competências do projeto CompHP: Parceria, Diagnóstico e Avaliação e Pesquisa. A Parceria diz respeito ao trabalho em colaboração com áreas de conhecimento e setores diferentes para aumentar o impacto e a sustentabilidade das ações em PS (Dempsey et al, 2011), sendo um trabalho desenvolvido de forma intersetorial. A Educação Permanente, ao preconizar a interlocução dos saberes empreendidos nos ambientes acadêmicos, na gestão e na atenção em saúde propriamente dita, também preconiza o desenvolvimento de parcerias, pois sem elas não seria possível trabalhar ou obter uma formação que abrangesse instituições formadoras e os serviços de saúde em suas várias esferas de gestão.

Ceccim e Feuerwerker (2004) trazem o conceito de quadrilátero da formação para operacionalizar a Educação Permanente, no qual a qualidade da formação passaria a resultar da articulação entre ensino, gestão, atenção e controle social. Uma formação que se volte ao desenvolvimento da competência da Educação Permanente, considerando o quadrilátero proposto, também necessita de Avaliação e Pesquisa, como meio de utilizar métodos de avaliação e pesquisa apropriados para detectar o alcance, o impacto e a efetividade das ações desenvolvidas. Esses resultados poderão redefinir e melhorar as ações, apoiando e melhorando as práticas em saúde (Dempsey *et al*, 2011).

Os autores ressaltam também que a formação para desenvolver a competência da Educação Permanente deve buscar atender as necessidades de saúde das pessoas e da população (Ceccim e Feuerwerker, 2004), o que dialoga com a proposta de desenvolvimento da competência Diagnóstico, Informação e Planejamento preconizadas pelo CompHP.

Quando o projeto se refere a Diagnóstico, não quer dizer o diagnóstico de doenças ou da capacidade funcional, no caso da Fisioterapia; mas sim diagnosticar as necessidades de saúde da sociedade no contexto dos determinantes do processo saúde doença, sejam eles políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais ou biológicos que promovam ou comprometam a saúde (Dempsey *et al*, 2011). Nessa competência a questão da necessidade de visar todos os determinantes do processo saúde doença é fundamental, pois é na capacidade de realizar o diagnóstico das necessidades e potencialidades, em termos de saúde dos sujeitos e coletividades, que o conhecimento sobre os determinantes sociais se torna imprescindível.

O desenvolvimento dessas três competências elencadas pelo CompHP (Parceria, Diagnóstico e Avaliação e Pesquisa) implicaria na concretização da Educação Permanente em Saúde como uma dimensão de competência mais abrangente na formação do fisioterapeuta pois, de acordo com Ceccim (2004, p.977), colocar a Educação Permanente para Saúde em

evidência para a formação e para o SUS requer “trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos colegas, institucional e político da saúde”.

As competências e habilidades específicas para a formação do profissional de Fisioterapia já eram contempladas no currículo mínimo. As DCN/FISIO reforçaram essas competências específicas para o profissional fisioterapeuta e trouxeram como inovação três novas competências:

IV – Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência.

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.

VIII - Exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social. (Resolução nº 4 CNE/CES, 2002)

O reconhecimento da saúde como um direito fundamental contribui para transformação das práticas de saúde e, desde a Declaração de Alma-Ata, vem sendo defendida como tal. A saúde como direito ultrapassa a visão biologicista e hospitalocêntrica de saúde e vai ao encontro dos conceitos de saúde encontrados nos documentos internacionais para a PS.

A quinta (V) competência específica definida nas DCN/FISIO, traz como novidade a importância do fisioterapeuta reconhecer o papel dos determinantes sociais, políticos, econômicos do processo saúde-doença. As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, desde a de Alma Ata (1978), reconhecem a importância desses determinantes, pois os mesmos moldam o comportamento individual e influenciam no estilo de vida das pessoas. A atuação de forma generalista requer essa competência que é também fundamental para operacionalização do conceito ampliado de saúde.

A oitava (VIII) competência específica, trata da articulação entre a ação do fisioterapeuta e o contexto social, ressaltando a participação e contribuição social. Ao analisarmos essa competência específica emerge um importante conceito da PS: o *empowerment* ou empoderamento. O empoderamento é um dos conceitos centrais da promoção da saúde e diz respeito à contribuição para autonomia e fortalecimento dos sujeitos envolvidos, sejam usuários ou profissionais de saúde, permitindo que os próprios sujeitos possam compreender e enfrentar o processo saúde-doença ancorados em uma nova visão de mundo. O foco é incentivar e favorecer a participação social (Chiesa et al, 2007).

De acordo com Chiesa et al (2007), o empoderamento favorece o desenvolvimento da

consciência crítica para que o trabalhador, usuário ou estudante de saúde, possa atuar em sua realidade de forma autônoma e transformadora, modificando o ambiente ao seu redor.

Para Carvalho (2004), existem duas noções distintas sobre a categoria *empowerment*: a psicológica e a comunitária, ambas estão presentes no ideário de Promoção à Saúde. O *empowerment* psicológico está relacionado ao fortalecimento da auto-estima, o controle sobre a própria vida, está ancorado em uma perspectiva filosófica individualista que não leva em conta fatores sociais e estruturais. Cria-se um sentimento de um indivíduo com poder, que desenvolve mecanismos de auto ajuda para adaptação ao meio. De acordo com o autor, o *empowerment* psicológico pode favorecer governos e instituições conservadoras ao influenciar a manutenção do *status quo* pois os indivíduos são levados a suprir, por sua própria conta, suas necessidades, sejam elas sociais ou de saúde, ao invés de reivindicarem seus direitos como cidadãos.

O *empowerment* comunitário é uma noção alternativa de empoderamento e está relacionado à politização das estratégias de Promoção de Saúde. Carvalho (2004) ressalta que o aspecto central do *empowerment* comunitário é a possibilidade de que os indivíduos e coletivos “venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política” (p.1092). Nessa perspectiva o empoderamento pode se dar tanto no nível coletivo quanto no individual, em diferentes espaços, seja para promoção, prevenção ou reabilitação. O *empowerment* comunitário incentiva as pessoas e a coletividade a desenvolverem sua própria consciência crítica, compreendendo e intervindo na realidade. Essa noção de empoderamento é a chave para o que o autor chama de nova Promoção da Saúde e se faz presente hoje nos projetos de reorganização da rede básica de saúde, principalmente o Programa de Saúde de Família.

O conceito de empoderamento nos leva a retornar à oitava (VIII) competência específica das DCN/FISIO e as duas competências do CompHP: o Favorecimento de mudanças e a Advocacia em Saúde. Essas duas competências se referem as abordagens que apóiam o empoderamento e a participação social. A Advocacia trata da necessidade de advogar e reivindicar com e a favor de indivíduos, comunidades e organizações para melhorar a saúde e a capacitação individual e coletiva para atuar na PS. E o Favorecimento de Mudanças trata da importância de incentivar o empoderamento da comunidade e profissionais para transformar as práticas de saúde e fazer avançar o campo da PS (Dempsey et al, 2011).

As competências definidas pelo projeto CompHP articulam-se com as competências gerais e específicas para formação do fisioterapeuta, estabelecidas nas DCN/FISIO. Tanto o CompHP quanto as Diretrizes Curriculares Nacionais são consonantes com as declarações

resultantes das conferências internacionais sobre saúde, com destaque para a Declaração de Alma-Ata (1978), centrada na importância da atenção primária, e a Declaração de Ottawa (1986), a primeira realizada para tratar exclusivamente da temática da promoção da saúde.

Dessa forma, apesar de ser um Projeto lançado e construído com base em uma realidade política, social e econômica muito diferente da do Brasil, o CompHP apresenta um conjunto de valores, práticas, abordagens que podem ser aplicados ao contexto brasileiro. Fornecendo referências de quais domínios de competências e habilidades os profissionais poderiam desenvolver para uma atuação na área da Promoção da Saúde ( Pinheiro et al, 2015).

Assim sendo, para formar fisioterapeutas com perfil generalista, crítico, humanista e reflexivo é fundamental que o ensino tome como referências conceitos de PS, principalmente o empoderamento, a advocacia em saúde e a participação social. Esses conceitos poderão possibilitar o desenvolvimento das competências previstas nas DCN e reorientar as práticas em saúde, de forma que os profissionais possam vir a atuar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, com destaque para a integralidade, que é um princípio que garante não somente a assistência integral em saúde, mas também favorece o fortalecimento da cidadania com foco na melhora da qualidade de vida e as necessidades de saúde da população brasileira.

## 4. MÉTODO

### 4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. De acordo com Minayo (2008), a abordagem qualitativa se adequa melhor às pesquisas de grupos e de segmentos delimitados; de histórias sociais, sob a ótica dos atores; de interações, e para análise de discursos e de documentos, pois permite um maior contato do pesquisador com o seu objeto de estudo, o que leva a um conhecimento aprofundado do tema. Desse modo, a opção pela abordagem qualitativa se deve à necessidade de uma compreensão aprofundada sobre as competências para formação dos fisioterapeutas, que leve em consideração a historicidade e a trajetória da profissão, as percepções dos docentes e estudantes acerca do desenvolvimento das competências e habilidades gerais esperadas, para a formação do fisioterapeuta.

Marconi e Lakatos (2003) salientam que a pesquisa exploratória e descritiva tem por objetivo descrever completamente determinado fenômeno. Assim sendo, a escolha por esse tipo de pesquisa justifica-se, pois se pretende explicitar e proporcionar um entendimento aprofundado do problema apresentado, buscando um maior conhecimento sobre a formação na área da Fisioterapia tomando como referência as DCN/FISIO.

#### 4.1.1. Local do estudo

A pesquisa foi realizada na cidade de Goiânia/GO, em instituições de ensino superior, públicas e privadas, que ofertam cursos de graduação em Fisioterapia.

#### 4.1.2. População e amostra do estudo

O universo da pesquisa se constituiu de oito IES do Estado de Goiás, que ofertam cursos de graduação em Fisioterapia, na cidade de Goiânia/GO. Para seleção da amostra, foram considerados três critérios de inclusão que resultaram na identificação de duas instituições para participação no estudo.

##### 4.1.2.1. Critérios de inclusão

Critérios de inclusão: 1) Possuir, pelo menos, uma turma de estudantes matriculados no último período do curso; 2) Permitir o acesso ao Projeto Pedagógico de Curso (PPC); 3) Aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Concordância.

Aquelas que não contemplaram os critérios de inclusão foram excluídas do estudo: duas instituições se negaram a fornecer o PPC para análise e quatro não aceitaram participar

da pesquisa.

Assim, a amostra foi composta por duas instituições, para preservar a identidade das instituições essas foram assim denominadas: Fac 1 e Fac 2. Para definição dos participantes no âmbito de cada IES, foi estabelecido que esses fossem representantes do segmento docente e representantes do segmento discente.

Para a seleção dos docentes adotou-se os seguintes critérios de inclusão: 1) Ministrar disciplinas no curso; 2) Possuir pelo menos dois anos de tempo de atuação no curso e 3) Aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de Exclusão: 1) Docentes com menos de dois anos de atuação no curso 2) Docentes que se recusaram a participar e não aceitaram assinar o TCLE.

Para seleção dos discentes, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: 1) Estar regularmente matriculado no curso de Fisioterapia da IES; 2) Estar cursando o último ano (período/semestre) da graduação em Fisioterapia; 3) Aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de Exclusão: 1) Não estar matriculado no último ano (período/semestre) da graduação em fisioterapia 2) Não aceitar participar ou não assinar o TCLE.

Após autorização para realização da pesquisa pela IES, novo contato foi feito com os coordenadores dos cursos de fisioterapia para agendamento de visita e convite aos discentes e docentes para participação no estudo. Os coordenadores de cada uma das instituições forneceram os contatos dos docentes dos cursos e os convites para participação do estudo foram enviados aos professores via endereço eletrônico. Para convidar os discentes foram feitas visitas aos locais de aula e estes foram convidados pessoalmente. Assim, população foi convidada a participar do grupo focal espontaneamente e a amostra foi constituída por conveniência seguindo os critérios estabelecidos.

A Fac 1 possuía 52 docentes, sendo 43 fisioterapeutas, e 56 alunos matriculados no último ano do curso, desses oito docentes e nove alunos participaram da pesquisa. Na Fac 2 havia 45 docentes, sendo 31 fisioterapeutas, e 52 alunos matriculados no último ano do curso, desses participaram nove professores e 10 alunos.

## 4.2. Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Projeto 186/12). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e do caráter de sua participação; e de que a qualquer momento poderiam retirar seu consentimento; receberam garantias sobre a não divulgação de informações que pudessem ameaçar sua privacidade e anonimato e garantia de acesso aos resultados do estudo, conforme a resolução CNS 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

## 4.3 Coleta de dados

### 4.3.1 Procedimentos e Instrumentos

A coleta de dados foi realizada em duas fases:

Fase 1: Análise documental dos PPC dos cursos de Fisioterapia, que foi disponibilizado na forma digital pelas instituições participantes; das DCN/FISIO e das Competências para Promoção da Saúde definidas pelo CompHP, realizada de novembro de 2014 a junho de 2015, com o objetivo de relacionar as competências gerais preconizadas pelas DCN e as competências de promoção da saúde (Quadro 1); identificar as competências da promoção da saúde nos PPC dos cursos de graduação em Fisioterapia e caracterizar o perfil das competências e habilidades gerais da formação dos cursos de Fisioterapia em Goiânia/GO. Para realização da análise documental foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro previamente estabelecido (Apêndice B)

<b>Competências Gerais DCN/FISIO</b>	<b>Domínio de Competências de PS correspondente</b>
Atenção a Saúde	Diagnóstico de Necessidades
Tomada de Decisões	Avaliação e Pesquisa
Comunicação	Comunicação
Liderança	Liderança
Administração e Gerenciamento	Planejamento e implementação
Educação Permanente	Parceria, diagnóstico e Avaliação e Pesquisa

*Quadro 1:* Competências Gerais preconizadas pelas DCN/FISIO e Domínio de Competências de PS correspondente.

Fase 2: Realização de quatro grupos focais, dois em cada instituição: um com os

docentes e outro com os estudantes, tendo como objetivos apreender a percepção de cada grupo acerca do perfil das competências gerais desenvolvidos na formação do fisioterapeuta, cujo roteiro foi organizado com base nas competências gerais preconizadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Fisioterapia e nas competências para a Promoção da Saúde (Apêndice C).

O grupo focal é um procedimento de coleta de dados que utiliza um debate aberto em grupo em relação a um tema comum aos participantes. Nesse processo o pesquisador tem a oportunidade de observar as interações grupais e ouvir vários indivíduos concomitantemente. A interação grupal permite a produção de dados que não seriam conseguidos fora do grupo, levando-se em consideração muito mais que apenas a soma das opiniões, mas os sentimentos e pontos de vista individuais envolvidos que se cristalizam em um produto de interação mútua (Kind, 2004; Trad, 2009).

A discussão nos grupos focais é realizada mediante reuniões com um pequeno número de participantes, que variam de seis a 12, que representam a população do estudo, no qual deve se ter o cuidado de garantir que todos os participantes tenham a oportunidade de falar. A técnica exige a presença de um moderador e um observador. O papel do moderador é focalizar o tema, permitir a participação de todos e aprofundar a discussão. O observador tem como papel principal analisar as interações presentes durante a discussão (Minayo, 2008).

Os grupos ocorreram nas próprias IES, em dias diferentes não consecutivos do mês de novembro de 2015. A média de participantes em cada grupo focal foi de nove, com duração média de uma hora e 20 minutos, para cada grupo.

A dinâmica para a realização dos grupos focais seguiu o proposto por Kind (2004) com seis momentos: 1) introdução; 2) preparação; 3) conjunto do debate em grupo; 4) encerramento do grupo; 5) questões posteriores à avaliação do grupo e, 6) ação posterior.

No primeiro momento, a introdução, houve a apresentação do moderador, que foi a própria pesquisadora do estudo, e a apresentação do observador, uma pesquisadora convidada, que foram os mesmos em todos os grupos realizados. Em seguida os objetivos do estudo foram apresentados e os participantes foram orientados quanto à forma de realização do grupo focal, além da solicitação da assinatura do TCLE.

No segundo momento, preparação, os participantes foram instruídos a responderem um questionário com informações sociodemográficas (Apêndices D e E) e foi realizada uma rodada de apresentações para adaptação e integração do grupo.

No terceiro momento, conjunto do debate em grupo, foi feita passagem para as questões específicas da pesquisa, que utilizou como instrumento um temário previamente estabelecido (Apêndice C). No quarto momento, encerramento do grupo, foi feita, sucintamente, uma exposição da discussão promovida pelo grupo e as dúvidas que surgiram durante a discussão foram esclarecidas. No quinto momento, foi feita uma avaliação e análise dos grupos focais realizados pelo moderador e observador. No sexto momento, foi avaliado se os resultados obtidos foram suficientes e satisfatórios.

As discussões dos grupos focais foram gravadas em áudio digital e transcritas na íntegra pela pesquisadora.

#### 4.4 Análise de Dados

Os dados da pesquisa (conteúdo dos documentos PPC e dos grupos focais) foram processados com o auxílio do software NVivo 10, que oportunizou a criação das categorias para análise de conteúdo, definidas posteriormente a partir do agrupamento dos dados (Nodari et al, 2014; QSR International, 2014).

As categorias de análise foram definidas a posteriori, tomando como referência as competências Gerais DCN/FISIO e os Domínios de Competências da Promoção da Saúde e os conteúdos que emergiram dos documentos e das falas dos participantes dos grupos focais,

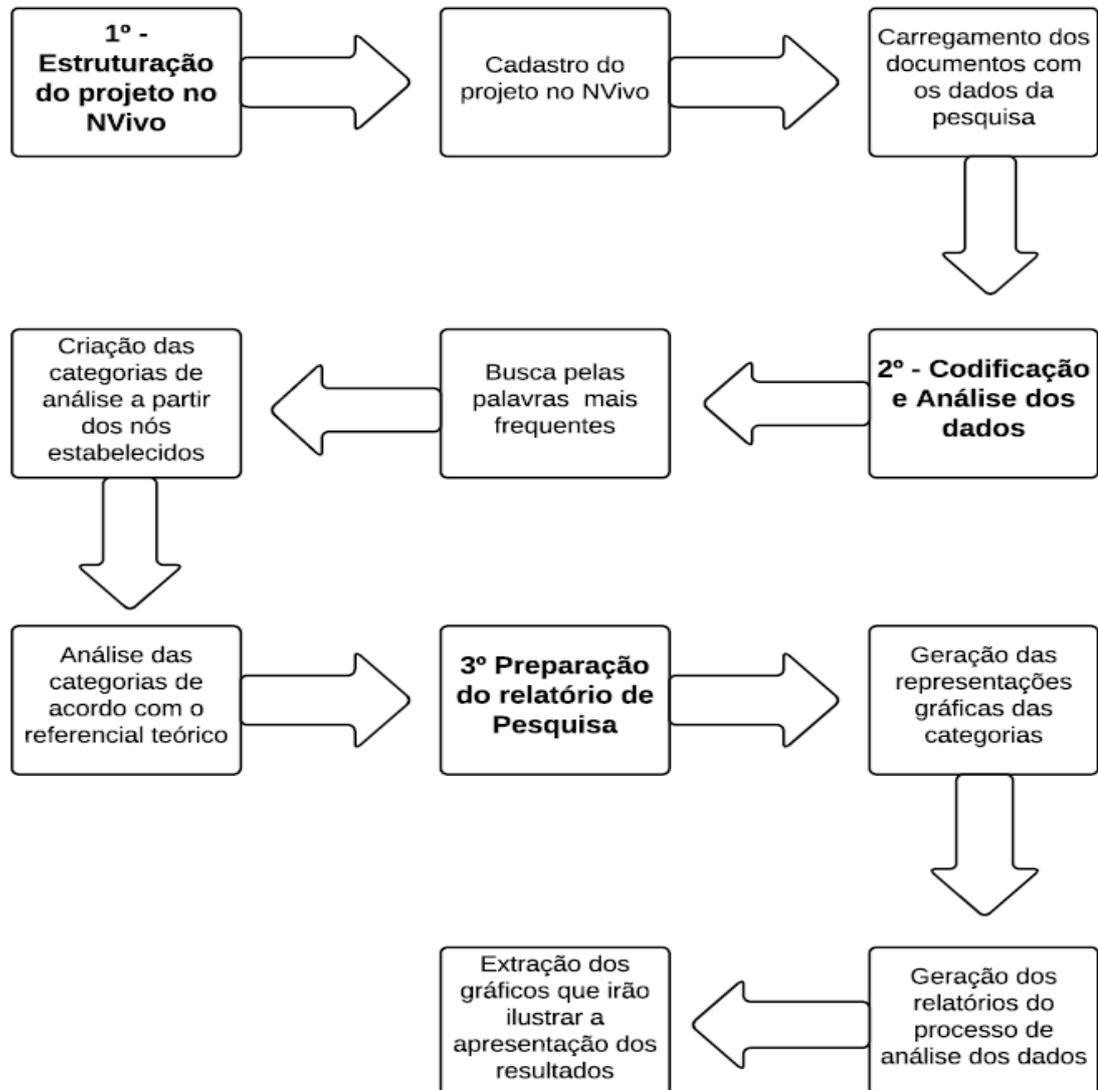
O tratamento dos dados utilizando o NVivo 10 foi realizado em três etapas:

1ª etapa: Estruturação do projeto no ambiente NVivo.

2ª etapa: Codificação e análise dos dados.

3ª etapa: Preparação do relatório de pesquisa.

O Fluxograma abaixo ilustra o processo utilizado para análise de dados.



*Figura 2:* Processo utilizado para análise dos dados da pesquisa

### **Etapa 1: A estruturação do projeto no ambiente NVivo**

As fontes de dados desta pesquisa foram os PPC dos cursos e os conteúdos apreendidos das discussões nos quatro grupos focais. O projeto da pesquisa foi inserido no software NVivo e foram criadas duas pastas: uma para análise documental com os PPC da Fac 1 e Fac 2, ambos inseridos na íntegra no programa, e uma para os Grupos Focais, com os corpus correspondentes às transcrições dos grupos focais dos estudantes e docentes da Fac 1 e da Fac 2.

## **Etapa 2: A codificação e a análise de dados no ambiente NVivo**

Uma das principais estruturas para a análise de um projeto NVivo são os “nós”, que podem ser do tipo isolado ou em árvore, nos quais se armazenam informações codificadas. No caso da pesquisa realizada, em função do uso da análise de conteúdo, os “nós” constituíram-se em fragmentos de textos formando categorias de informação.

Para verificar o desenvolvimento das competências analisamos a articulação entre a formação empreendida nos cursos pesquisados de acordo com os PPC e as falas dos estudantes e docentes nos grupos focais. Para análise dos PPC foram considerados os seis aspectos definidos no roteiro de análise documental, já mencionado anteriormente ( Apêndice B). Com base nesses aspectos identificou-se, com auxílio do NVivo, unidades de registro: frases, palavras ou termos, que estavam voltados para o desenvolvimento das competências gerais preconizadas pelas DCN e pelo CompHP. As unidades de registros foram armazenadas em nós.

Para análise dos dados produzidos nas discussões desenvolvidas nos grupos focais, organizou-se o material em tópicos abrangentes, de acordo com o roteiro elaborado para realização dos grupos focais:

1) Competências gerais segundo as DCN: Tomada de decisões baseada em evidências científicas; Atenção à saúde; Administração e gerenciamento; Comunicação; Liderança e Educação Permanente.

2) Competências para atuação na Promoção da Saúde: Conceito de promoção da saúde, Parcerias com a comunidade, Planejamento e avaliação de ações em saúde, Perfil profissional.

Para cada grupo de temas foi realizada uma exploração mais detalhada buscando-se codificar os dados para identificar as percepções, contradições e suposições dos participantes, gerando unidades de registro que foram também armazenadas em nós.

Para formular a categorização foram extraídas informações resultantes das codificações dos nós casando-as com as competências estabelecidas pelas DCN/FISIO e o CompHP. Desse modo, emergiram três categorias de análise: 1) Perfil profissional; 2) Habilidades e competências; 3) Currículos, Integralidade e Interdisciplinaridade. Dentro de cada categoria foram identificadas subcategorias de análise: a) Currículo; b) Estágio; c) Integração entre teoria e prática; d) Liderança; e) Comunicação; f) integração com o SUS, g) parcerias, h) contato com a comunidade e j) planejamento e avaliação. Os dados encontrados nas duas fases foram integrados e apresentados juntos no capítulo dos Resultados.

### **Etapa 3: Preparação do relatório de pesquisa**

Com o auxílio do Nvivo foi possível visualizar e ilustrar os resultados obtidos do processo de análise dos dados. Os dados são produzidos a partir dos relatórios gerados pelo software. Para efeito nessa pesquisa, utilizamos os relatórios de diferenças e similaridades entre os “nós” e as “palavras” mais frequentes, que foram apresentados na forma de gráficos: “nós em cluster”, “nuvem de palavras”, “árvore de palavras” e “mapa de árvore”.

## 5. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados oriundos da integração dos dados provenientes da coleta realizada na Fase 1: Análise Documental e Fase 2: Grupos Focais, visando caracterizar os dois cursos de graduação em Fisioterapia de Goiânia/GO e as competências e habilidades gerais por eles trabalhadas que tenham como base as DCN/FISIO e as competências para Promoção da Saúde e apreender a percepção dos docentes e estudantes acerca dessas competências e habilidades gerais para formação do fisioterapeuta.

### 5.1. Caracterização dos cursos e perfil dos participantes

As fontes documentais utilizadas para análise foram os PPC das duas IES participantes, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Fisioterapia e o relatório do projeto CompHP. As informações que seguem, levam em conta a denominação escolhida para referir às IES participantes, para as quais se designou as siglas Fac 1, Fac2, aleatoriamente. O Quadro 2 sistematiza os dados referentes à carga horária, turno, regime e duração dos cursos de cada IES participante da pesquisa.

<b>ITENS</b>	<b>Fac 1</b>	<b>Fac 2</b>
Modalidade de Oferta	Presencial	Presencial
Turno	Integral	Matutino
Regime	Crédito-Semestral	Crédito- Semestral
Duração Média prevista	9 semestres	9 semestres
Carga Horária em horas relógio	4. 548,83	4.030
Número de Vagas Anuais	30	110
Conceito Preliminar de Curso (CPC)	4	4

*Quadro 2* : Caracterização dos cursos de Fisioterapia de acordo com os PPC.

O PPC foi escolhido como um dos documentos a ser analisado, pois se constitui como

organizador e consolidador da programação das atividades acadêmicas de ensino, pesquisa e extensão dos cursos de graduação, definindo os perfis profissionais que se pretende formar de acordo com a missão, visão de sociedade e ensino superior da instituição (Masetto, 2012). As DCN/FISIO enfatizam que as instituições que oferecem o curso de Fisioterapia devem elaborar seu PPC de acordo com suas orientações, de modo a atender as exigências de saúde da população, com ênfase nos princípios do SUS, garantindo a integralidade da assistência e humanização das práticas de atenção.

Em cada uma das IES apresentadas foram realizados dois grupos focais, um com os estudantes e outro com os professores, sendo quatro grupos ao todo. A identificação dos grupos focais foi feita utilizando as seguintes denominações: Grupo Focal estudantes Fac 1, Grupo Focal estudantes Fac 2, Grupo Focal docentes Fac 1, Grupo Focal docentes Fac 2.

Nos grupos focais realizados os docentes e estudantes das duas instituições discutiram suas percepções a respeito de cada uma das competências e habilidades gerais destacadas pelas Diretrizes assim como aquelas relacionadas à promoção da saúde (PS). A percepção dos docentes e dos estudantes sobre as competências e habilidades requeridas para conferir capacidade de atuação profissional na fisioterapia indica a direção e orientação que os cursos têm seguido no processo de formação de seus graduandos.

No grupo focal dos estudantes da Fac 1 dos 9 participantes, cinco eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com idades variando de 22 a 24 anos, sendo todos do 10º período. Dos 10 estudantes participantes do grupo focal da Fac 2, nove eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Oito deles tinham idade variando entre 21 e 24 anos, uma com idade de 27 e um com 36 anos; seis participantes cursavam o 8º período do curso e quatro o 9º período.

O Quadro 3 apresenta as informações sociodemográficas dos docentes participantes de cada grupo focal da Fac 1 e Fac 2.

	Fac 1	Fac 2
Total	8	9
Idade	De 32 a 48	De 36 a 57
Graduação	Todos fisioterapeutas	Todos fisioterapeutas
Tempo de Graduação	De 8 a 18 anos	De 13 a 35 anos
Tempo de Docência	De 5 a 15 anos	De 11 a 18 anos
Pós-Graduação	Um doutor Três mestres cursando doutorado	Um doutor Três Mestres Cinco especialistas





grupos focais e integração dos resultados foram consideradas as categorias elencadas acima e também foram definidas subcategorias que auxiliaram no processo de análise dos dados, essas são apresentadas em cada tópico a seguir.

## 5.2 Currículos, Integralidade e Interdisciplinaridade

De acordo com a art. 6º das DCN/FISIO, os conteúdos da graduação 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.” Para isso, a formação do fisioterapeuta deve estar fundamentada em 4 blocos de conteúdos: Ciências Biológicas e da Saúde (CBS), Ciências Sociais e Humanas (CSH), Conhecimentos Biotecnológicos (CBT) e Conhecimentos Fisioterapêuticos (CF).

Levando-se em consideração o exposto nas diretrizes, foi realizada uma análise da matriz curricular dos cursos pesquisados. Todos eles organizam os conteúdos de acordo com os blocos de conhecimento preconizados pelas DCN. Além dos conteúdos destacados pelas diretrizes, a Fac1 traz em sua matriz um bloco de conteúdos a mais: Conhecimentos Profissionalizantes (CP), no qual se encontram agrupados os estágios supervisionados do bloco de CF nesse novo, chamado CP. O Quadro 4 apresenta a carga horária disposta em cada bloco de conhecimento por instituição.

<b>INSTITUIÇÕES</b>	<b>CBS</b>	<b>CSH</b>	<b>CBT</b>	<b>CF</b>	<b>CP</b>	<b>AC</b>	<b>Total</b>
Fac 1	849,91	339,96	169,99	1.926,46	1.062,51	200	4.548,83
Fac 2	1200	390	470	1770	-	200	4.030

*Quadro 4:* Distribuição de carga horária em horas relógio por bloco de conhecimento em cada instituição pesquisada.

Ao compararmos a carga horária contida em cada grupo percebemos a discrepância existente entre as áreas do conhecimento. O bloco de conhecimentos fisioterapêuticos (CF) é predominante na matriz curricular das duas instituições e corresponde 42 % na Fac 1 e 43,9% na Fac 2, da carga horária total dos cursos, seguido pelos conhecimentos biológicos e da saúde (18 e 30% respectivamente) e conhecimentos profissionalizantes (23% da Fac1). Os conhecimentos das áreas sociais e humanas variaram de 7 a 9,6% e de 4% a 11%, quando analisados os conhecimentos bio tecnológicos.

Observa-se que não existe equilíbrio entre as diferentes áreas do saber, conforme

preconizado pelo art. 13, inciso II das DCN/FISIO. A carga horária referente aos blocos de conhecimentos apresentados no Quadro 4 evidencia que os currículos das duas instituições ainda estão majoritariamente fundamentados nos conhecimentos biológicos e da saúde e no conhecimento técnico especializado da Fisioterapia.

O currículo da Fac1 se mostra ainda influenciado pelos ciclos básicos, pré-profissionalizantes e profissionalizantes do currículo mínimo. No primeiro ano do curso estão as disciplinas voltadas para os conhecimentos básicos em biologia e saúde: anatomia, fisiologia, bioquímica entre outras; no segundo ano, os conhecimentos técnicos da Fisioterapia: cinesioterapia, hidroterapia, mecanoterapia, recursos terapêuticos manuais; e nos últimos anos os conhecimentos voltados para fisioterapia aplicada: fisioterapia pneumofuncional, fisioterapia cardiovascular, fisioterapia reumatológica e os estágios supervisionados.

Outro aspecto a ser analisado, ao se pensar uma formação pautada na integralidade, é a articulação entre teoria e prática, realizada majoritariamente por meio dos estágios. Na Fac 1 existem duas modalidades principais: de observação e supervisionados. Os estágios de observação são aqueles em que os estudantes, em fase inicial do curso, realizam o acompanhamento de atividades práticas desenvolvidos por estudantes em fase final do curso, durante seus estágios supervisionados. Os estágios supervisionados são modalidades nas quais os estudantes têm atuação direta na prática profissional, sendo orientados e diretamente supervisionados pelos seus professores.

A Fac 1 realiza a integração entre teoria e prática ao inserir os alunos nos ambientes de práticas logo no primeiro período. Na verdade, esse é o diferencial da instituição, pois os estudantes estão em contato com a prática da Fisioterapia durante todo o curso, não havendo intervalos. Em contrapartida, apesar de afirmar que o estágio tem como objetivo “assegurar a prática de intervenções preventivas e curativas nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde” (PPC Fac 1), que foi um trecho copiado na íntegra das DCN/FISIO, os cenários de vivências dessas práticas são restritas ao ambiente ambulatorial ou hospitalar e os conteúdos vistos nas disciplinas com as quais os estágios se associam: fisioterapia neurofuncional, fisioterapia cardiovascular ou traumato ortopédica.

Apenas no 5º período há um estágio de observação vinculado à disciplina Fisioterapia Comunitária, Preventiva e Social, com cargas horárias de 56 e 66 horas, que aborda atuação preventiva da Fisioterapia na atenção primária e em programas de saúde pública, não havendo detalhes sobre o campo desse estágio.

Portanto, por meio da análise dos currículos e ementas das disciplinas dessa instituição se observa não haver evidências suficientes para afirmar que existe uma formação pautada na

integralidade, posto que o currículo se apresenta fragmentado em disciplinas com pouca, ou nenhuma, relação interdisciplinar entre elas.

Na Fac 1 se observou o esforço de realizar a integração entre teoria e prática durante todo o curso, através da integração da teoria vista dentro das salas de aula com a prática dos estágios que acontecem desde o início do curso, mas essa integração é feita predominantemente no contexto assistencial, privilegiando o foco nas especialidades. Não há uma interação entre a formação proposta pela Fac 1 e a atenção primária em saúde.

Na Fac 2 verificamos um enfoque diferente. A instituição também estrutura seu currículo em disciplinas e o fragmenta em básicas e específicas, sendo as básicas no início do curso e as de conhecimentos específicos ao final. No entanto, as semelhanças com o currículo mínimo terminam aí. Na matriz curricular da Fac 2 não há disciplinas voltadas para as áreas de especialização da fisioterapia. A partir do 5º e 6º períodos ao invés das disciplinas relacionadas à fisioterapia aplicada, vemos: Fisioterapia na Comunidade, Fisioterapia na Saúde da Criança e Adolescente, Fisioterapia na Saúde do Idoso, Fisioterapia na Saúde da Mulher e Fisioterapia na Saúde do Adulto.

Um dos objetivos descritos em cada uma dessas disciplinas é: “Estudar e compreender a prática fisioterapêutica (avaliação, diagnóstico funcional e tratamento) proporcionando assistência preventiva, curativa ou reabilitadora” (PPC Fac 2). Assim sendo, pela análise das ementas e dos objetivos das disciplinas relacionadas à saúde da comunidade, criança e adolescente, idoso, adulto e mulher, percebemos que ao invés do foco na especialidade e sua aplicação, ele está na saúde de modo integral, e os estudantes são estimulados a enxergar não a patologia, mas o ser humano integral.

Outro diferencial do currículo da Fac 2 é o estágio supervisionado em Fisioterapia na Comunidade e Fisioterapia na Saúde Pública. O objetivo dos estágios nessas disciplinas, de acordo com o PPC do curso, é consolidar a prática dos profissionais para o SUS e associar ações assistenciais e educativas com ênfase na promoção da saúde. Nessa instituição, a rede de atenção básica do SUS é um dos cenários de práticas e de aprendizagem.

Verificamos também que interdisciplinaridade é um conceito ressaltado nos PPC das duas instituições analisadas. Todas afirmam fundamentar os currículos dos seus cursos na interdisciplinaridade. A Fac 1 entende que a interdisciplinaridade não exclui as especialidades, mas integra as várias disciplinas e campos do conhecimento, afirmando que interdisciplinaridade é um dos principais conceitos a ser levado em conta no curso de Fisioterapia.

A interdisciplinaridade, desta forma, constitui um dos principais

pilares do curso, integrando conhecimentos, competências e valores. Assim, todo conhecimento procura manter um diálogo permanente com outros conhecimentos, que pode ser por meio de questionamento, de confirmação, ou de complementação, de forma que disciplinas diferentes estimulem competências comuns. (PPC da Fac 1).

No entanto, a instituição não deixa claro em seu PPC como realiza esse processo de integração entre as disciplinas durante o curso. Como forma de concretização do conceito foram identificadas algumas estratégias focais: 1ª) a existência do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa da Fac 1 que propõe a realização da interdisciplinaridade entre os cursos de Fisioterapia e Educação Física, também oferecido pela instituição; e, 2ª) a realização de Seminários de Iniciação Científica, Encontros Científicos e Culturais, que são eventos que contam com pesquisas, palestras e discussões relacionadas a todas as áreas do conhecimento.

A Fac 2 enfatiza a realização da interdisciplinaridade por meio dos estágios e de eventos como o Encontro Científico de Fisioterapia, cujos objetivos são “mobilizar os discentes em busca de informações científicas, integrar acadêmicos de diversos períodos e IES, promover e incentivar a busca de conhecimento em novas áreas de atuação da Fisioterapia e promover a interdisciplinaridade” (PPC da Fac 2).

Além da realização de eventos, as duas instituições têm em comum a exigência de atividades complementares: 200 horas na Fac 1; 240 na Fac 2. O objetivo das atividades complementares é similar nas duas instituições e dizem respeito à integralização da proposta curricular dos cursos, o favorecimento da interdisciplinaridade e a suplementação da formação do estudante nas dimensões humanística, técnico-profissional e cultural. As atividades são divididas em modalidades (culturais, esportivas, educacionais, saúde e meio ambiente, multiprofissionais e de conhecimentos técnicos) na área da Fisioterapia. As atividades complementares são vistas como importantes na formação interdisciplinar do estudante, proporcionando diversificação à sua formação e enriquecimento ao seu currículo.

Além dessas estratégias, existem os projetos de extensão nas duas instituições, que são realizados articulando docentes, estudantes e comunidade. Tais projetos abrangem, geralmente, várias áreas do conhecimento, principalmente as de educação e saúde. Portanto, as formas de operacionalizar as práticas de ensino interdisciplinares e transdisciplinares se resumem a atividades e eventos pontuais realizados pelos estudantes em alguns momentos específicos durante o curso.

Não foram identificados nos PPC da Fac 1, formas de integrar os conhecimentos para que o estudante possa se pautar em uma atuação interdisciplinar como requer as DCN; sendo

que a Fac 2 por suas particularidades no currículo, já ressaltadas acima, mostram o esforço em proporcionar uma formação interdisciplinar e pautada na integralidade.

Os resultados provenientes da análise realizada na matriz curricular dos cursos participantes da pesquisa apresentados nesse tópico servem como sustentação para verificação das competências gerais desenvolvidas. Com base nesses resultados, apresentamos nos tópicos que se seguem os demais referentes às competências e habilidades e ao perfil profissional desenvolvido por cada uma das instituições.

### 5.3 Competências e Habilidades

O art. 4º das DCN/FISIO define seis competências e habilidades gerais para o exercício da profissão de fisioterapeuta: 1) Atenção a Saúde, que se refere à atuação em todos os níveis de saúde de forma integrada e contínua, tanto em nível individual quanto coletivo; 2) Tomada de Decisões para avaliar, sistematizar e decidir condutas adequadas baseadas em evidências científicas; 3) Comunicação, que propicia a interação entre profissionais e comunidade; 4) Liderança pautada no trabalho em equipe multiprofissional com responsabilidade e empatia para tomada de decisões; 5) Administração e Gerenciamento, tanto da força de trabalho quanto recursos físicos e materiais; e, 6) Educação Permanente que favorece a aprendizagem contínua.

O art. 5º traz 17 competências e habilidades específicas que estão pautadas no respeito aos princípios éticos, na saúde como direito, na atuação multiprofissional, na articulação da profissão e o contexto social, na integração entre teoria e prática e no conhecimento técnico da profissão.

Os PPC dos cursos analisados trouxeram na íntegra as seis competências e habilidades gerais e as 17 competências e habilidades específicas preconizadas pelas DCN/FISIO, demonstrando que conhecem e contemplam as diretrizes em seus projetos pedagógicos de curso.

Além das competências e habilidades gerais e específicas expressas nas diretrizes, as instituições expõem resumidamente, de modo personalizado, a partir dos objetivos de cada curso, quais as competências e habilidades gerais e específicas que pretendem destacar no processo de formação de seus estudantes.

O respeito à ética e a bioética, a atuação multiprofissional, o desenvolvimento de habilidades de pesquisa e de investigação científica, além de conhecimentos técnicos em Fisioterapia são sinalizados nas habilidades específicas para realizarem diagnóstico,

interpretarem exames, tratamentos e procedimentos, aspectos comuns e salientados por todos os PPC dos cursos analisados.

Para detalhar melhor os dados encontrados, utilizamos a análise de conteúdo realizada na matriz curricular do curso, cuja parte dos resultados foram descritos no tópico anterior, para identificar a relação das competências gerais definidas pelas DCN/FISIO e para Promoção da Saúde pelo CompHP. Segue-se abaixo os resultados específicos referentes a cada competência geral preconizada pelas DCN/FISIO e para a Promoção da Saúde de acordo com o Projeto CompHP.

### 5.3.1 Tomada de decisões baseada em evidências científicas

Durante a análise dos PPC percebemos que as competências podem ser desenvolvidas por meio das disciplinas, estágios e atividades complementares, de pesquisa e de extensão. Considerando esses aspectos, com base nos componentes curriculares dos cursos identificamos que a competência Tomada de decisões baseada em evidências científicas é desenvolvida na Fac 1 por meio da disciplina: Métodos de Pesquisa em Saúde, além de incentivo à pesquisa por meio de projetos de Iniciação Científica e as práticas de estágio, que estimulam os discentes a pesquisar para fundamentar sua atuação junto aos pacientes.

Na Fac 1 existem cinco Programas Institucionais de Bolsas de Iniciação Científica: PIBIC/CNPq, PBIC/Fac1, Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica-Ações Afirmativas (PIBIC-AF/CNPq), Programa de Iniciação Científica e Tecnológica PIBIT/CNPq e Programa de Iniciação Científica Voluntária (PVIC/Fac1).

Além disso, cada professor da Fac 1 pode propor projetos de pesquisa individual ou vinculados a Grupos de Pesquisa cadastrados no CNPq. Existem também duas modalidades de projetos de pesquisa: projetos internos (sem financiamento externo de agência de fomento) e projetos externos (com financiamento de agência de fomento). Em cada um dos projetos desenvolvidos há disponibilização de vagas para que os alunos possam participar.

O PPC da Fac 2 também contempla a disciplina Métodos de Pesquisa e enfatiza que foram criadas horas de atividades específicas para realização da pesquisa pelos alunos, nessas estão enquadradas: a participação em projetos de iniciação científica, os quais não foram citados especificamente no PPC, com ou sem bolsa, pertencentes a uma Instituição de Ensino Superior, e acompanhamento de alunos que cursam as disciplinas de Projeto de Pesquisa e Trabalho de Conclusão de Curso I e II.

Os docentes da Fac 1 afirmaram que a competência mais enfatizada como grande

diferencial dessa instituição foi a Tomada de decisões baseadas em evidências científicas. A subcategoria que emergiu das falas dos participantes para analisar essa competência foi “Pesquisa”. Os professores destacaram a pesquisa por meio de trabalhos de iniciação científica, o estímulo à criação de linhas de pesquisa, e as bolsas de iniciação científica como importantes diferenciais que estimulam o desenvolvimento dessa competência nos estudantes, corroborando com o encontrado no PPC do curso:

Foca muito na pesquisa. Temos os trabalhos de iniciação científica, muitos professores com projetos de pesquisa e os alunos participam disso. Então, essa competência, penso que é bem desenvolvida aqui (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Desde o primeiro período a iniciação é estimulado a pesquisa, disciplina de Fundamentos de Fisioterapia já instiga eu já trabalhei em outra instituição e a Fac 1 é referência nisso, as vezes nós falamos da dificuldade de conciliar duas instituições mas a Fac 1 nos prende pelo fator da pesquisa e ela realmente busca isso durante sua abordagem curricular (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Os projetos de IC (Iniciação Científica) são uma estratégia importante no processo de desenvolvimento da tomada de decisões baseada em evidência científica. Por meio deles, os discentes poderão ter o acesso concreto à pesquisa por puro interesse científico, sem que sejam submetidos às avaliações que resultem em notas ou aprovação em uma disciplina. Os docentes também apontaram como formas de desenvolver essa competência apresentações, discussões e interpretações de artigos científicos em sala de aula e nos estágios.

Os estudantes dessa instituição também confirmaram o empenho dos docentes em estimular os discentes à pesquisa:

Essa, acho que foi trabalhada desde o início. Nossos professores sempre enfatizavam isso, a gente produzia artigo, ia atrás, pesquisava, sempre está lendo (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

Eu também acho que foi bem abordado, tanto que praticamente em todos os períodos, todos professores sempre pediam que durante as discussões a gente sempre tivesse trazendo artigos sobre determinado tema (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

Apesar de confirmar que a Tomada de Decisões baseada em evidências científicas é muito estimulada e desenvolvida na instituição, os estudantes da Fac 1 levantaram que existem dificuldades em conciliar e aplicar essas evidências com a prática clínica:

Eu acho que foi sim bem trabalhado, só acho que às vezes é mais difícil o aluno aprender a conciliar isso da evidência com a ação (Grupo Focal Estudantes Fac1).

Na Fac 2, os docentes também afirmaram que, tanto a instituição quanto os docentes, estimulam a concretização da tomada de decisões baseada em evidências científicas por meio do estímulo a participação em projetos de pesquisa, uso de artigos em sala de aula, culminando com o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no final:

Nós sempre procuramos estimular o aluno em manter os objetivos e a proposta de seu atendimento tendo como fundamento o embasamento científico. Esta é uma dinâmica que perpassa por todo o curso. O aluno, desde o primeiro período, ele é estimulado a pesquisar a ter contato com os artigos científicos com o que há de novo e a nossa proposta ela culmina não só no atendimento, mas, também, na produção de um documento quer seja um artigo ou uma revisão bibliográfica mais completa no TCC 2, que seria a apresentação de seu projeto desta pesquisa (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Nessa instituição, uma subcategoria levantada como impedimento para que de fato essa competência se desenvolvesse nos alunos foi a falta de interesse:

Existem algumas dificuldades dos alunos em ter esse interesse, mas os professores incentivam muito. A gente incentiva muito a entrarem nestas linhas e procurar, tudo que eles forem fazer associar e a pesquisar em artigos e tudo mais, mas eu acho que os alunos hoje em dia entram com uma preguiça muito grande de ler de ir atrás e é uma briga muito grande do professor em relação a isso (Grupo Focal Docentes Fac 2).

A desmotivação dos estudantes perante as atividades de leitura e pesquisa é um ponto complexo que interfere de maneira negativa no processo ensino-aprendizagem. Nem sempre,

os estudantes conseguem entender a relação entre a importância da busca por novas formas de conhecimento e a aplicação prática na sua vida profissional e essa falta de compreensão pode impedir que de fato essas competências sejam desenvolvidas no seu processo formativo.

Os docentes da Fac2, muitas vezes confundiam o uso de artigos científicos com a prática baseada em evidências científicas. Essa confusão, é outro fator que pode impedir que os discentes realmente compreendam o conceito e a importância da tomada de decisões baseada em evidências, colocando isso em prática verdadeiramente depois de formados.

Já as falas dos estudantes da Fac 2 evidenciaram o contrário do que foi dito pelos docentes da instituição. Para os eles o curso não incentivou o suficiente a participação em pesquisas científicas, nem os docentes orientaram suficientemente como de fato realizar e colocar em prática as pesquisas.

Eu acho que faltou mais incentivo em relação à área da pesquisa. Foram poucas as oportunidades para os alunos... é difícil, às vezes, os alunos não consegue adentrar e pesquisar sozinho, falta o professor chegar e ensinar mesmo a etapas: como fazer, como esquematizar, as palavras chaves, como fazer isso e também saber qual o artigo bom porque tem muito artigo ruim publicado (Grupo Focal Estudantes Fac 2).

A gente não sabia da iniciação científica. Projetos a gente não sabia fazer. A gente veio saber mais pra frente, eu mesmo só vim pesquisar mais artigos com o TCC e foi difícil aprender (Grupo Focal Estudantes Fac 2)

O professor que mais vai incentivar é o do estágio. Na sala de aula a gente tem uma matéria específica sobre isso, que ensina a fazer pesquisa explica, mas é no terceiro período, então é muito longe. Vê lá no terceiro período e aí chega no sétimo, esquece de tudo (Grupo Focal Estudantes Fac 2).

Eu acho que tinha que ter mais divulgação disso dentro da faculdade. Divulgar que existe um centro científico e pra que ele serve. Não só nos projetos de pesquisas, porque tem muitos outros projetos aqui na faculdade que ninguém conhece (Grupo Focal Estudantes Fac2).

O quadro 5 abaixo, demonstra a síntese dos principais resultados encontradas durante

a análise dessa competência.

	Fac 1	Fac 2
PPC	Métodos de Pesquisa em saúde, Projetos de IC, Estágio.	Métodos de Pesquisa em saúde, Pesquisa, Projetos de IC, TCC.
Docentes	Competência mais desenvolvida	Artigos em sala de aula, projetos de pesquisa, TCC. Destaque para falta de interesse dos alunos
Alunos	Dificuldade em associar a evidência com a ação	Não desenvolvida, pouca orientação, pouca divulgação dos projetos.

#### *Quadro 5* : Competência Tomada de Decisões Baseadas em Evidência Científicas

O curso dessa instituição oferece aos alunos a participação em projetos de iniciação e grupos de pesquisas científicas, mas o que se evidencia, de acordo com a percepção dos estudantes, é que esses projetos são restritos e pouco divulgados, não conseguindo abranger a totalidade dos estudantes do curso de fisioterapia. Fica a critério de o discente buscar uma vaga nesses programas oferecidos, e essas vagas são limitadas.

#### 5.2.2 Atenção à Saúde

A partir da análise dos PPC e da matriz curricular dos cursos, percebemos que na Fac 1 essa competência não é contemplada devido ao foco na reabilitação: disciplinas compartmentadas nas especialidades da fisioterapia, pouca vivência das práticas na atenção básica e promoção da saúde e estágios divididos por especialidades.

Na Fac 2 o PPC evidenciou a tentativa de desenvolver essa competência por meio de disciplinas abrangendo a saúde de forma ampliada de acordo com cada indivíduo: criança, adolescente, homem, mulher e idoso e o campo de estágio na saúde pública com foco na promoção da saúde.

Inicialmente, os docentes da Fac1 utilizaram os componentes do seu currículo, carga horária e os estágios, para afirmarem que o curso da instituição desenvolvia a capacidade dos estudantes para atuarem em todos os níveis de saúde:

Bem, o nosso curso tem uma carga horária de 4.800 horas, então ele tem estágio desde o 1º período até o 10º, então nós temos toda uma formação de base, onde o aluno é preparado no nível primário, secundário e terciário, onde ele vai ver a parte teórica e prática (Grupo Focal docentes Fac 1).

Eu acho que o estágio de observação é um ponto interessante na instituição. Tem uma parte que é voltada para este quesito, então os alunos já têm uma iniciação lá no primeiro período sobre este ponto. Talvez esta questão da abordagem primária secundária e terciária, é que a gente trabalha muito com a parte preventiva até porque as linhas acadêmicas (linhas de pesquisa) trabalham muito com esta abordagem primária, a secundária e terciária acaba sendo contemplada pelos estágios também (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Mas, apesar de destacarem essas duas categorias como facilitadoras dessa competência, à medida que as discussões foram sendo aprofundadas, os docentes dessa instituição enfatizaram que o ensino ainda é focado no nível terciário da atenção, o que foi constatado anteriormente pela análise da matriz curricular no PPC da instituição:

É focado no nível terciário e acho que um empecilho para que essa formação não se estenda para os demais níveis, principalmente o nível primário, é a falta de parcerias, com campos de estágio voltados pra essa área (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Por mais que nós tenhamos os estágios de observação, e esse é um ponto positivo e importante, esses estágios ocorrem onde estão os nossos outros estágios, que são na parte da reabilitação. São espaços voltados para o nível terciário. Então, o aluno começa a ver cedo a prática, mas é uma prática voltada para reabilitação, nível terciário, não para o nível primário (Grupo Focal Docentes Fac 1)

O estágio é mais uma vez destacado como categoria importante, dessa vez como uma prática voltada à reabilitação.

Os docentes da Fac 2 usam o currículo da instituição como exemplo da tentativa de desenvolvimento da competência de Atenção à Saúde:

Nós já tentamos elaborar um currículo que se adequassem a estas novas competências. Então, desde o princípio foi proposta uma formação nas diferentes áreas de atuação da fisioterapia com foco na assistência primária (Grupo Focal Docentes Fac 2).

A Fac 2 tem um diferencial porque nós buscamos uma mudança curricular em 2009, onde buscou-se uma pequena modificação, retirando aquelas formações específicas do tipo fisioterapia cardiorrespiratória, músculo esquelética e vinculando mais as áreas de desenvolvimento. Então, hoje, o nosso currículo ele engloba saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso, tentando modificar um pouco esta visão fragmentada da atuação e especialidades (Grupo Focal Docentes Fac 2).

A Fac 2 procura, por meio do seu currículo, contemplar a saúde nos diversos momentos da vida humana ... e a nossa proposta é sempre fazer um link entre a sala de aula e a proposta de estágio (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Apesar de afirmar que o currículo foi reformulado para desenvolvimento das competências preconizadas pelas Diretrizes, os docentes pontuaram que o foco do ensino ainda permanece no nível terciário e que os campos de estágios são importantes nessa questão. O que contradiz os resultados encontrados na análise do PPC do curso.

Tem relação também com os campos de estágio. Nós tentamos buscar um equilíbrio em todas as áreas, mas há campos de estágio que se destacam numa determinada área (Grupo Focal Docentes Fac 2).

É muito falado atenção primária, mas a gente percebe que quando vai pro estágio, nem sempre o aluno vê esta questão da atenção primária (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Os estudantes da Fac 1 afirmaram de forma segura que a competência Atenção à Saúde não foi desenvolvida durante o curso. Todos deixaram claro que durante sua formação o nível terciário foi privilegiado e mais uma vez o estágio aparece na fala dos participantes como categoria que explica o foco nesse nível da atenção, associado à desvinculação entre teoria e prática durante o curso.

A reabilitação, que eu acho que claro foi o foco, eu vejo que a prevenção deveria ser introduzida de uma maneira tão focada quanto a reabilitação. Só que foi uma coisa que eu vi só durante as aulas, só na teoria. Na hora da prática é difícil abordar os três campos: você saber escolher o que falar, o que orientar, o que fazer com paciente (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

A maior dificuldade que eu tive era delimitar uma área até onde deveríamos ir, saber diferenciar qual era o nosso papel, qual era o papel de outro profissional de outra área de atuação, e acho que isso não foi bem abordado em nosso curso saber o que era de verdade a nossa parte dentro da equipe de promoção da saúde, da equipe de prevenção. Já na parte de reabilitação a gente já tem mais claro qual é o nosso papel (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

Eu acho que eles não falaram assim durante todo o curso sobre isso. Tivemos que aprender mais sobre isso: área aguda doenças, prevenção. Durante os estágios, que foi no oitavo período, que foi quando a gente ia fazer alguma intervenção nos pacientes, aí eles (os professores) falavam: - olha você tem que orientar isso antes para prevenir tal coisa. Então, não foi algo que foi trabalhado desde o começo. Foi algo, tipo assim, na hora da pressão, foi na hora do estágio, você tem que fazer isso por que o paciente tá na sua frente (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

Os Estudantes da Fac 2 seguem a mesma linha de discussão dos da Fac 1, afirmando a desvinculação da teoria e a prática e os campos de estágio como principais responsáveis pelo foco na reabilitação, o que mais uma vez contradiz o prescrito no PPC da Instituição.

A gente não faz o que viu na teoria na prática, até porque, por exemplo, agora a gente está tendo estágio na Santa Casa e não é que a gente viu na teoria que está fazendo na prática lá. A gente não promove, não faz prevenção. A gente só reabilita. Como a colega falou, tem algum paciente que até pergunta, e a gente até pensa em fazer outra coisa além de tratar, só que não tem abertura pra isso. Tem que fazer o que o estágio pede, e ponto final (Grupo Focal Estudantes Fac 2).

O estágio em si que é voltado para a reabilitação (Grupo Focal Estudantes Fac 2).

Eles já chegam lá no nosso estágio para a reabilitação. Ele já está com a doença instalada então não tem o que fazer, a não ser tratar (Grupo Focal Estudantes Fac 2).

Respondendo a pergunta feita antes, sobre se o curso preparava para os três níveis: Não. Não me sinto preparada e eu acho que a maioria também não consegue todas as áreas (Grupo Focal Estudantes Fac 2).

Diante do exposto, o quadro 6, demonstra a síntese com os principais resultados encontrados durante a análise do desenvolvimento dessa competência.

	Fac 1	Fac 2
PPC	Sem evidências	Disciplinas com foco na saúde integral, articulação promoção, prevenção e reabilitação, vivências no nível primário.
Docentes	CH e estágios, foco no nível terciário, falta de parcerias na AB	Reformulação do currículo para atender essa competência. Foco permanece no nível terciário
Alunos	Não desenvolvida, foco no nível terciário, relação teoria e prática	Não desenvolvida, continua focada no nível terciário, devido aos estágios

*Quadro 6:* Competência Atenção a Saúde

Com base nos resultados apresentados, verificamos que essa competência não é desenvolvida na Fac 1. Na Fac 2, apesar do PPC enfatizar o desenvolvimento dessa competência durante o curso e apresentar um currículo que se diferencia da outra instituição, como já explicitado anteriormente, na prática o ensino continua focado no terceiro nível da atenção e a competência Atenção a Saúde não é de fato desenvolvida.

### 5.2.3 Administração e Gerenciamento

De acordo com análise dos PPC das duas instituições a única forma de mobilização da competência Administração e Gerenciamento identificada foi por meio da oferta da disciplina Administração de Serviços de Saúde, cuja ementa se assemelha nos dois cursos analisados, nestas estão enfatizadas as formas de organização e administração do sistemas público e privado de saúde brasileiro, buscando preparar o estudante para atuar na gestão de serviços de saúde.

Os docentes da Fac 1 foram unânimes em afirmar que a instituição não preconiza o desenvolvimento da competência Administração e Gerenciamento para formação dos estudantes:

Eu acho que deixa um pouco a desejar a instituição. Não tem muito esse foco. Se não me engano, tinha - no décimo período - a disciplina de Administração e ai eles desenvolviam um trabalho nesta disciplina como se a turma toda fosse montar uma clínica, mas é só isso que eu sei (Grupo Focal Docentes Fac 1).

O aluno não sai preparado, Eles veem isso, tem isso na matriz, tem a disciplina de Administração. Mas, aqui na Fac 1, não tem estágio. Talvez vejam na teoria, mas pelo que os alunos comentam, não acrescentam muito, não. Na formação deles, esta questão talvez seja uma das piores, não é voltado para isso (Grupo Focal Docentes Fac 1)

Pelas falas dos docentes, percebe-se que eles não veem essa competência como intrínseca a todo o processo formativo. Na visão deles, tal competência sofre resistência por parte dos estudantes e sua abordagem tem sido feita, quase que exclusivamente no âmbito da disciplina de Administração, o que foi, em parte, corroborado no relato dos discentes e com a análise dos PPC.

Nós temos a disciplina de Administração aqui, mas eu vejo que o aluno não tem interesse nenhum. Ele tem uma resistência em relação a isso. Eles falam: - a gente não tem necessidade disso de gerenciamento... o que eu quero é tratamento! Por isso que eu falo que a mentalidade dificilmente vai ser modificada (Grupo Focal Docentes Fac 1).

De acordo com a fala do docente, os estudantes reproduzem a visão da fisioterapia associada à reabilitação e execução de técnicas e essa visão restrita da atuação do fisioterapeuta cria uma resistência a abertura da aprendizagem de novos campos de atuação na

profissão, pois para o aluno ser fisioterapeuta é somente atuar realizando tratamentos e técnicas voltadas para reabilitar aquele indivíduo que já está com a doença instalada.

Assim sendo, o discente não consegue ver como o conhecimento relacionado a outras competências, no caso a Administração e Gerenciamento, poderiam contribuir para o seu desenvolvimento profissional, pois para eles, o ensino da fisioterapia está associado apenas às atividades de natureza técnica e isso dificulta o desenvolvimento dessa e de outras competências relacionadas a formação em fisioterapia.

Eu acho que o que mais teve carência das diretrizes, na Faculdade, foi sobre esta administração e gestão que a gente aprendeu praticamente zero. Eu nem sabia que isto estava dentro das diretrizes (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

Eu acho que a administração que foi a que realmente pecou, porque, tanto que a maioria nem sabia que esta possibilidade existia (Grupo focal Estudantes Fac 1).

No entanto, na fala dos estudantes não ficou evidenciada resistência ao desenvolvimento dessa competência, mas perplexidade ou desconhecimento de sua existência, embora tenham afirmado que uma disciplina teórica curricular seja insuficiente para o seu desenvolvimento.

No currículo da Fac 2 além da disciplina teórica, existe o estágio em Administração em Saúde. No grupo focal dos docentes dessa instituição estavam presentes tanto os professores da disciplina teórica quanto do estágio, que fizeram referências diretas às tentativas feitas no sentido do desenvolvimento dessa competência.

Bem, essa disciplina sou eu que ministro. Na parte teórica sou eu que trabalho com eles, então, apesar das dificuldades, eu tento. E como eu fiz uma pós-graduação em Executiva e Saúde, eu trago pra eles as problemáticas que são bastante discutidas em nível de pós-graduação. Trabalho muito com eles a questão de gerenciamento, de gerenciamento de pessoas, de planejamento estratégico, marketing. Eu tento aproximar muito estes alunos para que eles tenham competência para atuar depois (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Dentro do estágio, a gente tem feito muitas atividades com eles e

abrindo muito a mente deles em relação a isso da importância de saber gerir, não só às vezes porque ele vai gerir um serviço seja público ou privado, mas gerir a própria vida profissional. A gente tenta colocar muito isso: - a importância de conhecer este serviço de como a gente pode atuar e ajudar nestas gestões a tomar medidas dentro de um setor na área de administração. (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Mas apesar das tentativas relatadas, algumas limitações para o desenvolvimento dessa competência foram evidenciadas, e a resistência dos estudantes foi retomada.

Embora nossos alunos não tenha muito maturidade para isso, por mais que a gente fale que o fisioterapeuta não é só assistencial, que ele não precisa ser só assistencial, tem outras áreas que você pode atuar como na docência, na pesquisa, inclusive na gestão. Mas se vê que, numa sala de trinta, dez despertam interesse por alguma coisa neste sentido (Grupo Focal Docentes da Fac 2).

Os estudantes da Fac 2 enfatizaram o fato de entrarem em contato com os conteúdos relacionados à Administração e Gerenciamento exclusivamente por meio da disciplina curricular, e que o foco do estágio dessa disciplina foi como gerenciar e abrir uma clínica privada. Os conhecimentos relacionados ao funcionamento de hospitais e do setor público de saúde não foram contemplados. Essa questão foi levantada no grupo focal dos docentes:

A gente tem uma disciplina que é de Administração. Ela acontece na Clínica Escola e, dentro do possível, a gente tenta trabalhar isso com o aluno, mas eu penso que para ficar de uma maneira ideal, digamos assim, isso deveria ocorrer em todos os campos. Talvez fosse uma proposta de mudança mesmo. Não só na Clínica Escola, mas se você vai montar um serviço num hospital, como que vai ser, como você vai se credenciar aos planos de saúde, como que você vai cobrar do hospital os atendimentos que você fez? Quando os alunos vão para outros âmbitos, que não o da clínica escola, eles não veem isso (Grupo Focal Docentes Fac 2).

O Quadro 7, demonstra os principais achados durante a pesquisa relacionada ao desenvolvimento dessa competência.

	Fac 1	Fac 2
PPC	Administração e Serviços de Saúde	Administração e Serviços de Saúde teoria e prática
Docentes	Não desenvolvida, resistência dos alunos	Tentam desenvolver, mas não desenvolve devido à limitação do campo de estágio
Alunos	Não desenvolvida, perplexidade quanto à existência dessa competência	Não desenvolvida, limitação da disciplina, foco em gerenciar e abrir uma clínica privada.

*Quadro 7: Competência Administração e Gerenciamento*

Pelas falas dos docentes e estudantes das duas instituições e análise documental realizada verificamos que o desenvolvimento dessa competência é incipiente, e se reduz a realização da disciplina Administração em Serviços de Saúde, que tem a mesma nomenclatura e ementas parecidas nos dois cursos.

#### 5.2.4 Liderança

De acordo com as DCN/FISIO, a liderança é uma competência que envolve habilidades para a tomada de decisões, para uma melhor comunicação entre os membros da equipe, além de compromisso, responsabilidade e capacidade de tomar iniciativas para desenvolvimento de ações voltadas para a saúde. Está diretamente relacionada à competência Administração e Gerenciamento.

A busca por palavras, termos ou frases, relacionadas ao desenvolvimento dessa competência nos PPC dos cursos evidenciou que na Fac 1 essa competência está relacionada a atividades Complementares: Ligas acadêmicas e organização de eventos e na Fac 2 aos Centros e Ligas acadêmicas.

Os docentes de ambas as instituições manifestaram dificuldades na visualização de como essa competência poderia ser trabalhada pelo curso e por eles.

Eu acho que alguns professores tentam desenvolver essa competência nos alunos, mas penso que, de forma geral, ela não é desenvolvida, não... Fica muito a cargo do aluno, da personalidade dele procurar por isso. A maioria não busca desenvolver esse tipo de habilidade...competência (Grupo Focal Docentes Fac 2).

É perceptível que parte da integridade da pessoa, a gente sempre percebe que em um grupo de estágio, por exemplo, sempre tem um

que toma frente. Este aluno, pra mim, se torna um líder (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Uma categoria citada pelos participantes das duas instituições, que contribui para o desenvolvimento da liderança nos estudantes, foi à liga acadêmica, o que se encontra manifesto no PPC dos dois cursos analisados:

Tem as ligas, que é uma coisa que marca muito e contempla muita coisa, é que elas são estruturadas com hierarquias, e sempre o aluno que é presidente é um aluno que se destaca dentro da liga, então acho que é muito intrínseco (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Nós temos hoje muitas ligas acadêmicas e as ligas têm uma estrutura gerencial da organização de eventos. Então, eles se dão muito bem neste aspecto. Eu não vejo muita dificuldade nisso não e mesmo na prática nas instituições fora nos estágios. Eu não vejo muita dificuldade, não. Eles gostam de organizar as coisas, eles não têm dificuldade em relação a isso (Grupo Focal Docentes Fac 2).

No entanto, apesar de importantes e contribuírem para a formação dos estudantes, as ligas acadêmicas são estratégias pontuais que não abrangem a totalidade dos alunos, os próprios discentes enfatizam a questão da busca por eles próprios por essa competência:

Partindo da iniciativa nossa, há essa abertura dentro da faculdade pra gente desenvolver um projeto e realizar. Todos professores são bem abertos a esse tipo de possibilidade. Existem grupos acadêmicos, também. Eu mesmo já participei de alguns grupos acadêmicos que pude exercer também dentro da grade curricular, mas foi porque eu fui atrás. Existe essa abertura e, se tiver interesse do aluno, pode ser bem desenvolvido, sim! (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

Vai muito também da pessoa e do professor que dá esta abertura de trabalhar desta forma, que tem muitos que são assim: eu mando, e pronto. Então, a característica de liderança é uma característica nata da pessoa, tem gente que vai desenvolver mais, tem outros que não (Grupo Focal Estudantes Fac 2).

A questão da liderança foi muito vista pelos estudantes da Fac 2 como a liberdade para

definir os tratamentos de forma individual nos estágios, ou seja, a iniciativa para definir quais técnicas aplicar durante o tratamento do paciente. Fora dos ambientes dos estágios, os estudantes enfatizaram que eram poucos os momentos oferecidos pela instituição e pelos docentes para que eles tivessem autonomia para criar algum projeto em saúde, mesmo nas ligas acadêmicas foi ressaltado que os projetos já são predefinidos e não há participação ou discussão coletiva na hora de definir o que vai ser realizado. Os discentes acabam apenas reproduzindo o que já existe e é realizado na instituição.

Em relação aos projetos, a gente não viu isso muito na prática. Tem os projetos, sim, mas não é nada novo. Já é algo que faz desde os primeiros anos e é uma coisa pronta. A gente chega e faz aquilo e não cria nada. Já está determinado ... a gente não tem essa liberdade para criar (Grupo Focal Estudantes Fac 2).

O quadro abaixo traz a síntese com as principais informações entradas durante a análise sobre o desenvolvimento dessa competência nas duas IES participantes.

	Fac 1	Fac 2
PPC	Ligas Acadêmicas e Organização de Eventos	Ligas Acadêmicas e Centros Acadêmicos
Docentes	Não desenvolvida, depende do aluno, não tem clareza como desenvolver	Não desenvolvida, depende do aluno, não tem clareza como desenvolver. Concepção restrita.
Alunos	Busca pelos próprios alunos, grupos de pesquisas e Ligas Acadêmicas	Liberdade para definir Tratamento, pouca autonomia dos alunos.

#### *Quadro 8: Competência Liderança*

Tanto nos PPC dos cursos, como nas falas dos docentes e alunos percebemos uma concepção restrita de liderança, que não é associada a ações voltadas para Promoção da Saúde ou desenvolvimento de projetos de saúde como requer tanto as DCN como o projeto CompHP.

### 5.2.5 Comunicação

No que se refere às competências e habilidades gerais de Comunicação, as DCN/FISIO afirmam que o seu treinamento se manifesta na manutenção da confidencialidade das informações que lhes são prestadas pelos pacientes, na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. Nela, estão envolvidas a comunicação verbal, não verbal, escrita e leitura, domínio de uma língua estrangeira e tecnologias de comunicação e informação.

No PPC da Fac 1 foram identificados como forma de desenvolvimento dessa competência as disciplinas relacionadas a comunicação: Comunicação e Língua Portuguesa I e II; Seminários de Iniciação Científica, apresentação de trabalhos em eventos científicos, interação com paciente e a família por meio dos estágios. Na Fac 2 o PPC também traz as disciplinas relacionadas à Comunicação: Língua Portuguesa; LIBRAS, os Seminários, e apresentação de trabalhos científicos em eventos realizados na Instituição: Mostra de Pôsteres em Fisioterapia da Fac 2 – Goiás, Semana de Estudos dos Projetos de Fisioterapia, Jornada de Produção Científica em Fisioterapia da Fac 2.

Os docentes das duas instituições confirmaram os resultados da análise dos PPC ao afirmar que o curso trabalha as competências e habilidades de comunicação com os estudantes por meio da realização de atividades em sala de aula, envolvendo apresentação de seminários, de trabalhos acadêmicos e do próprio TCC, e durante a realização dos estágios, em atividades que envolvem interação com os pacientes.

Na Fac 1, foi levantada a questão da dificuldade de se trabalhar a comunicação multiprofissional em campos de estágio não hospitalares:

Uma coisa que acho difícil aqui, é que na maioria dos estágios, pelo menos os ambulatoriais, que não são desenvolvidos nos hospitais, não tem uma avaliação global, por que os profissionais são só a psicologia e o fisioterapeuta, são poucos profissionais pra ter essa troca, para existir uma comunicação. Porque eu acho que a comunicação real verdadeira é essa com vários profissionais, a interdisciplinaridade a troca de conhecimento a troca de informação. ( Grupo focal Docentes Fac 1)

De acordo com os docentes dentro dos estágios realizados em ambiente hospitalar na Fac 1, a questão da comunicação multiprofissional é mais bem trabalhada e contemplada, isso se torna difícil nos outros ambientes em que o fisioterapeuta atua, muitas vezes,

sozinho. Nessa afirmação, os docentes ressaltam a comunicação interprofissional e acabam desconsiderando o processo de comunicação que ocorre com o próprio paciente.

Na Fac 2, os professores enfatizaram ações realizadas na clínica escola para fortalecer o trabalho e a comunicação entre a equipe multidisciplinar, uma subcategoria de análise dessa competência, que emergiu das falas dos docentes dessa instituição, foi a resistência dos docentes em interagir com as demais equipes de saúde:

Eu tenho tentado trabalhar com eles isso ai nos estágios. Eu acho que existe uma dificuldade de comunicação muito grande, até porque dentro da própria Faculdade a gente não tem uma comunicação tão satisfatória com as outras áreas, com os outros profissionais e isso acaba refletindo entre os alunos. Hoje em dia, lá dentro do estágio, na Clínica Escola, como a gente está com uma diversidade muito grande de outros profissionais dentro de outras áreas, a gente vem tentando trabalhar isso, mas é uma iniciativa por parte de alguns professores, mas muito professores preferem cada um permanecer no seu canto (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Tem uma resistência por parte dos professores e isso reflete nos alunos, mas na Clínica Escola nós temos uma equipe multidisciplinar, então eles participam. Um aluno, toda segunda e toda quinta, tem uma avaliação global, onde cada aluno participa uma vez por semana (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Pelas falas entende-se que a concepção de comunicação dos docentes da Fac 1 está relacionada ao número de profissionais de diferentes especialidades que dialogam. Há pouca ênfase nos aspectos interacionais e intersubjetivos da comunicação que independem do número de pessoas para serem desenvolvidos.

As falas dos estudantes nas duas instituições também enfatizaram a dificuldade da comunicação multiprofissional.

Em relação com a equipe multidisciplinar, isso não acontece, na prática mesmo, só foi passado para nos, vocês em que procurar vocês tem que falar com o médico, enfermeiro, nutricionista, isso foi passado, mas falar pega e faz , vamos lá vamos conversar com a equipe, isso nunca foi feito, eu não sei se teria a iniciativa de chegar e

falar( Grupo Focal Estudantes Fac 1)

Agora a comunicação com a equipe é difícil, antes até que não tinha muita dificuldade porque era na clínica e todo mundo já se conhece, mas agora no hospital é muito difícil, a comunicação ( Grupo focal Estudantes Fac 2).

Todos os docentes demonstraram entendimento e reconheceram a importância do desenvolvimento dessa competência. Foi enfatizada também a questão do estímulo à leitura e escrita, e como esses dois aspectos são difíceis de serem trabalhados com os estudantes.

Nós temos muita dificuldade porque os nossos alunos não têm o hábito de ler e nem escrever. (Grupo Focal Docentes Fac 2)

É, procurar desenvolver a gente procura. Tanto na parte teórica como na prática, lá nos estágios. Mas, ainda existe uma dificuldade muito grande dos alunos de leitura e escrita. Eu acho que na matriz curricular devia ter Português (Grupo Focal Docentes Fac 1).

A síntese com os principais resultados referentes a essa competência é demonstrada no Quadro 9 abaixo:

	Fac 1	Fac 2
PPC	Disciplinas relacionadas a leitura e escrita, apresentação de seminários, trabalhos, projetos	Disciplinas relacionadas a leitura e escrita, apresentação de seminários
Docentes	Seminários, Trabalhos, TCC e ações multidisciplinares na Clínica Escola.	Seminários, Trabalhos, TCC e estágios. Dificuldade de trabalhar comunicação multiprofissional.
Alunos	Dificuldade de comunicação multiprofissional	Dificuldade de comunicação multiprofissional

*Quadro 9: Competência Comunicação*

Percebe-se pela fala dos discentes que foi trabalhada a questão da comunicação principalmente voltada para leitura e escrita e comunicação entre profissional e pacientes,

principalmente nos estágios. Mas existe uma lacuna em relação a comunicação entre a equipe multidisciplinar, os alunos das duas instituições não se mostraram seguros em atuar dentro de uma equipe e manter uma discussão a respeito de aspectos relacionados a saúde. Essa falha é percebida tanto pelos docentes como pelos alunos.

#### 5.2.6. Educação Permanente

A Educação Permanente é uma estratégia para a transformação do trabalho em saúde que se volta à qualificação e redimensionamento da formação dos profissionais cujo processo envolve formação, gestão, atenção e participação social com a intersecção de diferentes saberes e práticas na área da saúde (Ceccim, 2005).

Para sua efetivação é necessário descentralização e disseminação da capacidade pedagógica, com destaque para as parcerias entre as IES e a rede de atenção, de forma que haja uma interlocução entre trabalhadores, gestores, formadores, sistemas de saúde e serviços, constituindo o SUS como uma verdadeira rede escola. Uma pedagogia em ato para um trabalho vivo (Ceccim, 2007).

O quadro 10 demonstra as disciplinas com conteúdos diretamente relacionados ao SUS em cada IES pesquisada e suas respectivas cargas horárias de acordo com a análise da matriz curricular.

Fac 1		Fac 2	
Disciplina	CH	Disciplina	CH
Legislação e Políticas de Saúde	28,33	Saúde e Meio ambiente	30
Fisioterapia Comunitária, Preventiva e Social	56,66	Saúde Pública	60
Administração e Serviços de Saúde	28,33	Fisioterapia na Comunidade	60
		Administração serviços de Saúde	60
		Estágios Supervisionado em Fisioterapia em Saúde Pública	150

*Quadro 10:* Disciplinas com conteúdos diretamente relacionados ao SUS e suas respectivas cargas horárias (CH).

De acordo com a análise realizada, como demonstra o Quadro 4, foi identificado um grupo de três disciplinas na Fac 1 e cinco disciplinas na Fac 2 cujas ementas se relacionavam

diretamente a atuação do fisioterapeuta no âmbito do SUS. Desse modo, percebemos que a instituição que apresenta em sua matriz curricular a maior carga horária de disciplinas voltadas para atuação e conhecimento do SUS de forma direta é a Fac 2, que se destaca, inclusive, ao articular a teoria e a prática por meio dos estágios nos serviços de atenção básica em saúde. A Fac 1 apresenta um conjunto de disciplinas semelhantes no que diz respeito aos conhecimentos em saúde pública e o SUS, privilegiando o aspecto teórico. Na Fac 1 não foram encontrados indícios de práticas realizadas na atenção básica, a instituição parece não dispor de nenhum campo de atuação nesse nível de atenção no SUS. Isso dificulta o desenvolvimento da Educação Permanente.

Além da análise das ementas das disciplinas da matriz curricular dos cursos, buscamos também identificar pela leitura do PPC unidades de registros, nesse caso frases ou parágrafos, que se relacionassem a formação empreendida nas instituições ao SUS, como preconizado pelas DCN/FISIO. Na Fac 1, não foi encontrada essa associação, já a Fac 2 indica em seu PPC que foi realizada uma reformulação curricular visando “atender às demandas provindas do contexto social e também de exigências legais à nova Lei de Diretrizes e Bases e à Política do SUS”, em uma demonstração de preocupação em formar os futuros fisioterapeutas de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Os docentes da Fac 1 confirmaram os resultados da análise do PPC e reconheceram o não desenvolvimento dessa competência nos alunos, destacando a falta de parceria com a rede de saúde pública como principal categoria para a falta de mobilização da competência..

Olha, para trabalhar isso de uma maneira mais efetiva o aluno teria que ter essa experiência, essa convivência, de ir até o posto, verificar o trabalho que vai ser desenvolvido no PSF mas, na instituição, o aluno não tem isso, porque não tem um campo, não é tão bem trabalhado. Não é estimulado esse lado, dessa parceria, dessa ligação entre a instituição e os programas do SUS para o desenvolvimento da Educação Permanente (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Os estudantes da instituição confirmaram as falas dos docentes, ressaltando que a universidade não dá muita “importância ao assunto” e que eles não têm conhecimento de como poderiam atuar dentro do SUS.

Não existe, integração com o SUS, a gente teve uma matéria no começo da Faculdade sobre o SUS. Nunca priorizou isso (Grupo

Focal Estudantes Fac 1)

A faculdade nunca deu importância sobre este assunto. Então, foi um pouco desvalorizado. Eu acho que poderia ser mais abordado porque é uma coisa importante, que a gente precisa (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

Não sei também sobre o sistema do SUS, onde a gente poderia entrar fazendo essa contribuição (Grupo Focal Estudante Fac 1).

Além disso, de uma forma geral, os relatos sinalizam para a circulação de informações equivocadas com relação ao SUS, que produzem distorções ou limitam o aprendizado dos estudantes acerca do sistema.

O que é passado pra nós são os problemas. Isso não deu certo porque o SUS, não sei o que, não sei o que (falando dos problemas dos SUS). Não é trabalhado com a gente as áreas que a gente pode entrar (atuação do fisioterapeuta) (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

Na Fac 2, os docentes consideraram o conceito de Educação Permanente como sinônimo de Educação Continuada.

É um cuidado também que a gente procura ter de trabalhar estas atividades com os alunos de tal forma que eles consigam, a todo momento, estar aprendendo com qualquer tipo de atividade e fazendo um link com relação a todos os campos (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Nessa questão de buscar novos conhecimentos, novas fontes, de se atualizar, eles têm ciência disso (Grupo Focal Docentes Fac 2)

Os estudantes ressaltaram os aspectos que têm contato, durante a formação, com a rede do SUS.

Assim, a gente não tem como ter contato com o que o paciente fazia na comunidade mesmo. Só lá, no lugar do estágio, já na Clínica Escola, no início o atendimento não era do SUS. Começou agora. Aí a gente sabe quando o paciente deve procurar o atendimento, como ele vai conseguir o encaminhamento para estar lá na Clínica Escola ou em

qualquer outro lugar que tenha atendimento do SUS, só isso. A gente não sabe da gestão, só a aula teórica mesmo na prática, nenhuma (Grupo Focal Estudantes Fac 2).

O quadro 11 traz a síntese dos principais resultados encontrados em relação a competência Educação Permanente.

	Fac 1	Fac 2
PPC	três disciplinas relacionadas ao SUS. Sem Associação da formação ao SUS. Sem vivências na atenção básica	cinco disciplinas relacionadas ao SUS. Associação da formação ao SUS. Estágio em Saúde Pública
Docentes	Não é desenvolvida por falta de parcerias e estágios na rede de atenção básica	Pouca Clareza, sinônimo de Educação Continuada
Alunos	Não é desenvolvida, temática não valorizada pela instituição	Contradizem o PPC, afirmam não ter prática na AB. Não é desenvolvida.

*Quadro 11:* Competência Educação Permanente

Vemos que na Fac 2 há uma contradição entre o proposto pelo PPC e que é feito na prática, pela fala dos estudantes verificamos que nem todos os alunos tem contato com a rede do SUS. Desse modo, de acordo com os resultados, a Educação Permanente, como competência, não é trabalhada em ambas as instituições. Na Fac 1, principalmente pela falta de vínculos entre a instituição e a rede básica de atenção à saúde, e na Fac 2, apesar de haver essa parceria, ela não se estende a todos os alunos, apenas um grupo possui vivências na rede pública de saúde, uma vez que os estágios se distribuem entre os quatro tipos de campos (rede de atenção básica, Clínica Escola, hospitais e ambulatórios) e os estudantes escolhem em quais irão, a depender da conveniência e dos horários disponíveis. Em função disso, nem todos os estudantes têm acesso aos serviços do SUS e quando isso ocorre o contato se restringe aos serviços específicos de fisioterapia.

### 5.3 Conceito de Promoção da Saúde

Para verificar o desenvolvimento das competências para atuação na PS, primeiramente foi analisado o conceito de Promoção da Saúde trazido pelos PPC e pelos participantes, o que foi feito por meio da ferramenta consulta de palavras do software Nvivo.

Não foram encontrados no PPC dos cursos um conceito de PS que fundamente as atividades desenvolvidas nessa área durante o processo formativo dos alunos. Durante a realização da análise de conteúdo, verificamos que as palavras mais enfatizadas para conceituar promoção da saúde pelos participantes, foram: doença, paciente, educação, geral, preventivo, pessoas.

Desse modo, percebemos que os participantes relacionam o conceito de Promoção da Saúde com doença, prevenção, ações na comunidade, educação e orientação, dentre outras e se pode observar pouca apropriação ou clareza com relação a esse conceito. O quadro 5 demonstra as principais construções dos participantes a respeito da Promoção da Saúde.

Grupo Focal	Grupo Focal	Grupo Focal	Grupo Focal
Docentes Fac 1	Docentes Fac 2	Estudantes Fac 1	Estudantes Fac 2
<p>“Criar estratégias de favorecer a saúde e facilitar de forma positiva a qualidade de vida.”</p> <p>“Tornar melhor alguma comunidade”</p> <p>“Envolve todas as ações, todas essas ações, educacional, pesquisa, ação primária, secundária, terciária.”</p> <p>“Estimular cada vez mais a idéia de prevenção.”</p>	<p>“É muito mais barato fazer uma atenção a saúde primária”</p> <p>“Atuar dentro da comunidade dentro dos aspectos preventivos.”</p> <p>“Fisioterapeuta como educador em saúde este profissional como promotor”.</p> <p>“É você tomar atitudes em relação a saúde da comunidade de uma forma geral de tal forma que impeça que os indivíduos venham a desenvolver algum tipo de disfunção.”</p>	<p>“É prevenção e manutenção da saúde.”</p> <p>“Ações na comunidade para pessoas que ainda estão em condições de saúde, sem a patologia, a gente vai melhorar a saúde dela antes de acontecer alguma coisa pior.”</p> <p>“Seria mais relacionado a educação em saúde, a mostrar para comunidade o que ela pode fazer pra estar bem pra estar 100% saudável”</p>	<p>“É a informação no caso palestra na faculdade nas escolas orientar e passar essa informação em qualquer área de saúde.”</p> <p>“É mais assim em projeto de extensão fora da faculdade.”</p> <p>“ Na prática a gente não exerce muito isso, mas só agora, criaram uma liga preventiva, mas acho que ninguém se interessa muito por esse assunto na faculdade”</p>

*Quadro 12:* Falas relacionadas à Promoção da Saúde

Pelas falas citadas a promoção da saúde foi referida pelos participantes como ações voltadas para prevenção de doenças junto à comunidade. Os alunos da Fac 2 enfatizaram que promoção não é muito trabalhada no currículo formal da instituição, cuja lacuna tem sido

suprida por atividades extracurriculares, especialmente pelos projetos de extensão e pelas ligas acadêmicas.

Houve também um silêncio em relação às ações voltadas para o empoderamento. Para os estudantes das duas instituições a comunidade é vista como incapaz e dependente de ajuda para melhorar sua saúde, precisando de orientação e educação para adquirir hábitos que venham a favorecer um modo de vida mais saudável. É a visão do profissional de saúde detentor do conhecimento, não há uma concepção de trocas de saberes e informação.

O conceito de promoção da saúde pode ser usado em diferentes perspectivas e fomentar diversas ações no âmbito da formação dos graduandos. Os alunos e docentes participantes, no entanto, demonstraram não terem clareza conceitual, evidenciando não fazerem diferenciação entre as práticas de prevenção e de promoção, o que pode comprometer o desenvolvimento dessas competências na atuação dos futuros fisioterapeutas.

#### 5.4 Competências para atuação na Promoção da Saúde

No processo de análise dos PPC, os resultados da busca pelo termo Promoção da Saúde, evidenciou a associação da PS aos objetivos específicos do curso de fisioterapia da Fac 1: “Possibilitar a construção de conhecimentos de Fisioterapia preventiva que capacitem o aluno a trabalhar na promoção da saúde e na prevenção de alterações do movimento humano” ( PPC da Fac1), a inserção precoce do estudante como ferramenta para capacitar para Promoção da Saúde e dois projetos, um de pesquisa e um de extensão relacionados a Promoção da Saúde.

Na Fac 2 os resultados também evidenciaram a associação da PS a um dos objetivos específicos do curso, no qual, dentre as ações de formação está preparar o aluno para ações de promoção da saúde tanto individual quanto coletiva. E a associação da PS as ementas e objetivos de cinco disciplinas: Saúde e Meio Ambiente, Saúde Pública, Psicologia Aplicada a Saúde, Fisioterapia na Comunidade e Estágio Supervisionado em Saúde Pública. Todas estas estão relacionadas, de uma forma ou de outra, as possibilidades de intervenção profissional do Fisioterapeuta na promoção da saúde e promoção da qualidade de vida.

Diante desses resultados percebemos que o PPC da Fac 2 está mais voltado para o desenvolvimento da atuação do futuro fisioterapeuta no âmbito da Promoção da Saúde, o termo é mais citado e além de estar relacionado com os objetivos específicos do curso, também se relaciona com algumas disciplinas da matriz curricular.

Além desses resultados, também foi realizada a busca pelas palavras mais frequentes utilizadas pelas IES para caracterizar competências e habilidades pretendidas para os egressos

de seus cursos de Fisioterapia. Nessa ficou evidenciada a articulação da formação com o contexto social tanto na Fac 1 quanto na Fac 2.

A Figura 5 demonstra a nuvem com as 50 palavras mais frequentemente utilizadas pelas IES estudadas para caracterizar as competências para formação do fisioterapeuta:



*Figura 5:* Palavras mais frequentes utilizadas para designar o conjunto de habilidades e competências para os egressos do curso de fisioterapia.

A articulação com o contexto social leva a duas outras categorias relacionadas à Promoção da Saúde encontradas nos PPC das IES pesquisadas: Qualidade de Vida e Cidadania. As duas instituições enfatizam, em seus PPC, o papel do fisioterapeuta como promotor da melhoria da qualidade de vida de seus pacientes.

Outra categoria relacionada ao conceito de promoção da saúde é a cidadania, e nos PPC a cidadania é destacada como um dos valores orientadores da formação do fisioterapeuta:

A matriz do curso de fisioterapia proporciona ao egresso ser conhecedor de suas potencialidades, do seu meio social e da relação com o mundo, sensível às questões humanas e com condições de competência profissional no seu papel de agente produtor e transformador de conhecimento e cultura, engajado politicamente num projeto de estabelecimento do direito à cidadania (PPC da Fac 1).

“...compromisso com a ética e a transformação social no processo de formação profissional e construção da cidadania” (PPC da Fac 2).

Apesar de não estar explicitamente manifesto nos PPC dos cursos, o empoderamento se encontra subentendido em alguns trechos analisados, principalmente nos da Fac 1 e Fac 2. Essas duas instituições enfatizam a formação de um sujeito para ser transformador da realidade ao seu redor. A Fac 1 salienta que as ações dos egressos devem ser orientadas pelo entendimento do paciente “como agente ativo nas ações de saúde” e que o futuro formando deverá exercer “papel de produtor e transformador de conhecimentos e cultura”. A Fac 2 ressalta que “a Fisioterapia define-se como prática socialmente construída, comprometida com as transformações sociais, com a defesa da vida e a promoção do desenvolvimento humano em sua integralidade”

Esses aspectos salientados sugerem o desenvolvimento do domínio de competência para promoção da saúde definido pelo projeto CompHP como Favorecimento de Mudanças. Essa competência está relacionada ao apoio à participação, ao empoderamento, à liderança, à equidade e ao desenvolvimento comunitário.

Em relação a participação dos docentes e estudantes no estudo, para analisar a questão das competências para atuação na Promoção da Saúde foram elencadas as seguintes subcategorias por meio das falas dos participantes: parcerias, contato com a comunidade e planejamento e avaliação.

Na Fac 1, as parcerias existentes, referidas pelos docentes e estudantes, e afirmadas pelos PPC dos cursos, são para assegurar os campos de estágio (hospitais, ambulatórios, clínicas) havendo sido citada, além dessas, uma específica com a comunidade, relacionada a um projeto de extensão que, ainda e de acordo como os relatos, tem mais características de um serviço de saúde voltado à comunidade do que, propriamente, uma parceria.

As parcerias são as tradicionais: hospital. Só a nível hospitalar. Não tem o aluno fazendo estágio lá na comunidade, na periferia, ou nas unidades básicas de saúde (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Eu, particularmente, não tenho contato com a comunidade. Só com a comunidade que vem e vão ser tratada, não aquela comunidade que você vai pesquisar que você vai procurar (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Tem parcerias, mas com a comunidade não. Tem parcerias com hospital e outros centros, também não com o trabalho de uma forma global, mas com aquela visão de especialista mesmo: neuro, respiratório (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Na Fac 2, foram relatadas mais parcerias. Segundo os participantes, a instituição possui projetos de pesquisa e de extensão, com inserção de diferentes segmentos da sociedade, dentre os quais foi destacado um programa de extensão multidisciplinar que envolve todos os cursos da instituição, não só a fisioterapia, voltado para abordagem das questões de gênero. Nele, são desenvolvidas parcerias com a população, com o Ministério Público e com instituições governamentais voltadas para defesa dos direitos da mulher.

Na Fac 2, também existe projeto de extensão e foi citado que mantém parcerias com grupos de idosos da comunidade e das paróquias. Nos dois projetos foi enfatizado, pelos docentes, que há um contato estreito com a comunidade atendida, sendo que, os professores e alunos participantes realizam levantamento das necessidades sociais e de saúde dessa população, visando adequar os projetos de acordo com o que foi encontrado.

A gente que vai, então, visita escola, visita asilo. É o momento em que nós vamos ao encontro da comunidade para tentar perceber as especificidades deles (Grupo Focal Docentes Fac 2).

No entanto, os docentes deixaram claro que essas são atividades pontuais e extracurriculares que não abrangem todos os alunos.

Isso não engloba todos os alunos, alguns, e não exclusivamente nossos, só do curso de fisioterapia. Só do curso de fisioterapia, acho que nós não temos uma atividade assim exclusiva (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Para os estudantes participantes, essa aproximação com a comunidade ocorre exclusivamente no estágio de Saúde da Comunidade, que é realizado na rede de atenção básica.

O que tem mais proximidade com as pessoas, com o que ela precisa, é lá na Vila Mutirão, que a gente faz atendimento na casa da pessoa pela rede pública (Grupo Focal Estudantes Fac 2).

Além o estágio foi referido, como forma de interação entre o curso e a população, as atividades das ligas acadêmicas, dentre as quais as campanhas de doação de sangue. Os discentes também mencionaram os projetos de extensão, mas aqui há uma contradição entre a fala dos docentes e dos estudantes no que se refere a interação com a comunidade os docentes declaram haver uma parceria mais íntima com a comunidade, na qual eram feitas visitas para conhecimento da realidade vivida e diagnóstico das necessidades daquela população. Já os alunos afirmaram não haver uma interação do projeto com a comunidade de forma

contundente, o curso oferece o atendimento ou serviço dentro do projeto e os idosos que buscam esse atendimento, ou seja, nem os estudantes ou os docentes vão até o lócus da comunidade.

De acordo com os participantes do estudo, em relação ao planejamento e avaliação das ações em saúde desenvolvidas nas duas instituições, há centralidade no professor e na instituição de ensino, havendo pouca participação dos alunos e da comunidade nesse sentido.

A maioria dessas ações estão relacionadas aos projetos de extensão, então esses projetos já são fixos. O que tem que fazer é ir lá e executar, então os alunos não participam desse momento de elaboração ou de avaliação do projeto. Geralmente, quem participam são os professores que estão envolvidos no projeto, os alunos mais só executam (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Eu não vejo participação dos alunos na elaboração. Vejo muito na execução, mas elaboração e planejamento, não. Eu mesmo nunca participei (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

O atendimento já vem pré-estabelecido nos grupos. Como eu falei, a gente não participa do planejamento (Grupo Focal Estudantes Fac 2).

As falas evidenciam a visão tradicionalista de ensino ainda arraigada na instituição, o professor como centro do processo ensino-aprendizagem e os Estudantes com pouca voz. O PPC da Fac 1, deixa claro que os projetos de Pesquisa e Extensão serão elaborados pelo professor: “o professor orientador elaborará projeto de pesquisa, solicitando a participação do aluno” (PPC da Fac 1), não foram encontrados indícios que os alunos participariam dessa elaboração, ou planejamento das atividades dos projetos. Os professores acabam repetindo os mesmos projetos e ações, semestre após semestre, independente das características, do perfil e da realidade sócio histórica dos seus alunos. Essa prática desfavorece uma formação crítica, pois não permite que os discentes possam discutir, problematizar e analisar as ações desenvolvidas em seu processo formativo e nem os instrumentaliza para que, no futuro, tenham capacidades e conhecimentos para proporem e desenvolverem projetos de forma autônoma.

No contato reduzido com a realidade em que a comunidade está inserida, a falta de abrangência dos projetos que envolvem ações voltadas para PS e a falta de voz dos estudantes no planejamento e avaliação das ações desenvolvidas no curso evidenciam um parco desenvolvimento das competências voltadas para atuação na PS.

Essa lacuna na formação é observada pelos docentes, ao falarem sobre a percepção

que têm do ensino e das atividades voltadas para o desenvolvimento de competências para atuação do fisioterapeuta na PS. Apesar dos avanços nessa direção, os participantes não os consideram suficientes.

De um modo geral, pra mim, falta muito para gente conseguir desenvolver isso nos alunos, até porque o mercado de trabalho é outro, as vezes ele é formado para tal, mas quando ele chega lá no mercado as coisas às vezes mudam. Querendo ou não, depois de formado o mercado direciona para algumas áreas (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Das falas dos participantes emergiu uma categoria para explicar a dificuldade em preparar os futuros fisioterapeutas no âmbito da PS: mercado de trabalho e sua relação com a formação. Essa categoria será analisada no próximo tópico, pois também se relaciona com a percepção sobre o perfil de formação profissional.

### 5.5 Perfil Profissional

No que se refere à categoria Perfil Profissional, as duas instituições pesquisadas trouxeram em seus PPC, como ponto em comum, a especificação de que buscavam formar profissionais com concepção técnica e humanista, com atuação em todos os níveis de atenção, com perfil generalista e visão crítica e reflexiva. O que demonstra conhecimento acerca do exigido pelas Diretrizes em relação ao perfil do egresso.

O uso do software NVivo 10 nos permitiu identificar os trechos dos PPC relacionados aos termos generalista, crítico, reflexivo e humanista. A Figura 6 expressa o gráfico em árvore relacionado à utilização do termo generalista nos documentos analisados.

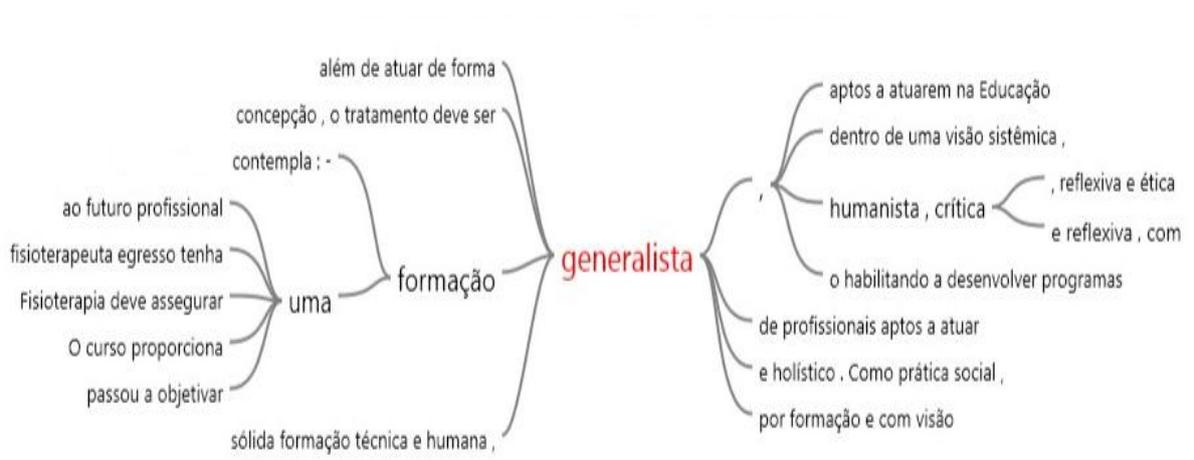


Figura 6: Árvore de palavras com o uso do termo Generalista

Os trechos dispostos na figura demonstram a ênfase dos cursos em afirmar que existe



elementos do perfil profissional o atendimento integral a saúde humana, e compreensão e respeito aos princípios éticos, bioéticos e culturais.

No entanto, apesar de mencionar os aspectos do perfil do fisioterapeuta exigidos pelas DCN, enfatizando a formação generalista, crítica e reflexiva, preparando os alunos para serem agentes transformadores da realidade, os documentos analisados não explicam bem a que tipo de crítica e reflexão se refere e muito menos o que se quer transformar ou em que se fundamenta essa transformação, de forma que se não houver uma intencionalidade na concretização do perfil desejado anunciado nos PPC, tais palavras podem vir a se tornar vazias de significado, um jargão.

Em relação ao perfil profissional, os docentes falaram sobre as dificuldades de se propiciar uma formação voltada para o perfil preconizado pelas Diretrizes e deles se adequarem a esse novo modelo de formação.

Crítico? Este aluno que não gosta de ler?...Eu acho que a gente não consegue, a gente tenta estimular os alunos, para eles até saberem criticar, mas você vê que se o aluno não tem conhecimento, como que ele vai criticar? Então, a questão do crítico reflexivo é complicado. O humanista também vai muito de pessoa para pessoa. Eu não sei até que ponto a gente consegue modificar isso. As pessoas que já vem com uma formação humanista, elas aprimoram. Mas é difícil você modificar o perfil de uma pessoa neste aspecto ... (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Essa questão de ser humanista a gente estimula muito. A gente fala muito sobre isso. Essa questão do respeito do paciente, esta questão de ouvir o paciente, de ouvir as necessidades dele (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Eu acho que, na Fac 1, o aluno que chega, embora tenha mudado ao longo dos anos, ele é mais crítico e reflexivo pela própria base de que ele vem, eu não sei se o próprio vestibular já seleciona este aluno . O perfil do aluno é um perfil mais crítico e reflexivo (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Eu penso que depende muito do próprio professor ter uma visão diferente, essa visão generalista, crítica-reflexiva e humanista. Se o próprio professor não tem essa visão, como que ele vai ensinar o geral

se ele não tem essa formação? (Grupo Focal Docentes Fac 1).

A humanização é vista pelos docentes da Fac 2 como algo mais intrínseco aos estudantes, não um perfil a ser desenvolvido, mas algo a ser aprimorado durante o curso. Para eles, um perfil humanista tem relação com características inatas, que os estudantes possuem ou não.

Para os estudantes da Fac 1 há deficiências nessa questão, uma vez que consideram que o curso só preconiza a formação humanista na teoria mas, na prática, ela não é levada em consideração.

Visão humanística, acho que a gente tem na teoria. E, na teoria, a gente cansa de ouvir que tem que trabalhar o paciente como um todo, mas quando chega em ortopedia, você não trata como um todo. Você trata um joelho, uma coluna e por aí vai. Na teoria tem essa visão, na prática não ( Grupo Focal Estudantes Fac 1).

Os estudantes da Fac 2 também enfatizam a pouca ênfase dada pelo curso à formação humanista e destacam o foco na atuação tecnicista.

A visão que eu tenho é que a gente sai mais com o perfil não muito humanística. Acho que é mais técnico, e menos humano ( Grupo Focal Estudantes Fac 2).

Em relação à formação generalista, os docentes da Fac 1 enfatizaram a tentativa de proporcionar esse perfil aos estudantes.

Vai na direção, principalmente, generalista. A gente tem vários campos de estágio que permitem eles conhecerem a prática (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Eu acho que a abordagem é generalista, apesar de ser dividida por especialidades, o aluno fica dois três anos passando por estas especialidades, mas isso não garante que uma área não deixe de complementar a outra (Grupo Focal Docentes Fac 1).

Na Fac 2, apesar de seu currículo dispor de particularidades que o diferenciam do currículo da Fac 1, conforme já sinalizado anteriormente, os professores acreditam que o curso não proporciona a formação generalista e que ela se mantém voltada às especializações.

Eu penso que é bem mais complicado, se a gente pensar que a nossa

grade ela é dividida de maneira a ser sempre fragmentar, porque você fragmenta, porque se você trabalha com áreas de especialidades (cardiorrespiratório, ortopedia) você está fragmentando. Você está criando uma especialidade. Se você trabalha saúde do idoso, da mulher, você também está fragmentando. Então, é muito complicado você dizer que vai formar um profissional generalista (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Eu acho que, com a grade curricular que a gente tem, não dá para contemplar esse perfil (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Com o aprofundamento da discussão, os professores também chegaram à conclusão que, apesar de tentar desenvolver o perfil generalista, esse é um aspecto complexo da formação, principalmente devido à formação que os próprios docentes tiveram.

Olha, eu vou ter que concordar com a colega. Apesar de tentar fornecer essa formação generalista, acaba que, até mesmo por uma questão cultural e da nossa formação também, a gente ainda pensa muito como especialista (Grupo Focal Docentes Fac 1)

É difícil e complexo para nós, professores que tivemos uma formação especialista, mudar essa visão. Por exemplo, a minha área de formação é respiratória, obviamente a minha experiência, a minha formação, é respiratória, mas eu deveria saber as três áreas, quatro áreas, cinco áreas, por igual. e então, a minha formação não foi assim. Então, como que eu vou passar isso para meu aluno? (Grupo Focal Docentes Fac 1)

Tem que lembrar também, que isso depende do professor, porque nem todos se adequaram a essa nova grade. Tem professor que não quer sair da zona de conforto, então se ele está num estágio que é, por exemplo, saúde do adulto, que tem que ver todas as áreas (neuro, cardiorrespiratória), mas ele é especialista em neuro, ele pode escolher os pacientes, então ele pega só os pacientes de neuro (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Os professores têm uma formação especialista. É muito difícil pra ele transitar em todas as áreas. Teria que ter uma forma diferente, o método teria que ser diferente, não daria para continuar com este método de disciplina. Assim, é mais complicado por que, por

exemplo, você tem professores excelentes em áreas diferentes, um é ótimo em neuro, outro em ortopedia, outro em respiratória, mas pra você conseguir ter uma disciplina que aborde todo um conhecimento na saúde da criança, por exemplo, estes três professores teriam que estar intimamente trabalhando juntos, mas ai pode falar mais é difícil. A estrutura, o tempo, a universidade não tem carga horária, o campo de estágio não oferece isso (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Da mesma forma, os estudantes de ambas as instituições enfatizaram que o perfil que se mantém de formação é o especialista, e focado na reabilitação.

Eu acho que a gente não vai saber atuar em todas as áreas, ser generalista (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

Foi em todas as áreas... Ficou concentrada em ortopedia, neuro e hospitalar, entre respiratória. Não vou dar conta de fazer tudo em todas áreas, não (Grupo Focal Estudantes Fac 1)

É difícil um aluno sair daqui falando que ele vai ser generalista (Grupo Focal estudantes Fac 2).

Eu tenho a noção que aprendemos as três linhas (prevenção, atenção e reabilitação), mas a gente acaba saindo mais com a reabilitação e o perfil mais reabilitador (Grupo Focal Estudantes Fac 2).

O papel da formação dos docentes, como um dos determinantes para a manutenção do perfil reabilitador, também foi mencionado pelos estudantes.

Eu acho que a visão de antigamente continua hoje. Na Fac 1, são as mesmas pessoas até hoje. A visão que a gente recebe é essa visão. Hoje, sim, tem pessoas novas entrando com a visão diferente, mas o que a gente recebeu é isso, eu acho que por isso que as coisas não mudam. Enquanto as pessoas não mudarem não vai mudar, as pessoas são os professores (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

Porque é a formação que eles receberam. Receberam esta formação e acabam passando isso, não acompanham estas mudanças, então quando eles estudaram era assim. Então, eles não acompanham que precisa mudar, que precisa atuar mais para a promoção. Eu aprendi assim, eu ensino assim (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

As reflexões apresentadas pelos docentes e estudantes dos cursos, no que se refere ao perfil profissional, apontam as dificuldades das instituições e do quadro docente para

oferecerem uma formação generalista fundamentada na crítica, reflexão e atuação humanista, como preconizam as DCN/FISIO.

Essa restrição da atuação dos fisioterapeutas no campo da atenção básica, e também na Promoção da Saúde, compromete a visão dos graduandos com relação à futura prática profissional nesse nível de atenção e de cuidado, o que contribui a reafirmação da formação centrada na reabilitação.

Eu acho que esse negócio de generalista é uma poesia muito bonita, mas na prática acaba não acontecendo, principalmente porque a tendência, de uns anos para cá, e a especialização dos profissionais, estão cada vez mais centralizados e fechando em uma área que acho que o fisioterapeuta está seguindo (Grupo Focal Estudantes Fac 1).

As diretrizes têm esta questão muito ideológica. É tudo lindo, maravilhoso. Vamos trabalhar com o SUS, vamos atuar na atenção primária. Só que não existe a contrapartida do órgão máximo, que seria do governo federal, que não assegura a inserção deste profissional na atenção básica. Ele cobra da instituição a formação de um profissional, ou de um perfil profissional que depende dele mesmo, pra que este profissional se insira depois e ele não consegue, por quê? Porque o fisioterapeuta ainda não foi inserido nestas políticas públicas de atenção primária. Então, eu acho que - às vezes - existe uma contradição principalmente neste aspecto (Grupo Focal Docentes Fac 2).

Os resultados do presente estudo apontam que existe a tentativa de preparar os egressos de acordo com o perfil preconizado pelas DCN, porém essa tentativa é muitas vezes frustrada pela própria limitação de atuação do fisioterapeuta no mercado de trabalho, majoritariamente relacionada à reabilitação, ainda que devido ao próprio contexto histórico de surgimento dessa profissão. Desconstruir essa visão é um caminho árduo e complexo, que perpassa a formação e a prática profissional.

## 6. DISCUSSÃO

Os PPC dos cursos analisados utilizam as DCN como referenciais e preconizam o perfil profissional e as competências gerais para formação dos egressos em fisioterapia. No entanto, os resultados encontrados evidenciam que essas competências não são de fato desenvolvidas.

A estruturação das competências e habilidades designa um conjunto de qualificações, conhecimentos, valores e atitudes que fundamentarão a atuação profissional. A articulação entre o contexto social e a formação foi um dos aspectos ressaltados para formação do fisioterapeuta nas duas IES pesquisadas.

A articulação da formação com o contexto social, além de ser uma das competências específicas exigidas pelas DCN/FISIO, é um importante elemento que contribuirá para formar profissionais na perspectiva da promoção da saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil (Brasil, 2010) propõe uma ampliação do escopo das ações e serviços em saúde, afirmando que a organização do cuidado deve ultrapassar a visão exclusiva na doença e adoecer, devendo passar a incluir nas perspectivas de sua produção as condições de vida e o contexto social dos sujeitos e coletividades, de forma que as ações em saúde estejam vinculadas as necessidades da população nos diferentes territórios, e possam intervir nos determinantes e condicionantes de saúde das populações.

No entanto, a falta de aprofundamento das questões relacionadas ao desenvolvimento das competências gerais de formação com base das DCN levam as IES analisadas a copiarem na íntegra várias passagens das diretrizes, em uma indicação de que de fato não há compreensão do objetivo do documento que é orientar as instituições na organização, articulação, desenvolvimento e avaliação de suas propostas pedagógicas, garantindo a autonomia da instituição e dos docentes nela inseridos. Seus pressupostos não devem ser tomados como padrões rígidos a serem seguidos.

Esse não entendimento do papel das diretrizes é um dos fatores que contribui para que de fato o prescrito no PPC não seja colocado em prática. E também pode ser um indicativo que as instituições analisadas estão elaborando seus PPC visando à aprovação nas avaliações do SINAES.

Com a implantação do SINAES houve uma definição de padrões de qualidade para os cursos de nível superior no Brasil, que seriam definidos em conjunto com o CONAES (Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior), o INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira) e especialistas de cada área. Um dos documentos institucionais avaliados pelo INEP é o PPC. De acordo com o instrumento de

avaliação externa, o PPC dos cursos deve obrigatoriamente conter as seguintes características: contextualização com a realidade social, vinculando o curso com as demandas da sociedade assegurando a expressão de sua identidade e inserção local e regional (Brasil, 2014).

Assim sendo, ao ser elaborado o PPC deve contemplar as DCN, as especificidades da área de atuação e mercado de trabalho e as orientações para elaboração dos documentos institucionais referidos pelo SINAES e pelo INEP. Desse modo, a associação do termo “social” com as competências e habilidades requeridas para atuação do fisioterapeuta nos PPC analisados pode ser um reflexo da demanda do Sistema Nacional de Avaliação, e não uma realidade efetiva do processo de formação nas instituições.

Percebemos que de fato não existe a articulação entre a realidade social e a formação empreendida nas duas instituições analisadas. O que foi constatado pelo pouco contato dos docentes e estudantes com a realidade em que a comunidade está inserida.

Articular a formação ao contexto social favorece o conhecimento dos estudantes em relação às condições e determinantes de saúde de seus pacientes. A promoção da saúde só pode se concretizar mediante essa articulação, pois esta se configura como estratégia de produção de saúde na medida em que responde às necessidades sociais em saúde e não há como responder essas necessidades se não se sabe quais são elas.

O foco na qualidade de vida e cidadania também foi ressaltado pelos achados do estudo. O termo qualidade de vida abrange muitos significados e está relacionado ao modo, condições e estilos de vida e também inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana, relacionando-se com o campo da democracia, do desenvolvimento dos direitos humanos e sociais. Para Minayo (2000), a estratégia chave da discussão acerca da qualidade de vida está na promoção da saúde.

De acordo com Bydlowski et al (2011), a cidadania não pode ser compreendida apenas como um “conjunto de direitos formais, mas como um modo de incorporar os indivíduos e grupos ao contexto social de determinado país”...”inclui cidadãos como sujeitos sociais ativos e os institui como criadores de direitos que visem abrir novos espaços de participação social e política” (p. 1772). O desenvolvimento do exercício da cidadania está diretamente relacionado ao conceito de empoderamento, traduzido do inglês *empowerment*. O termo *empowerment* ganhou força na segunda metade do século XX, nos Estados Unidos, a partir de movimentos emancipatórios relacionados ao exercício da cidadania. Na década de 1990 ele foi impulsionado por movimentos que buscavam o direito da cidadania nas mais distintas áreas: saúde, educação, política e ação comunitária (Baquero, 2012).

De forma simplificada, o empoderamento pode ser compreendido como “ampliação das possibilidades de controle, por um sujeito ou uma população dos aspectos significativos

relacionados à sua própria existência” (Martins et al, 2009, p. 681), podendo se concretizar em um contexto de mudança social e desenvolvimento político, buscando equidade e qualidade de vida (Kleba e Wendausen, 2009).

Uma formação que pressupõe o desenvolvimento do exercício da cidadania se ancora no conceito de empoderamento. De acordo com Carvalho (2004), o empowerment comunitário “torna os indivíduos e grupos socialmente excluídos como cidadãos portadores de direitos e do direito a ter direitos” (p. 1093). Para o autor, o empoderamento deve ser visto como um ato libertador que se contrapõe a visão das pessoas como marginalizadas, que devem ser ajudadas, socializadas ou treinadas. Deve existir uma parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades, em uma concepção que substitua a hierarquia existente entre os trabalhadores da saúde e os usuários. O profissional deve contribuir para aumentar a capacidade reflexiva e de intervenção dos sujeitos sobre sua realidade e sobre a sociedade em que está inserido. No entanto, verificamos que não são desenvolvidas atividades voltadas para o empoderamento da comunidade em nenhuma das instituições analisadas.

A interdisciplinaridade foi um conceito ressaltado pelos PPC dos cursos, esse conceito é importante, pois favorece o desenvolvimento das competências gerais elencadas pelas DCN/FISIO e para PS, porque contribui para evitar o saber compartimentado, fazendo com que o aluno vá além da disciplina.

No SUS, a discussão sobre multidisciplinaridade e interdisciplinaridade surgiu com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994. As DCN/FISIO salientam, no seu art. 5º, que o futuro fisioterapeuta deverá ser capaz de atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente para a promoção da saúde.

Apesar de semelhantes, os três termos têm significados distintos. A multidisciplinaridade reconhece a necessidade de múltiplos profissionais avaliarem e atuarem de acordo com as exigências de saúde do sujeito. Em outras palavras, é o estudo de um objeto sob diferentes perspectivas e múltiplos objetivos, sem que necessariamente haja um consenso sobre os métodos e os conceitos a serem utilizados. A multidisciplinaridade promove um agrupamento de disciplinas, sem a obrigatoriedade de cooperação entre elas. É o somatório da atuação de diferentes profissionais que tendem a tomar suas decisões individualmente (Petri, 2006; Franco, 2007).

Para Luz (2009), a multidisciplinaridade é uma soma de visões de diferentes profissionais de diversas disciplinas que trabalham a partir de seus saberes específicos. Para essa autora esse modelo fundamenta a atuação das organizações de saúde pública no combate as grandes endemias e epidemias. De acordo com Franco (2007) esse modelo pode levar a atuações e intervenções contraditórias ou concorrentes, dificultando a visão totalitária e

integral da pessoa.

Já a interdisciplinaridade traz uma integração maior da equipe, na qual o compartilhamento da informação é fundamental. Revela uma relação de reciprocidade e interação que possibilita o diálogo entre todos os envolvidos, sem fragmentação, mas uma concepção única de agir (Petri, 2006).

A interdisciplinaridade se fundamenta sobre um princípio teórico ou político compartilhado, em que os atores trabalham juntos favorecendo uma aprendizagem recíproca, que é mais que apenas a soma dos saberes, mas é construída conjuntamente por todos os envolvidos (Almeida Filho, 2005). As pesquisas interdisciplinares na área da saúde coletiva estão voltadas para atitudes, comportamentos, condições, estilos de vida, cultura e o papel desses aspectos sociais como determinantes das doenças (Luz, 2009).

A transdisciplinaridade vai além das atuações multidisciplinar e interdisciplinar. Nessa abordagem o conceito de equipe é mais sólido, bem estruturado e dinâmico. De acordo com Franco (2007, p. 117):

- a) há total corresponsabilidade, de todos os membros da equipe, nas tomadas de decisão e na avaliação dos resultados;
- b) o dinamismo de toda a equipe, incluindo as interações de suporte mútuo entre os seus membros, é vivido como elemento fundamental do próprio trabalho e da respectiva qualidade;
- c) é fundamental o suporte mútuo e a partilha de informação e conhecimento; e
- d) cada técnico integra conhecimentos e estratégias que ultrapassam a sua formação de base. Além disso, centra-se, fundamentalmente, nas necessidades da pessoa e não na especialização dos técnicos.

Almeida Filho (2005) salienta que na transdisciplinaridade não há comunicação entre as áreas do saber ou as disciplinas, mas entre os agentes de cada campo, que devem transitar de uma área do conhecimento para outro, sujeitos capazes de “trans-passar fronteiras, à vontade nos diferentes campos de trans-formação, agentes transformadores e transformantes, enculturados nos distintos campos científicos que estruturam os campos de práticas transdisciplinares” (p. 44). A formação desses sujeitos deveria ser o que o autor chama de anfíbia, estruturada nos diferentes campos do conhecimento.

A introdução do conceito da transdisciplinaridade na formação em saúde ainda é um processo em construção. É difícil de ser operacionalizado, pois depende da cooperação dos diversos profissionais envolvidos na assistência em saúde. Aqueles que têm acesso a uma formação no campo transdisciplinar, são capazes de transitar pelo menos entre dois campos disciplinares, enquanto os especialistas permanecem restritos aos seus respectivos campos

(Petri, 2006).

Apesar de enfatizada na teoria, os resultados constataram que na prática a interdisciplinaridade não é de fato desenvolvida, principalmente na Fac1 devido as características de seu currículo o que desfavorece a efetivação de uma formação generalista.

Assim sendo, apesar de os PPC de ambas as IES estudadas afirmarem buscar contemplar as competências e habilidades gerais e específicas dispostas nas DCN/FISIO, ao analisar a matriz curricular dos cursos se pode perceber discrepâncias entre o que é ministrado aos estudantes e o perfil que se pretende formar.

Em 1996, com a promulgação da LDB nº9394/1996, os currículos mínimos foram extintos, mas, no caso da Fisioterapia, o curso permaneceu orientando sua matriz curricular por meio do último currículo mínimo estruturado em 1983 até 2002, quando as Diretrizes Curriculares para o curso de Fisioterapia foram promulgadas. A principal característica desse currículo era o foco na fisioterapia aplicada e suas diferentes especializações, fundamentado em um sistema de ciclos: matérias biológicas, de formação geral, pré-profissionalizantes e profissionalizantes. Tudo bem compartimentado em disciplinas estabelecidas.

As DCN/FISIO não determinam as disciplinas que devem ser ministradas no curso de Fisioterapia, rompendo com a ideia de rigidez curricular do currículo mínimo. Para permitir a flexibilidade do curso e a adequação de cada instituição à sua realidade histórica, social e econômica, as diretrizes curriculares apenas indicam os blocos de conteúdos que devem ser contemplados para integralização da matriz curricular.

O inciso III do art. 13 das DCN/FISIO salienta que a instituição poderá flexibilizar, diversificar e enriquecer suas propostas curriculares, mas deverá ser mantido o equilíbrio entre as diferentes áreas do saber, níveis de atuação e recursos terapêuticos para assegurar a formação generalista. Nos resultados foi evidenciado não haver esse equilíbrio preconizado pelas DCN em nenhuma das IES participantes.

Essa estrutura curricular não é exclusiva dos cursos analisados. De acordo com Albuquerque et al (2009), a maioria dos cursos da área da saúde possui currículos organizados em disciplinas, nos quais os ciclos profissionais e básicos são separados ou tem pouca relação entre si. Os autores destacam, também, a fragmentação dos conteúdos e a supervalorização das disciplinas voltadas para os aspectos biológicos e para os procedimentos de intervenções no corpo, em detrimento daquelas voltadas para os aspectos humanos, como elementos que contribuem para que, depois de formados, os profissionais direcionem suas práticas para a especialização e enfatizem os problemas individuais ao invés de coletivos, supervalorizando os aspectos biológicos em detrimento dos afetivos, históricos e sociais no processo saúde-doença.

Assim sendo, foi possível verificar que as matrizes curriculares da Fac 1, é estruturada de acordo com o modelo tradicional de formação: o foco está no biológico, na fragmentação das disciplinas e nas diferentes especialidades da Fisioterapia. Essa estrutura curricular dificulta a efetivação de uma formação pautada na integralidade do cuidado e na interdisciplinaridade. A fragmentação em disciplinas leva à fragmentação da compreensão do ser humano, reduzindo a própria existência humana à objetividade e o cuidado em saúde à assistência voltada para abordagem biologicista (Garcia et al, 2006; Bispo et al, 2014).

A Fac 2 se destaca por privilegiar o SUS como cenário de aprendizagem e fundamentar seu currículo na saúde integral dos indivíduos. Essa abordagem curricular representa um avanço na formação do fisioterapeuta em Goiás no que concerne a adequação às DCN/FISIO e a articulação da formação aos princípios do SUS. Mattos (2004) salienta que uma prática fundamentada na integralidade deve saber articular a oferta de ações ou procedimentos preventivos com procedimentos assistenciais, considerando o contexto particular de cada indivíduo. Essa estruturação curricular favorece essa prática aos estudantes, pois estes são estimulados a enxergar o ser humano desde uma perspectiva integral e articular os conhecimentos de todos os campos da Fisioterapia para definir o plano de cuidado para esse indivíduo.

Albuquerque et al (2009) salientam que privilegiar o SUS como cenário de aprendizagem ocasiona a reflexão sobre a realidade da saúde brasileira e favorece a transformação e consolidação dos modelos de atenção a saúde pautados pelos valores do SUS.

De acordo com Araújo (2007), profissionais que durante a formação são inseridos nas redes de atenção básica e que conhecem o SUS e as políticas de saúde, têm mais chances de assumir um compromisso em sua atuação profissional diante das necessidades do SUS, o que contribui para efetivar a transformação das práticas profissionais e organização do trabalho em saúde.

No entanto, os achados do estudo demonstram que apesar de se diferenciar pela proposta curricular, na prática os estudantes da Fac 2 continuam submetidos a uma visão fragmentada do ser humano, e o foco ainda continua nas especialidades da fisioterapia principalmente: traumatologia-ortopedia, cardiopulmonar e neurologia. E nem todos os alunos tem acesso ao SUS como cenário de práticas.

Alguns autores ressaltam que o ensino na área da saúde, de modo geral, ainda é fundamentado no paradigma biomédico e no modelo flexneriano, o que converge com os achados desse estudo. Esses autores afirmam que existe a necessidade de uma reorientação no processo de formação destes profissionais tanto nas dimensões teóricas quanto práticas

(Moretti-Pires, 2009; Pontes, Bornstein e Giugliani, 2012; Lucchese, Vera e Pereira, 2010; Pessanha, Teresinha e Cunha, 2009; Gomes et al, 2010).

Moretti-Pires (2009) aborda as dificuldades de os profissionais do Programa Saúde na Família trabalharem sob o guarda-chuva dos princípios do SUS. Eles atribuem essa dificuldade à sua formação. Os profissionais têm dificuldades em operacionalizar o conceito de integralidade e o enfoque atual em saúde coletiva como ação nos serviços. Assim, permanece uma abordagem biomédica na prática do serviço público. Essa abordagem biomédica, segundo os autores, é fruto da concepção pedagógica que vigora nos cursos de graduação que se mantêm centrados na visão reducionista da saúde e da doença e na prática individual. Este autor ressalta, ainda, que a mudança na legislação não garante a proximidade entre teorização e o processo de trabalho, pois a formação profissional não acompanha a legislação e muito menos as necessidades do SUS

Lucchese, Vera e Pereira (2010) também apontam o distanciamento entre a formação profissional e as necessidades concretas do SUS e, portanto, também ressaltam ser preciso uma reorientação da formação. Para eles, no processo de formação devem-se trabalhar as seguintes dimensões: teórica, cenários de prática e orientação pedagógica; essas dimensões devem perpassar os determinantes de saúde e doença, educação permanente, integração ensino-serviço, integração dos serviços das IES com os serviços de saúde, análise crítica dos serviços e aprendizagem ativa.

## 6. 1 Percepção dos docentes e estudantes acerca das competências e habilidades gerais para a formação do fisioterapeuta

### 6.1.1 Tomada de decisão baseada em evidências científicas

Tanto os docentes quanto os estudantes das duas IES participantes manifestaram as dificuldades de se desenvolver as competências gerais preconizadas pelas DCN/FISIO e para promoção da saúde visando um perfil de formação generalista, humanista, crítico e reflexivo. De acordo com a percepção dos docentes e estudantes a competência mais desenvolvida nas duas instituições é a tomada de decisões baseada em evidências científicas. No entanto, essa é vista por eles como sinônimo do uso de artigos em sala de aula ou realização de projetos de pesquisa, não havendo ênfase na aplicação das evidências na prática do futuro fisioterapeuta.

Há que se considerar que o desenvolvimento da competência Tomada de Decisões baseada em evidências científicas não se restringe ao estímulo puro e simples à pesquisa, ou à leitura e ao uso de artigos em sala de aula. Para que essa competência seja de fato

concretizada na formação dos alunos é necessário que haja a integração das evidências científicas com a prática clínica.

A prática baseada em evidências está relacionada à integração entre o saber clínico e a análise crítica e racional do conhecimento científico visando melhorar a qualidade da assistência ao paciente. Está diretamente relacionada à metodologia, sobretudo com base no Aprendizado Baseado em Problemas (Lopes, 2000).

De acordo com El Dib (2007) quando se fala de evidências, estamos nos referindo à efetividade, eficiência, eficácia e segurança.

A efetividade diz respeito ao tratamento que funciona em condições do mundo real. A eficiência diz respeito ao tratamento barato e acessível para que os pacientes possam dele usufruir. Referimo-nos à eficácia quando o tratamento funciona em condições de mundo ideal. E, por último, a segurança significa que uma intervenção possui características confiáveis que tornam improvável a ocorrência de algum efeito indesejável para o paciente(p.1)

A utilização de evidências na prática assistencial do fisioterapeuta contribui para formação de um perfil crítico desse profissional, pois estimula a busca, construção e aplicação de novos conhecimentos em sua intervenção profissional. De acordo com Freire (1996), a formação não deve se restringir ao treinamento puro e simples, mas o estudante deve ser capaz de assumir a produção de saber, criando novas possibilidades de atuação.

De acordo com Lopes (2000, p. 285), um profissional capaz de tomar decisões baseada em evidência científica é capaz de:

- “1. Identificar os problemas relevantes do paciente;
2. Converter os problemas em questões que conduzam às respostas necessárias;
3. Pesquisar eficientemente as fontes de informação;
4. Avaliar a qualidade da informação e a força da evidência, favorecendo ou negando o valor de uma determinada conduta.
5. Chegar a uma conclusão correta quanto ao significado da informação;
6. Aplicar as conclusões dessa avaliação na melhoria dos cuidados prestados aos pacientes.”

Assim sendo, o desenvolvimento dessa competência é um processo complexo, que vai além do estímulo a pesquisa, é necessário integrar conhecimentos, questionar, indagar, saber quais fontes utilizar e como aplicar o que foi pesquisado para melhorar a qualidade da atuação

profissional oferecida.

De acordo com a percepção dos estudantes da Fac 2, os projetos desenvolvidos na instituição são restritos, não divulgados de forma suficiente, e estes não têm apoio suficiente dos professores para conseguirem realizar, de forma contundente, pesquisas científicas.

Diante do exposto, considerando o conceito dessa competência e o seu objetivo - que seria melhorar a qualidade da assistência oferecida ao paciente por meio do emprego de forma crítica e consciente de evidências científicas na prática – e os resultados apresentados anteriormente, é possível afirmar que as duas instituições tentam desenvolvê-la nos estudantes, por meio de estratégias pontuais que parecem não conseguir abranger a totalidade ou fazer com que os graduandos compreendam a importância da mesma na sua atuação profissional.

#### 6.1.2 Atenção à Saúde

A competência Atenção à Saúde não é desenvolvida por nenhuma das instituições. Na Fac1 isso ocorre devido à falta de parcerias com campos de práticas na atenção primária, que é uma lacuna que impede que essa competência seja concretizada, pois os graduandos não terão vivências necessárias para atuação em todos os níveis de saúde, continuando uma prática voltada para o nível terciário. Na Fac 2, apesar de ter parcerias com as redes de assistência do SUS, as vivências não são oportunizadas a todos alunos e a formação dos professores dificulta que essa competência seja mobilizada durante o curso.

De acordo com Gonzalez e Almeida (2010), para uma aprendizagem significativa na área da saúde deve haver uma articulação entre o ensino proposto nas IES e os serviços de saúde, em uma cooperação mútua para produção de conhecimentos e desenvolvimento de competências.

Pelas falas dos discentes, das duas instituições, percebe-se a dificuldade em compreender qual o papel do fisioterapeuta no nível primário, e a dificuldade de associar a teoria, vista no início do curso, com a prática, vivenciada nos estágios. Essa dicotomia - entre teoria e prática - e a falta de vivências na atenção primária dificultam a percepção dos estudantes de como a fisioterapia poderia ser aplicada em todos os níveis de atenção à saúde.

De acordo com Carácio et al (2014), a consolidação da Atenção Primária na formação é um importante processo para reorientação das práticas em saúde mas, para isso, é preciso garantir que os estudantes possam ter espaços para discussão, análise e reflexão sobre suas práticas no cotidiano do trabalho e sobre os referenciais que orientam a atenção primária.

Os serviços de saúde, que possuem uma complexidade por envolverem diferentes atores, funções, ações e ideias na sua organização devem ser considerados pelas IES como cenários de prática durante todo o processo formativo do graduando, de forma a desenvolverem um modelo pedagógico que proporcione ao estudante aprender a aprender, ser ético, humano, desenvolvendo uma prática de saúde integral (Gonzalez e Almeida, 2010).

Para Canônico e Bretas (2008), a experiência sobre o SUS, no contexto da atenção primária, é fundamental para que os futuros profissionais possam compreender e redimensionar sua prática profissional, colaborando para o desenvolvimento do sistema público de saúde, sendo instrumentos para transformação do próprio trabalho em saúde.

Apesar de possuírem diferenças em seus currículos, as falas dos docentes e dos discentes das duas instituições se aproximam bastante. Percebe-se que mesmo que a Fac 2 possua particularidades em seu currículo que a aproximam mais do desenvolvimento da competência Atenção à Saúde, como o estágio em saúde pública e saúde da comunidade, na prática os estudantes ainda se mantêm centrados na atuação apenas em nível terciário.

Essa questão nos remete ao conceito de currículo. Currículo vem da palavra latina *currere* e significa carreira, percurso a ser realizado. Os conteúdos manifestos no currículo são o meio pelo qual os estudantes se apropriam do conhecimento de forma progressiva, garantindo a consolidação de sua formação (Lima, Lemos e Anaya, 2006).

O currículo é formado por um conjunto de práticas, oriundas da cultura da sociedade, em um determinado período histórico, definindo o que deve ou não ser ensinado e como deve ser conduzido o processo educacional. No entanto, nem sempre aquilo que se é proposto no currículo é articulado nas instituições de ensino, havendo muitas vezes, uma separação entre as intenções e as práticas. Apple (1982) descreve a existência de um currículo oculto, que se manifesta por um conjunto de normas e valores implícitos e transmitidos nas instituições de ensino que não estão efetivamente programados no currículo oficial.

Para o autor, a influência do contexto histórico leva os interesses sociais a se transformarem em ideias correntes sobre o ensino, e mesmo que o currículo oficial sofra influência de transformações sociopolíticas ou estruturais, essas tradições culturais, esse conhecimento, que antes compunha o currículo oficial, passa a integrar o currículo oculto, cujas maneiras específicas de pensar, sentir e agir, somadas às expectativas sociais e econômicas, é aceito pela sociedade com base no consenso geral. E esses valores, acabam se tornando os valores dominantes no processo formativo (Apple, 1982).

A transposição do conceito de currículo oculto de Apple (1982) para o ensino na saúde, no caso específico da fisioterapia, pode explicar o fato da Fac 2, mesmo com as alterações estruturais, já analisadas anteriormente, e de o seu currículo atender as DCN, se

mantém com uma formação centrada na reabilitação. Ainda existe um conjunto de valores e normas resultantes do contexto histórico de atuação do fisioterapeuta que domina a formação no interior das instituições e isso contribui para dificultar a ampliação do foco de atuação do fisioterapeuta, que ainda se mantém preso à visão reabilitatória predominante no século passado.

### 6.1.3 Administração e Gerenciamento e Liderança

Os docentes e estudantes das duas instituições percebem as dificuldades de se desenvolver a competência Administração e Gerenciamento. Mesmo tendo a parte teórica e prática da disciplina, os conhecimentos em relação a essa competência ficam restritos e limitados ao setor privado. De acordo com as DCN/FISIO, o ensino da Administração e Gerenciamento deve enfatizar a capacidade de tomar iniciativas, gerenciar e administrar força de trabalho, recursos materiais e físicos, informação, além de serem empreendedores, gestores ou lideranças de equipe. É uma competência bem ampla que não se restringe à inclusão de uma disciplina curricular. Faz-se necessária a busca pelo seu desenvolvimento durante todo o curso. Tanto os alunos quanto os professores de ambas as instituições enfatizaram que essa competência não é desenvolvida de forma eficaz durante a formação, a despeito da existência de disciplinas específicas dedicadas ao tema.

Em relação à Liderança, tanto os docentes quanto os discentes das duas instituições demonstraram uma percepção dessa competência como algo restrito aos muros das instituições e ao interior das salas de aula. A questão do favorecimento da liderança como uma competência voltada para promover empoderamento e participação e contribuir para mobilização de conhecimentos e ações voltados para promoção da saúde, não foi citada por nenhum dos participantes.

No processo formativo, o desenvolvimento da liderança está relacionado à autonomia dos estudantes tanto para a construção de sua própria trajetória de aprendizagem quanto para desenvolver pesquisas, projetos e ações em saúde que venham enriquecer sua formação e garantir o desenvolvimento das habilidades necessárias para se tornar um líder, sendo um aspecto a ser estimulado tanto pela instituição quanto pelos professores.

É necessário que os docentes assumam uma posição diante dos desafios da formação do fisioterapeuta na contemporaneidade. Para Amestoy et al (2010) é fundamental que haja uma reflexão acerca do desenvolvimento da liderança durante o processo formativo, de forma que esta competência possa ser trabalhada desde o início do curso de forma transversal em

todos os conteúdos. Desse modo, os docentes devem compreender a importância do ensino formal da liderança durante toda a graduação.

O conceito da competência liderança instituído pelo projeto CompHP tem cinco pontos chave: 1) desenvolver parcerias sociais para garantir uma visão compartilhada, 2) promover o empoderamento e participação da comunidade, 3) Motivar as pessoas a promoverem mudanças e melhorar a saúde, 4) Incorporar novas ideias e conhecimentos para responder aos desafios da promoção da saúde, 5) Mobilizar e gerenciar recursos para ação em PS, 6) Contribuir para o aprendizado da equipe para avançar em ações de PS. Dessa forma o desenvolvimento dessa competência exige um conjunto de características comportamentais, relacionais e pessoais que devem ser desenvolvidas nas IES ao longo de sua formação e aprimoradas durante toda sua vida profissional.

A liderança exige a implementação da confiança e do trabalho em equipe para o alcance de objetivos em comum ( Amestoy et al, 2010). É algo que ultrapassa os limites da atuação no interior nas salas de aula e campos de estágio e deve envolver parcerias e ações intersetoriais.

Ávila et al (2012) enfatizam três aspectos fundamentais para desenvolvimento da liderança: articulação entre teoria e prática, valorização e fomentação da autonomia discente e o ensino transversal da liderança. Os docentes e as IES devem levar em consideração esses aspectos para o favorecimento dessa competência, principalmente o ensino transversal, de maneira que a liderança possa ser abordada de modo formal desde o início do curso em todos os cenários e conteúdos acadêmicos.

#### 6.1.4 Comunicação

A comunicação também está relacionada com as competências de Administração e Gerenciamento e de Liderança. Para saber gerenciar, administrar e liderar, o indivíduo deve saber se comunicar de forma eficiente. A comunicação é uma forma de possibilitar um atendimento em saúde eficiente, à medida que mantém a integração do profissional com a equipe de saúde no contexto da prestação organizacional (Chanes, 2006). Isso porque as habilidades de comunicação são essenciais para estruturação da relação entre os profissionais da equipe de saúde, pois proporcionam a compreensão necessária entre os sujeitos para o desvelamento e esclarecimento dos objetivos do tratamento clínico ( Sucupira, 2007)

Paes e Maftum (2013, p. 55) destacam que o cuidado se caracteriza pelo encontro entre o cuidador e o paciente em um ambiente permeado pelo “respeito, responsabilidade,

interesse, segurança, apoio, confiança, conforto e solidariedade'. E isso só pode se dar diante de um ambiente "interacional e comunicacional", daí a importância da comunicação no atendimento e formação em saúde, pois sem essa, o cuidado se torna apenas um procedimento técnico. A reunião entre os profissionais e os pacientes é cerne da assistência a saúde, por isso a comunicação desenvolvida entre ambos deve receber uma atenção especial (Araújo, 2009).

A comunicação não pode ser entendida como unidirecional, na qual o profissional detém o conhecimento que deve ser transmitido ao paciente. É importante considerar que o paciente é um ser pensante. Freire (1983) enfatiza que a comunicação não existe sem reciprocidade, pois o conhecimento é construído por meio do diálogo, no qual um sujeito não pode pensar sozinho, mas sim junto com outros sujeitos sobre o mesmo objeto, e esse pensamento conjunto se constitui pela comunicação e constrói o conhecimento.

Os docentes das IES pesquisadas associam a comunicação à quantidade de profissionais envolvidos no processo, desconsiderando os aspectos interacionais e interpessoais da comunicação.

Os aspectos interacionais são fundamentais para o cuidado em saúde e reforçam o caráter coletivo do trabalho em saúde (Araujo, 2009). Nesse sentido, a comunicação envolve tanto os aspectos interacionais quanto as relações interpessoais, na produção e troca de significados e essa reciprocidade garante a efetivação da comunicação. Para desenvolver a competência da comunicação para atuação na promoção da saúde, de acordo com o projeto CompHP, é importante que as relações interpessoais sejam utilizadas para promover a melhora da saúde dos indivíduos, grupos e comunidades, e isso independe do número de pessoas envolvidas no processo comunicativo.

A comunicação e o trabalho interprofissional são fundamentais para concretização da atenção integral a saúde. Não é suficiente apenas a alocação de diversos profissionais em um mesmo espaço, é preciso que haja uma interação entre eles para planejamento conjunto de suas ações e práticas, essa atuação conjunta e compartilhada se opõe ao reducionismo da visão especializada (Madruga et al, 2015).

Os estudantes das duas instituições demonstraram uma insegurança em relação a comunicação com equipe de saúde. Na saúde, a profissionalização de determinados grupos foi historicamente construída mediante a subordinação à categoria médica, o que contribuiu para fragmentação e divisão do trabalho em uma estrutura hierarquizada e centralizada o que dificulta o trabalho em equipe interdisciplinar e conseqüentemente a comunicação multi e interprofissional (Araujo, 2009).

Albuquerque et al (2009) salientam que a relação e a comunicação entre profissionais de diferentes áreas é difícil e complexa, de forma que esse momento sempre é destacado

como de dificuldade, gerador de conflitos, o que faz com que a atuação individual prevaleça, em detrimento de um cuidado compartilhado, de uma prática colaborativa e de uma atenção qualificada e planejada em equipe. São necessárias estratégias que articulem as atividades e saberes dos diferentes profissionais criando um constante diálogo em que o paciente esteja no centro do processo.

Para Madruga et al (2015), essa resistência e dificuldade de comunicação, assim como a inserção dos estudantes no processo de trabalho nas equipes, sofrem influência da visão biomédica, da falta de integração com as instituições de ensino superior.

#### 6.1.5 Educação Permanente

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004) a Educação Permanente pressupõe uma aprendizagem significativa para transformação das práticas profissionais “baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços... de acordo com as necessidades de saúde da população, gestão setorial e controle social em saúde” (p.49). Ou seja, é preciso que haja uma integração entre ensino e a rede de atenção no SUS, favorecendo, de acordo com os autores, o quadrilátero ensino, gestão, atenção e controle social.

Os docentes e discentes da Fac 1 e os discentes da Fac 2 percebem que a Educação Permanente como uma competência não é desenvolvida pelas instituições. Já os docentes da Fac 2 tomaram Educação Permanente e educação continuada como sinônimos.

Existem diferenças em torno do conceito de educação permanente e de educação continuada. A educação continuada se dá no modelo escolar, na qual os conhecimentos são transmitidos no interior das salas de aula, com pouco foco na prática, predominância dos aspectos teóricos voltados para aprendizagem individual. É uma estratégia descontinua, centrada na categoria profissional, sem integração ou inter-relação com as equipes multiprofissionais (Davini, 2009).

Já a educação permanente pretende transformar as situações cotidianas do ambiente de trabalho em aprendizagem, por meio de uma análise reflexiva dos problemas e práticas em saúde que envolve toda a equipe. Considera a prática como fonte de conhecimento, amplia os espaços educativos para além das salas de aula (Davini, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde integra a formação dos profissionais em saúde com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde por meio da Integração Ensino e Serviço (Brasil, 2009). Portanto, Educação Permanente e

Educação Continuada são dois processos que diferem entre si e não podem ser considerados como sinônimos, a compreensão dos dois como sinônimos pode dificultar cada vez mais a efetivação da competência Educação Permanente, pois não há como colocar em prática aquilo que não se tem conhecimento.

Os discentes da Fac 1 evidenciaram a percepção distorcida repassada pelos docentes da IES sobre o SUS. Há estudos que destacam ser necessário capacitar os docentes acerca do SUS, das políticas de saúde e da própria área pedagógica para que estes tomem consciência da importância de se instrumentalizar os futuros profissionais frente às questões sociais e políticas do setor de saúde do país (Araújo, 2009, Canônico e Brêtas, 2008).

É importante que os graduandos vivenciem a experiência sobre o SUS para que, como futuros profissionais, possam compreendê-lo e contribuir para seu aperfeiçoamento. Mas, para isso, as IES precisam compreender que fazem parte do SUS, de forma dialética e dialógica, contribuindo para formação de profissionais que possam atuar no sistema como um instrumento de transformação do setor de saúde (Canônico e Brêtas, 2008).

Para se produzir mudanças na formação e de fato desenvolver a competência Educação Permanente, é preciso alterar as práticas de ensino aprendizagem, privilegiando ações educativas com foco no conhecimento prático e a reflexão compartilhada entre diferentes setores e categorias profissionais, pautadas na integração ensino-serviço nas redes do SUS (Davini, 2009).

#### 6.1.6 Competências para Promoção da Saúde

Para desenvolver as competências para Promoção da Saúde é importante que se tenha clareza desse conceito. Conceitos são importantes, pois são uma construção que expressa características e elementos constituintes de um tema que possibilitam sua operacionalização, e que possa ser posto em prática (Czeresnia, 2003). No entanto, o conceito é algo complexo, que está relacionado a perspectivas filosóficas, teóricas e políticas. Na presente pesquisa foi evidenciado que os docentes e discentes de ambas as instituições não tem clareza do conceito de PS.

Na promoção da saúde existem duas perspectivas predominantes: uma perspectiva conservadora, que reforça a tendência neoliberal de diminuir as responsabilidades do Estado em relação à saúde, em que a autonomia conferida aos sujeitos se traduz na responsabilização do indivíduo para gerir sua própria saúde, independente de suas condições de vida; e outra perspectiva, tida como progressista, que ressalta a necessidade de elaboração de políticas

públicas intersetoriais voltadas para melhoria da qualidade de vida da população. Nessa visão, a promoção da autonomia está relacionada às capacidades dos sujeitos exercerem sua cidadania plena, numa abrangência maior que apenas o campo específico da saúde (Czeresnia, 2003)

Independente das diferentes perspectivas existe uma dificuldade em se colocar verdadeiramente projetos de promoção da saúde em prática. Essa dificuldade muitas vezes é traduzida pela falta de distinção clara entre as estratégias de promoção da saúde e as práticas preventivas tradicionais (Czeresnia, 2003).

Além da clareza sobre o conceito de PS, a parceria e o contato com a comunidade contribuem para o desenvolvimento das competências relacionadas a essa área de atuação. Partindo do pressuposto do conceito de empoderamento, as IES devem construir estratégias juntamente com a comunidade.

De acordo com Dempsey et al (2011) a parceria envolve o trabalho colaborativo com diversas áreas do conhecimento, disciplinas, setores e redes de trabalho. Pressupõe o ensino interdisciplinar, a articulação com os lócus de trabalho na área da saúde e com os atores envolvidos: comunidade, profissionais, gestores.

Esse contato, principalmente com a comunidade é importante, pois prepara os estudantes para sua futura profissão, gerando uma aproximação com a realidade social e de saúde da população, resultando em uma melhor percepção dos problemas e dos saberes dessa comunidade, os condicionantes e determinantes sociais de saúde, resultando na obtenção de conhecimentos e experiências que vão além de um saber puramente técnico (Madruga et al, 2015), o que nos leva a outra competência para atuação na PS: Diagnóstico.

O Diagnóstico está associado às necessidades das pessoas, da população e das comunidades, no contexto dos determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais. O estudante só poderá desenvolver essa competência se forem desenvolvidas parcerias com os diversos atores envolvidos nos sistemas de saúde (Dempsey et al, 2011).

Diversos estudos no âmbito internacional têm enfatizado a centralidade do desenvolvimento de parcerias com a comunidade para concretização de ações voltadas para PS. Além disso, essa parceria tem sido identificada como uma importante estratégia para redução das iniquidades em saúde (Kwon et al, 2012; Hutch et al, 2011; Pinto et al, 2015, Brandert et al, 2014).

O desenvolvimento de parcerias é importante para implementação de instituições formadoras com relevância social, capazes de construir conhecimentos em saúde que sejam relevantes para as diferentes realidades sociais e distintos profissionais de saúde, que levem em conta as necessidades de saúde das populações, tendo como referencial a construção do

SUS (Gonzalez e Almeida, 2010).

Além dessas, a Avaliação e Planejamento é fundamental para que as ações relacionadas à PS possam se desenvolver de forma eficaz. Nessa competência, deve haver a participação articulada de todos os atores envolvidos nos projetos: sejam professores, estudantes ou a comunidade.

Os resultados apontaram que existem poucas parcerias entre as IES e a comunidade ou outros setores da sociedade. Essa parcerias estão pautadas majoritariamente nos projetos de extensão, que tem características relacionadas à oferta de um serviço à população, nos quais os estudantes e a comunidade não participam de ações voltadas para avaliação e planejamento, nem é feita uma busca para conhecer a realidade em que essa comunidade está inserida visando adequar os projetos. Desse modo, as competências voltadas para PS não são desenvolvidas nos cursos analisados e tantos os docentes quanto os discentes da Fac 1 e Fac 2, percebem essa deficiência.

#### 6.1.7 Percepção do Perfil Profissional.

As DCN/FISIO propiciaram uma mudança do perfil de formação do fisioterapeuta e essa transformação no perfil está relacionada à transformação do modelo assistencial brasileiro. A construção do conceito ampliado de Saúde e a implementação do SUS mudaram a forma como são organizadas as ações de atenção em saúde no Brasil. Apesar de mais de 20 anos do início do debate em torno da mudança do paradigma da saúde, ainda estamos vivendo a transição do modelo biomédico, focado na especialidade e na clínica individual privatista, para um modelo fundamentado na totalidade e na compreensão integral da saúde, com ações voltadas para articulação entre a assistência e as práticas de saúde coletiva, ambas ancoradas no conceito de promoção da saúde (Machado et al, 2007).

Dessa forma, é necessário que haja a adequação do perfil de formação dos profissionais, pois a formação com foco somente no conhecimento técnico e especializado não contempla uma visão ampliada de saúde, nem a integralidade da atenção. De acordo com Carvalho e Ceccim (2004), uma das desvantagens da atuação por áreas específicas é que muitas vezes desconsidera-se a produção de conhecimento oriunda da grande área das Ciências da Saúde. O conhecimento vai se tornando cada vez mais superespecializado e o trabalho cada vez mais dividido, fazendo com que o profissional se aliene em seu próprio objeto de trabalho.

Nesse sentido, é importante que as IES tenham como objetivo não a formação de profissionais que possuam um monopólio de um saber, ou um conjunto de técnicas, mas

“profissionais que tenham compromisso com um objeto e com a sua transformação” (Ceccim, 2005, p.979), que trabalhem em alteridade com os usuários visando à produção da saúde.

Em relação ao perfil do egresso, o art. 3º das DCN/FISIO deixa claro que se busca a formação generalista, pautada em uma atuação crítica, humanista e reflexiva, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual.

As DCN não trouxeram as concepções ou fundamentações teóricas das categorias explicitadas no perfil do egresso, o que gera múltiplas interpretações do que seria um profissional generalista, com atuação humanista, crítica e reflexiva. Nem os PPC das IES pesquisadas buscaram fazer uma reflexão a respeito do perfil preconizado pelas DCN/FISIO.

De modo específico, Santos (2006) ressalta que generalistas são profissionais:

(...) que devem incorporar à sua bagagem clínica, o saber epidemiológico, de educação em saúde, de trabalho em grupo, de gestão e conhecimentos sobre risco e vulnerabilidade que os ajudem na articulação de projetos de intervenção individual e coletiva. É importante que tenham sólidos conhecimentos sobre grupalidade, relações humanas, iniciativa, dinamismo e capacidade de trabalho em equipe multidisciplinar. Cuida do espaço geral, que além da clínica ampliada, tenha vínculo com o território e seja capaz de promover atuações intersetoriais e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde, operando com o novo paradigma de saúde-doença ( p. 218).

Para formar profissionais com esse perfil é preciso vencer alguns desafios na formação para saúde. Para Machado et al (2007) é preciso que sejam evitadas dicotomias, principalmente as relacionadas a: atenção individual e coletiva, doenças/ adoecimento e vigilância da saúde, qualidade de vida (biologia) e andar da vida (produção subjetiva). Os autores assinalam também que uma formação voltada para o perfil generalista deve evitar fragmentações entre os grupos de trabalhadores, aceitando a alternância de saberes e práticas e o campo da atenção integral da saúde.

O perfil generalista está intimamente relacionado ao princípio da integralidade da atenção. Ramos (2005) nos alerta para o fato de que “não há como agir com integralidade se sua formação humana não for integral” (p. 214). Uma formação generalista pressupõe justamente uma formação integral ou integrada, o que implica integração entre teoria e prática. Ciavatta (2005) ressalta que uma formação integrada significa unir, tornar inteiro o sujeito dividido pela divisão do trabalho: entre o agir e o pensar, planejar, superando a

preparação exclusivamente técnica para o trabalho.

Além da integralidade, Chiesa (2007) destaca que a formação generalista deve ter como eixo central a Promoção da Saúde. Sendo que os estudantes devem desenvolver, além das habilidades técnicas, habilidades políticas e relacionais, que fundamente novas práticas de saúde, mais horizontalizadas e que estimulem a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença de forma contextualizada com a realidade vivenciada pelos profissionais e usuários.

Além de generalista, o egresso do curso em Fisioterapia deve ter também uma atuação crítica, reflexiva e humanista. Essas três categorias estão relacionadas entre si e uma tem interlocução com a outra. Para falar de crítica, reflexão e humanismo não se pode deixar de buscar aporte em alguns teóricos das áreas da Educação e das Ciências Sociais.

Para Gramsci (1978) e Paulo Freire (1983; 1996) uma formação crítica e reflexiva está diretamente relacionada à autonomia e emancipação do indivíduo. Para Gramsci (1978) essa emancipação estaria ligada ao que ele chama de Filosofia da Práxis: “uma atitude polemica e crítica, como superação da maneira de pensar precedente e do pensamento concreto existente (ou o mundo cultural existente). E, portanto, antes de tudo, como crítica do senso comum” (p. 78). Assim sendo, a visão crítica estaria relacionada ao ato de ultrapassar as barreiras impostas pela visão de mundo dominante, difundidas no senso comum.

Em Paulo Freire (1983, 1996) a construção de uma formação crítica e reflexiva se fundamenta na educação problematizadora, na qual o aprendiz não é tido como objeto, como depósito de conhecimentos, mas o considera como sujeito, capaz de construir sua própria autonomia. Nesta relação, não há um sujeito que sabe e um aluno “objeto” passivo, mas uma educação de comunhão, em que os homens se educam mutuamente, mediatizados pelo mundo. Nesta perspectiva, o diálogo produz a mudança do mundo, e a educação não pode ser outra que não dialógica.

Dessa forma, o diálogo inclui, além da dimensão ética do encontro dos homens, o objeto de conhecimento – o mundo –, de forma que o conhecimento se constitui na relação homem-mundo e se transforma na problematização dessa relação (Freire, 1983). Para uma formação crítica e reflexiva é fundamental essa problematização e, juntamente com ela, a construção de uma consciência política, que se dá por meio da união entre teoria e prática.

Gramsci (1978) afirma que a consciência política é a primeira fase de uma progressiva autoconsciência, fundamental para efetivação da unificação entre teoria e prática. Freire (1996) propõe a união entre teoria e prática, que ele denomina processo de ação-reflexão-ação, considerado como primordial para que os sujeitos adquiram comportamentos voltados para a transformação e a leitura crítica do mundo.

Diante do exposto, baseado nas premissas de Gramsci (1978) e Freire (1983, 1985), uma formação crítica e reflexiva deve ser voltada para autonomia e emancipação do indivíduo, fundamentada na problematização e no diálogo, com vistas a ultrapassar o senso comum e uma atuação puramente técnica, de forma a alcançar uma atuação profissional pautada na indagação, autonomia de pensamento, postura ética, respeito, responsabilidade e cidadania.

Ser um profissional crítico e reflexivo pressupõe também ser um profissional humanista. Para Santos (2006) formar para humanização é:

(...) ensinar o resgate do respeito à vida humana e não humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais presentes na relação envolvida ( ser humano com ser humano, com seres não humanos e com o meio ambiente), resgatando ainda a importância dos aspectos emocionais e físicos envolvidos na intervenção em saúde. ( p. 2018)

Por conseguinte, percebe-se que formar profissionais com perfil generalista e pautados em uma atuação crítica, reflexiva e humanista - como requerem as DCN/FISIO - é uma tarefa complexa, que envolve todos os aspectos do processo ensino-aprendizagem que irão construir um conjunto de valores e atitudes que fundamentarão as práticas na área da saúde dos futuros fisioterapeutas.

Os docentes e discentes de ambas as instituições percebem que o perfil preconizado pelas DCN não é desenvolvido nos cursos analisados. Os alunos referiram que a humanização só é vista na teoria, enquanto na prática se reproduz o modelo de formação fragmentado focado nas diferentes especialidades da fisioterapia.

Humanizar significa uma transformação das práticas de atenção à saúde, que devem ser pautadas em uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento ao usuário, de alteridade, entendendo o paciente como um ser humano como um todo, como um cidadão e não apenas como um usuário de serviços de saúde (Silva e Silveira, 2011).

Condrade et al (2010) e Silva e Silveira (2011) evidenciaram as dificuldades da formação do fisioterapeuta ser orientada pelos padrões da humanização. De acordo com tais autores, ainda persiste uma visão reducionista do paciente que se reduz a segmentos do corpo, no qual o exercício das práticas de atendimento e tratamento não reconhece o paciente como uma totalidade. Há uma subestimação das experiências sociais e psicológicas do paciente e uma autonomia entre a doença e o indivíduo.

Para que a formação do fisioterapeuta seja fundamentada na atuação humanista, é preciso um ensino pautado na integralidade da atenção, no qual o graduando seja capaz de

identificar os diversos determinantes do processo saúde-doença, indo além da visão pura e simples das condições biológicas dos sujeitos, mas considerando também suas condições sociais, culturais e religiosas (Silva e Silveira, 2011).

Os docentes da Fac 1 acreditam que o curso fornece uma formação generalista ao favorecer um conhecimento geral de todas as áreas de atuação da Fisioterapia. Dessa forma, a percepção do conceito de formação generalista evidenciada pelos docentes na presente pesquisa, acaba passando pela de especialista, pois se antes o currículo fundamentado na fisioterapia aplicada e suas diferentes especializações garantia uma formação especialista, hoje o mesmo currículo garante uma formação generalista, pois o conceito de generalista dos professores participantes do estudo é fundamentado nas especializações.

Isso é uma contradição ao conceito, uma vez que sugere que ser profissional generalista é aquele que conhece diferentes especializações, indicando que a visão de formação do fisioterapeuta nas instituições analisadas pode não ter sido alterada, embora exista a adoção do termo generalista nos PPC e nas falas dos docentes, a formação com foco nas especializações permanece como antes da promulgação das Diretrizes Curriculares para o curso de Fisioterapia.

Uma das dificuldades de concretização da formação pautada no perfil preconizado pelas DCN evidenciada é formação dos próprios professores. A percepção dos professores e estudantes acerca da reprodução dos modelos formativos por parte dos docentes é corroborada por autores que ressaltam que os professores replicam, regularmente, o modelo de formação que receberam de tal forma que, para formar profissionais no âmbito da promoção da saúde, é preciso que os docentes desconstruam sua própria formação, na medida em que foram preparados para atuar focados na especialização, reabilitação e cura, o que fez com que as dimensões sociais e humanas dos pacientes e da saúde tenham sido, por muito tempo, desconsideradas (Araújo, 2009; Silva, 2008).

As exigências do mercado de trabalho também foram percebidas pelos participantes como contribuintes para o não desenvolvimento das competências para PS nos cursos analisados. Na saúde, o avanço tecnológico de maneira crescente, os avanços da biologia molecular, da indústria farmacêutica, o aprimoramento das técnicas de assistência em saúde, fomentaram a construção do modelo biomédico que tornaria o mercado de trabalho na área cada vez mais especializado (Czeresnia, 2003).

As políticas do SUS e, conseqüentemente as DCN, vieram na contramão dessa especialização crescente da saúde. No caso da fisioterapia, existe mais um agravante, o fisioterapeuta não possui de fato um lugar na equipe básica de saúde e seu papel permanece centrado nos ambientes de média e alta complexidade na saúde, com foco predominantemente

no nível terciário. De acordo com Almeida (2013) em maio de 2013 havia 436 fisioterapeutas atuando na rede do SUS no Distrito Federal – DF, destes 287 (65,82%) estavam atuando em Hospitais Gerais e 109 (25%) em hospitais especializados, perfazendo um total de mais de 90% atuando em ambientes de alta complexidade no SUS. O estabelecimento voltado para ações relacionadas à atenção básica só possuía 10 fisioterapeutas cadastrados, o que correspondia apenas a 2,29% do total de profissionais atuando em ações voltadas para atenção primária.

Desde 2008, o fisioterapeuta foi inserido ao Programa Saúde da Família, por meio da Portaria Ministerial nº. 154/2008, do Ministério da Saúde, que criou o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), no entanto a sua efetiva inclusão nas equipes é um desafio, pois sua incorporação efetiva ficou a critério do gestor.

Petri (2006) salienta que, mesmo na atenção básica, a atuação do fisioterapeuta é limitada, devido à urgência existente em relação ao tratamento reabilitador de sequelas, uma vez que, muitas vezes, é preciso priorizar o tratamento curativo em detrimento do preventivo.

Dessa forma, mesmo os fisioterapeutas que compõem equipes no NASF enfrentam as seguintes dificuldades para consolidar sua atuação: a formação assistencialista e clínica, que dificulta o acolhimento e a organização das ações; prioridade para atendimentos individuais em detrimento dos coletivos; a prática isolada, não permitindo a atenção integral à comunidade (Barbosa et al, 2010).

Os próprios concursos da área da saúde pública para fisioterapeutas ainda são atrelados à especialização. Muitos exigem as especializações em determinadas áreas da fisioterapia como requisitos para que o profissional possa se candidatar a vaga estabelecida. A visão da sociedade, dos órgãos públicos e dos outros profissionais de saúde ainda relaciona o fisioterapeuta apenas ao nível terciário da atenção.

Em uma pesquisa realizada visando conhecer a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde de Família (ESF) sobre a inserção do fisioterapeuta na equipe, Ferreti et al (2014) constaram que para grande maioria dos trabalhadores o fisioterapeuta é um profissional que atua apenas na reabilitação. Essa percepção é forte, pois é essa atuação que a equipe observa no cotidiano do trabalho do fisioterapeuta. Desse modo, todos são favoráveis à inclusão da fisioterapia na equipe básica da ESF, mas para atuar nos atendimentos relacionados ao nível terciário. Ainda de acordo com esses autores, a visão da fisioterapia ligada apenas ao nível terciário da atenção existe em função de os currículos dos cursos de formação ainda priorizarem a ação curativa, com pouca articulação do ensino com a atenção básica ou ações voltadas para promoção da saúde, o que faz com que esse tipo de formação venha dificultar a inserção do fisioterapeuta na saúde pública.

Da mesma forma, outra pesquisa realizada com intuito de apreender a percepção dos usuários da ESF sobre a necessidade de inclusão do fisioterapeuta na equipe, evidenciou que existe uma dificuldade em perceber o papel da fisioterapia na atenção básica e na PS. A visão dos usuários continua associando a atuação do fisioterapeuta apenas à reabilitação. Para os autores, tal dificuldade se deve principalmente devido ao reduzido número de fisioterapeutas que trabalham na ESF, devido a grande demanda em relação à reabilitação e ao modelo de formação ainda predominante nos cursos de fisioterapia (Ferretti et al, 2015).

De acordo com Ito et al (2006) o grande desafio da formação é oferecer o que é determinado pelas DCN/FISIO, indo além do domínio teórico-prático requerido pelo mercado de trabalho, mas formando profissionais inovadores e transformadores da realidade.

Para Bispo Jr (2009) um dos fatores que contribuem para explicar essa realidade é o fato da fisioterapia haver se constituído, historicamente, como uma profissão liberal, voltada para as demandas das classes mais altas da sociedade. Assim sendo, o fisioterapeuta atuou, e segue atuando, majoritariamente, como profissional autônomo, cujo lócus de trabalho prioritário tem sido em clínicas privadas, centros de reabilitação ou hospitais. Segundo o autor, parece ter havido um desinteresse dos próprios profissionais na busca, discussão e ampliação de campos de atuação do fisioterapeuta, sobretudo aqueles relacionados ao âmbito coletivo e em contextos de promoção da saúde.

Vemos que a ênfase no termo reabilitação associada à fisioterapia ainda é forte tanto no âmbito da formação, na graduação e pós-graduação, quanto da visão da sociedade. Tradicionalmente a reabilitação enfoca o grau de deficiência do indivíduo, desse modo a doença é, muitas vezes, encarada como ponto inicial de qualquer ação fisioterapêutica e o tratamento acaba sendo orientado pelo que se conhece das sequelas causadas por ela. Rodriguez (2010) traz como alternativa para superação da visão do fisioterapeuta exclusivamente como reabilitador a substituição do termo reabilitação por Saúde Funcional.

Os órgãos representativos de classe dos fisioterapeutas: Coffito, Crefitos e Abenfisio, iniciaram a partir de 2006 fóruns de discussão dos quais emergiu a proposta de criação de uma Política Nacional de Saúde Funcional (PNSF). Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, essa proposta foi aprovada, nela representantes das áreas da Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social discutiram as implicações da terminologia Saúde Funcional para designar as ações destas profissões relacionadas a reabilitação. E buscaram ampliar o debate com a criação de uma política transversal e de caráter intersetorial voltada para a saúde.

A Política Nacional de Saúde Funcional (PNSF) foi aprovada em 2010 pelo Ministério da Saúde, e vem com objetivo de redefinir os papéis dos profissionais que atuam na

recuperação da saúde, acompanhando de modo transversal todos os ciclos da vida, articulado com exercício da funcionalidade humana definido pela OMS em 2001. Funcionalidade Humana, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS, pode ser definida como uma relação dinâmica entre as condições de saúde ( patologias, lesões, sequelas ) e os fatores contextuais ( sociais, pessoais e ambientais). Baseia-se em uma visão ampliada de saúde que privilegia a união dos modelos biomédico e social, em uma integração das várias dimensões de saúde ( biológica, individual e social) (Sampaio e Luz, 2009).

A PNSF contempla essa concepção e define Saúde Funcional como o “estado de funcionalidade e bem-estar individual e das coletividades em todos os ciclos da vida no desempenho das atividades e da participação social promovendo qualidade de vida e autonomia para o pleno exercício da cidadania” (Política Nacional de Saúde Funcional, 2011, p. 17).

A Saúde Funcional está relacionada à Promoção da Saúde a partir da integração de todos os níveis de saúde, em uma visão ampliada que reconheça o indivíduo em sua totalidade e colabore não somente para garantir a redução dos prejuízos ou sequelas à saúde dos indivíduos, mas busque a melhora do desempenho das atividades humanas nos mais variados contextos, visando uma completa participação social. A relação entre cidadania e o conceito de saúde funcional nos remete também a visão de saúde como um direito de todos, o que reforça o posicionamento dos profissionais para uma atuação voltada para promoção da saúde.

É importante ressaltar que nesse trabalho não há pretensão de demonizar a atuação da fisioterapeuta no nível terciário da atenção. Esse é um caráter histórico da profissão, faz parte da identidade da fisioterapia, mas é importante que o fisioterapeuta possa ampliar seu campo de atuação para outros níveis de atenção a saúde, daí a importância do desenvolvimento das competências gerais, pois existem especificidades em cada profissão, saberes técnicos que são fundamentais e devem ser mantidos, mas o desenvolvimento das competências gerais de formação pode garantir a efetiva formação do perfil generalista, mantendo as especificidades da profissão. Essas competências qualificam o fisioterapeuta e contribuem para estender sua visão para além da doença, ou da execução pura e simples de técnicas de reabilitação.

No contexto de uma formação voltada para o desenvolvimento dessas competências gerais é importante também resgatar o conceito de Educação das IES participantes. A saúde tem na ação educativa um dos seus principais eixos norteadores, na qual os profissionais atuantes empreendem ações que compreendem relações entre os sujeitos sociais que ocorrem

em diferentes espaços, portam diferentes saberes e estratégias mediadas pela ação instrumental. Desta forma, compreende-se que o pensar e o fazer no campo da saúde agregam um papel educativo que depende da própria proposta de educação da instituição formadora.

Uma formação voltada para desenvolvimento de um perfil crítico, reflexivo e humanista deve se fundamentar em um conceito de educação que seja pautado na emancipação do sujeito, seja em seu modo de ver o processo saúde e doença, seja em seu papel como sujeito consciente e atuante na sociedade em que vive. Nas palavras de Freire (1984, p. 93) “uma educação que leve o homem a uma nova postura diante dos problemas de seu tempo e de seu espaço...a educação do eu me maravilho e não apenas do eu fabrico”. Essa educação deve propiciar aos indivíduos a verdadeira participação, estimulando o debate e análise dos problemas. Uma educação voltada para a responsabilidade social e política.

Esse conceito de educação está relacionado ao ensino voltado para o desenvolvimento de competências, levando em consideração o conceito de competências proposto por Perronoud (1999), a mobilização do conhecimento para resolução de situações problemas, essa visão implica em um novo posicionamento da instituição e dos professores, de modo que o conhecimento seja compreendido e mobilizado dentro do contexto do todo social. O ponto de partida deve ser a realidade social mais ampla e a leitura crítica dessa realidade indica um novo agir na área da fisioterapia, determinando uma nova maneira de pensar, de entender e julgar os fatos.

Para formar de acordo com o perfil de formação preconizado pelas DCN é preciso que as IES se atentem para finalidade última do processo formativo, que não é apenas instrumentalizar para colocar em prática técnicas relacionadas a uma profissão, é preparar um cidadão. Para isso, os alunos não devem apenas compreender o conteúdo, mas concretizá-lo na prática, aplicando efetivamente na ação real o que aprenderam com foco na mudança, na transformação e resolução dos problemas, sejam eles ligados a questões sociais ou de saúde. Considerando que “a prática transformadora é a melhor evidência da compreensão da teoria” (Gasparin, 2011, p. 140).

Atuar de acordo com os pressupostos e competências para a Promoção da Saúde é justamente isso, ser um profissional que se insere na realidade não de maneira passiva, mas ativa, visando modificá-la. E aqui a modificação está relacionada ao empoderamento, tanto dos profissionais, de modo que eles se vejam como potenciais transformadores da realidade de saúde da população, como da comunidade, que por meio da mediação dos profissionais de saúde podem também compreender que detém um papel ativo nas transformações das suas condições de vida e saúde. Nas palavras de Freire (1984, p. 109) “o homem, afinal, no mundo

e com o mundo. O seu papel de sujeito e não de mero e permanente objeto”.

Assim sendo, diante de toda análise realizada, os resultados apontam que existem alguns entraves para o desenvolvimento tanto das competências gerais preconizadas pelas DCN/FISIO quanto das competências para atuação na PS. Um dos entraves é a pouca articulação do processo ensino-aprendizagem da Fisioterapia com a atenção básica e a realidade do SUS. Afinal, não há como formar sujeitos para atuação na perspectiva da promoção da saúde sem incorporação de aspectos relacionados ao enfrentamento dos determinantes sociais, econômicos, culturais e históricos que produzem as iniquidades em saúde no caso brasileiro.

A integração entre as IES e a comunidade é um fator básico para uma formação voltada para o perfil preconizado pelas Diretrizes e o desenvolvimento das competências já analisadas, mas tal integração foi considerada limitada pelos participantes do estudo. Segundo eles, embora haja tentativas de uma aproximação do ensino com a comunidade, ela tem sido oportunizada em atividades pontuais que não abrangem a totalidade dos alunos, de forma que a maioria desconhece essa necessidade e continuam voltados para a reabilitação e cura, desconsiderando outros fatores relacionados à saúde desse ser humano.

Na Fac 2, a tentativa de fornecer uma formação pautada na perspectiva da promoção da saúde, evidenciou a formação dos professores e atuação do fisioterapeuta no mercado de trabalho como sendo seus dois principais entraves, o que dificulta o rompimento com a visão biomédica de saúde e com perfil reabilitatório, historicamente marcado na profissão.

Silva (2008) tem destacado a falta de apropriação conceitual de promoção da saúde, e a compreensão de como se pode atuar de acordo com seus pressupostos, de forma articulada com outros profissionais, com a comunidade, com os gestores, tendo em conta a realidade local como um dos fatores que impedem a atuação na PS.

Alguns autores apontam que apesar de os projetos pedagógicos dos cursos se orientarem pelas DCN/FISIO, buscando a formação de um fisioterapeuta generalista, crítico e reflexivo, as metodologias de ensino e os campos de estágio contribuem para uma formação que valoriza a especialização do conhecimento. Centrada na doença e baseada em metodologias de ensino tradicionalistas, na transmissão de conteúdos, mesmo quando atua na atenção básica, a formação do fisioterapeuta continua orientada predominantemente para as demandas curativas (Gallo, 2005; Câmara, 2006 e Araújo, 2009).

Nesse sentido, ficou reafirmada a tendência dos cursos de fisioterapia no preparo do futuro profissional com um perfil especialista, com pouco desenvolvimento das competências para a promoção da saúde, com habilidades adequadas ao trabalho no nível terciário da atenção à saúde. O conhecimento técnico ainda é supervalorizado, em detrimento dos

aspectos humanos e sociais na formação. Ao mesmo tempo, existe a percepção, por parte dos docentes e dos estudantes participantes, dessas deficiências nos cursos aos quais estão vinculados e a tentativa de alguns dos docentes de buscarem uma transformação na formação.

Os achados desta pesquisa são semelhantes a outras realizadas (Gallo 2005; Câmara 2006; Araújo, 2009; Almeida, 2013) e evidenciam que, apesar dos avanços, debates e discussões acumuladas acerca das transformações necessárias ao ensino, com implicações importantes na atuação do fisioterapeuta, a formação permanece arraigada nas intervenções individuais, o que pode favorecer a perpetuação de uma formação que prepara profissionais para intervir apenas depois da instalação da doença. Ou seja, o perfil de formação profissional não mudou, apesar de mais de 12 anos de implantação das DCN e da luta por mudanças na formação do fisioterapeuta.

Além de verificar o perfil de formação dos fisioterapeutas, com base nas competências estabelecidas pelas DCN e aquelas estabelecidas para a promoção da saúde, esse trabalho buscou por elementos que contribuam para o entendimento das dificuldades enfrentadas para adequação às DCN e para o desenvolvimento das competências e habilidades gerais nelas preconizadas, sobretudo no tocante à qualificação do fisioterapeuta para atuação na perspectiva da promoção da saúde.

Dentre os fatores que impedem a reorientação do perfil da formação profissional do fisioterapeuta, já levantados pela literatura, o estudo evidenciou a pouca ou nenhuma articulação do processo ensino-aprendizagem com a rede de atenção básica do SUS; o pouco contato, a falta ou o número reduzido de parcerias estabelecidas pelas instituições formadoras com a comunidade; o predomínio de currículos com enfoque reabilitador; a falta de formação docente para a formação generalista.

A falta de articulação da formação com a rede de atenção básica do SUS dificulta a concretização de todas as competências preconizadas pelas DCN, principalmente a de Educação Permanente. A atenção básica como cenário privilegiado para o ensino e a aprendizagem em saúde possibilita aos estudantes a vivência e os conhecimentos necessários para ampliação das possibilidades de atuação profissional, para além daquela realizada em clínicas, ambulatórios e hospitais. Além disso, os cenários no âmbito da atenção primária são potentes para qualificar a formação e melhor articular teoria e prática, fortalecer o trabalho em equipe, o que permitiria uma formação com base em um modelo de atenção integral e humanizado, cujas ações estariam voltadas para promoção da saúde e não exclusivamente para a reabilitação.

O currículo com enfoque reabilitador, constatado na análise documental dos PPC e confirmado durante a realização dos grupos focais, também contribui para dificultar o

desenvolvimento das competências para promoção da saúde, pois favorece a manutenção da concepção biomédica de saúde, fundamentada no modelo de ensino tradicional, direcionado para as especialidades da fisioterapia.

Apesar de a Fac 2 apresentar um currículo distinto do observado na Fac 1, com cenários de práticas realizados na Atenção Básica e foco na saúde integral dos diversos segmentos (idosos, crianças, mulheres e adultos), na prática, a visão que segue sendo transmitida aos estudantes é aquela ligada às especialidades (neurologia, ortopedia, cardiorrespiratória). Essa discrepância entre o prescrito e o executado tem sido relacionada, em grande parte, embora não exclusivamente, à própria formação docente, que tende a reproduzir o modelo de atenção para o qual haviam sido formados, o que pode explicar a resistência que alguns têm em mudar o foco do ensino pelo qual respondem.

A questão da influência da formação que os professores tiveram na formação dos futuros fisioterapeutas é um aspecto importante a ser considerado, pois há uma crença de que se muda o processo formativo por meio de reformas curriculares, o que se sabe, não é suficiente para imprimir as mudanças desejadas e necessárias. Os docentes não abandonam facilmente suas práticas de ensino, e as mudanças podem levar décadas para serem materializadas. Por isso, para a transformação de fato do perfil profissional dos fisioterapeutas e o desenvolvimento das competências de formação para atuação na promoção da saúde é preciso, também, haver investimentos na própria formação docente, que os auxilie a repensar sua prática pedagógica, propondo a transição de um modelo pedagógico tradicional para um progressista, que estimule a superação do paradigma biomédico e avance na direção de uma perspectiva integral de atenção e de cuidado em saúde.

Apesar de mais de 12 anos de sua implementação ainda há dificuldades para adequação dos cursos de fisioterapia às DCN. Atualmente já está em debate a necessidade de possíveis mudanças nas DCN/FISIO. A Abenfisio marcou o início do processo de reformulação das DCN no II Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia e XXV Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia – 2015. A questão da necessidade de reformulação para as diretrizes dos cursos da área da saúde não é novidade, em 2014 ( Resolução CNE/CES3/2014) foram publicadas as novas DCN para os cursos de Medicina, nestas tenta-se preencher as lacunas deixadas pelas DCN de 2001 e se aprofunda os conceitos relacionados às competências gerais de formação.

No caso da fisioterapia, de acordo com a Abenfisio, a discussão em torno da reformulação das DCN tem sido orientada por quatro questões fundamentais: o que é ser um profissional generalista? Como atuar multiprofissional, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente? Que percurso deve ser feito para formar o fisioterapeuta que atenderá

ao sistema de saúde vigente no país? Como utilizar metodologias ativas?

Essas questões traduzem as lacunas para formação do fisioterapeuta encontradas nos resultados da presente pesquisa. Nas duas IES analisadas há dificuldades de compreensão sobre as Diretrizes, não se tem clareza sobre o que é ser generalista, ou como promover um ensino que favoreça a multi, inter e transdisciplinaridade e as metodologias ativas ainda são relegadas ao segundo plano.

O desenvolvimento da competência Atenção a Saúde é um dos requisitos necessários para de fato se efetivar uma formação no molde generalista, nos cursos de fisioterapia analisados existem dificuldades para o desenvolvimento da mesma. Nas DCN dos cursos de Medicina de 2014, a Atenção à saúde é umas das grandes áreas de destaque para formação do futuro médico. Nas novas diretrizes há um detalhamento de como concretizar essa competência, sendo a formação fundamentada na integralidade e a Promoção da Saúde alguns dos principais aspectos destacados pelo documento para consolidar o desenvolvimento dessa competência.

Assim como já realizado pelos cursos de medicina é necessário o esforço para compreensão das competências preconizadas pelas Diretrizes para que a reorientação da formação em fisioterapia de fato ocorra e apesar do processo de discussão das mudanças das DCN/FISIO já estar acontecendo, ainda não se conseguiu colocar em prática nem as próprias diretrizes de 2002, o que demonstra que a reorientação dos cursos é um processo complexo, que deve ser pensado a longo prazo.

Além de ser uma necessidade para avanço da profissão, disponibilizando para sociedade saberes da fisioterapia que venham a contribuir para melhora da qualidade de vida e promoção da saúde, a reorientação da formação dos fisioterapeutas também é necessária para ampliar o campo de práticas e de trabalho profissional, levando à ampliação das possibilidades de atuação desse profissional também nos níveis primário e secundário da atenção.

Os limites do desenvolvimento do perfil profissional e das competências preconizadas pelas DCN/FISIO e para promoção da saúde encontrados nesse estudo indicam que o modelo de formação encontra-se desarticulado do contexto atual de saúde e de uma formação generalista, crítica, humanista e reflexiva.

Portanto, os resultados do presente estudo nos mostram que nas duas instituições analisadas ainda existe uma formação voltada para o desenvolvimento do perfil especialista nos egressos dos cursos em fisioterapia, com foco no conhecimento técnico e atuação no nível terciário da atenção em saúde.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar o perfil e as competências gerais da formação do fisioterapeuta praticado em cursos de graduação em instituições de ensino superior na cidade de Goiânia/GO, tomando como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais e as competências de promoção da saúde, como orientadores das práticas dos profissionais da saúde.

O estudo sinalizou para a persistência de desafios relacionados à formação do profissional fisioterapeuta, especialmente aqueles relacionados ao desenvolvimento de competências e habilidades gerais para o trabalho comprometido com o atendimento das necessidades de saúde da população, que leve em conta o conceito ampliado de saúde, a integralidade no cuidado e a atenção à saúde.

Considerando que os dados levantados sinalizam para o fato de existir pouca compreensão nas instituições participantes acerca dos pressupostos das DCN, se faz necessário questionar como avançar. Apesar de preconizarem o modelo de formação proposto pelas DCN, nas IES analisadas parece não haver clareza sobre os seus conceitos centrais ou sobre o que são as competências gerais de formação. Essa falta de compreensão é percebida por meio da cópia na íntegra de diversas passagens das diretrizes no PPC dos cursos.

Essa lacuna pode indicar que de fato os PPC estão sendo elaborados não para favorecer uma formação abrangente e de acordo com as diretrizes, mas para responder demandas do SINAES. Daí explica-se as diferenças encontradas nas falas dos docentes e estudantes e o que está nos PPC. O prescrito no documento não se torna real e as IES aqui analisadas continuam reproduzindo por meio de um currículo oculto a formação especialista voltada majoritariamente para reabilitação.

É preciso que todo corpo docente reflita sobre o processo educacional e a importância do desenvolvimento das competências para formação do fisioterapeuta visando mudanças em suas ações e condutas, procurando caminhos alternativos de ensino que transformem os estudantes em sujeitos autônomos e o docente, de detentor do conhecimento, em mediador do processo de aprendizagem. As metodologias ativas podem ser uma estratégia interessante nesse cenário, estas poderiam ampliar e possibilitar novas trajetórias no ensino dos cursos de fisioterapia analisados em uma perspectiva crítica e reflexiva que vá além do treinamento exclusivamente técnico. Para isso é fundamental que haja o estímulo a uma formação pedagógica permanente que possibilite aos docentes a visualização de novas formas de

ensinar e aprender em saúde com foco no desenvolvimento das competências gerais.

Além disso, a reorientação da formação do fisioterapeuta e o desenvolvimento das competências gerais estabelecidas pela DCN e para atuação na PS é uma questão complexa que perpassa pelo entendimento do que é ser o profissional generalista. Os resultados apontam que os participantes da pesquisa não tem clareza sobre o que é ser generalista e os alunos não se consideram aptos para atuar em outros níveis de atenção, que não o terciário.

Na Fac 1 a percepção de generalista está ligada as especializações, de forma que o conhecimento das diferentes especialidades da fisioterapia garantiria por si só uma formação generalista. No entanto, nessa instituição há o protagonismo de algumas áreas em detrimento de outras, destacando-se o ensino das especialidades de fisioterapia cardiorrespiratória, neurológica e em traumatologia-ortopedia. Há uma lacuna em relação à atuação do fisioterapeuta nos campos da atenção primária, prevenção e promoção da saúde. Na Fac 2, apesar do PPC apontar o ensino da fisioterapia em cenários variados de aprendizagem, dentre eles, atenção primária, com ênfase na integralidade da atenção a saúde, na prática o ensino ainda é voltado para as especialidades e os resultados apontam que de fato a formação generalista não é concretizada devido as demandas dos campos de estágio, que ainda estão voltados para reabilitação, as práticas dos professores, que se mantêm arraigadas a formação especialista e o mercado de trabalho que requer um profissional cada vez mais especializado.

O estudo realizado partiu do princípio de que o desenvolvimento das competências gerais podem garantir o desenvolvimento do perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo. Desenvolver esse perfil, no entanto, não significa negar as especificidades da profissão, mas ampliar o foco de atuação, fazendo com que esse profissional transite, de forma mais orgânica, do enfoque centrado nas patologias, para aquele que vai da reabilitação para a perspectiva da saúde funcional, em uma visão integral do ser humano.

O desenvolvimento das competências gerais e o favorecimento do perfil generalista não afetaria a inserção dos futuros egressos no mercado de trabalho, pois as especificidades e áreas de atuação da fisioterapia não seriam negadas, mas ampliadas em uma visão para além da reabilitação no contexto da saúde coletiva e da promoção da saúde.

Se, por um lado, se atestou que as DCN/FISIO são utilizadas como referencial para elaboração dos PPC dos cursos, como verificado na pesquisa realizada; por outro, estes não têm sido capazes de mobilizar, no processo formativo, as competências gerais esperadas e tampouco têm desenvolvido as competências voltadas para atuação na Promoção da Saúde.

É necessário que haja um aprofundamento dos conceitos apresentados nas DCN/FISIO, de maneira que a instituição, os docentes, estudantes e os profissionais fisioterapeutas possam compreender o que são e como devem ser desenvolvidas as competências gerais preconizadas pelo documento. A dificuldade de compreensão das diretrizes pode indicar a necessidade de reformulação das mesmas, visando tornar mais clara o perfil de formação que se pretende para os futuros fisioterapeutas atualmente e como alcança-lo. Dessa forma, é necessário um esforço coletivo entre as instituições formadoras, órgãos reguladores da profissão (Coffito e Crefito), Abenfisio e profissionais no sentido de favorecer a compreensão e integração das DCN efetivamente na formação do fisioterapeuta.

Portanto, as principais dificuldades encontradas, nas IES participantes, para adequação da formação as DCN e desenvolvimento das competências gerais preconizadas pelas diretrizes e as relacionadas à atuação do fisioterapeuta na PS dizem respeito à inexistência ou à pouca articulação do ensino com a rede de atenção básica do SUS, à falta, ou número reduzido, de parcerias das IES com a comunidade, ao predomínio do enfoque reabilitador nos currículos, ao despreparo dos docentes para implementação da formação generalista e atuação na PS, à falta de incentivo a autonomia dos alunos nas atividades acadêmicas, à pouca articulação entre teoria e prática.

Essas informações são importantes, pois, podem fundamentar o planejamento de estratégias para reorientação da formação do fisioterapeuta que terão maior probabilidade de serem efetivadas se os sujeitos centrais nela envolvidos, docentes, alunos e fisioterapeutas, tiverem uma compreensão das causas das lacunas da formação em fisioterapia enfrentadas atualmente.

Embora os resultados do estudo realizado não possam ser generalizados, dadas às características e especificidades regionais das realidades nas quais as instituições participantes estão inseridas, cujas singularidades precisam ser levadas em conta, o trabalho traz elementos para suscitar reflexões e que contribuem para fundamentar discussões que possam servir para a reorientação da formação em fisioterapia, dentre as quais a que diz respeito à sua articulação com o sistema de saúde vigente no país e com as tendências mundiais de maior integralidade na atenção à saúde.

As dificuldades apontadas sinalizam para a necessidade de realização de novos estudos, no sentido de se buscar medidas que possam contribuir para ruptura do paradigma de formação vigente e avancem para consolidar práticas voltadas para a saúde coletiva e para a promoção da saúde da população.

Baseados nos resultados encontrados, e levando-se em consideração as duas instituições analisadas, são sugeridas algumas medidas que podem ser aplicadas visando o

desenvolvimento das competências preconizadas pelas DCN e ampliação da formação do fisioterapeuta para atuação na perspectiva da promoção da saúde:

- Fortalecimento das parcerias com as redes de atenção do SUS, privilegiando as unidades de atenção básica, estabelecendo uma integração entre ensino-serviço que abranja gestão e participação social nas redes do SUS, o que requer a inclusão das IES nos projetos já existentes no Brasil para integração da formação na área da saúde com o SUS, a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (Pet-Saúde), dentre outros;

- Desenvolvimento de parcerias intersetoriais com diversos segmentos da sociedade, principalmente com a comunidade, para realização de projetos de saúde em todos os níveis de atenção, que façam parte do currículo formal do curso de fisioterapia, abrangendo a totalidade dos alunos matriculados, o que pode ser feito mediante a identificação de necessidades e de discussões sobre saúde, planejamento e avaliação dos projetos realizados;

- Implementação de projetos de qualificação docente, visando a abordagem das competências elencadas pelas DCN e para atuação junto a profissionais da rede e aos próprios graduandos. Com a integração do ensino ao SUS, e a conseqüente aproximação dos docentes com a realidade dos serviços de saúde, sobretudo no âmbito da atenção básica, haveria uma tendência à uma maior aproximação entre teoria e prática na formação do fisioterapeuta;

- Incentivo a autonomia dos discentes nos diferentes espaços, cenários e contextos de ensino-aprendizagem (salas de aula, estágios, projetos de extensão, pesquisa), com prioridade para o uso de metodologias ativas, pois a reorientação da formação só será plena se os estudantes se tornarem protagonistas, com força para influenciar o próprio processo formativo, e contarem com docentes e instituições comprometidos com uma formação que tem no aprendiz o centro desse processo;

Dessa forma, a necessidade da inserção do fisioterapeuta em diversos cenários e níveis de atenção a saúde, as influências socioculturais e econômicas e as consecutivas reformas educacionais no Brasil trazem a tona a necessidade contínua de reconfiguração das suas práticas de atuação e de uma constante e sistemática avaliação da atualidade das diretrizes curriculares.

Por fim, as discussões a respeito das competências gerais suscitam a necessidade da reflexão acerca da complexidade das transformações sociais e econômicas dos últimos anos aliada as mudanças do perfil epidemiológico da população que evidenciam ser fundamental a mudança das práticas de saúde em fisioterapia. Nesse sentido, o empoderamento pode ser uma categoria central a ser explorada para favorecer a formação do fisioterapeuta pautada na autonomia e consciência crítica para agir e mudar a realidade em saúde, reconhecendo seu papel como sujeito na mudança social de acordo com as necessidades da população.

## REFERÊNCIAS

- Abenfisio. (2015). Carta de repúdio à modalidade EAD para cursos de graduação em Fisioterapia. In II Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia e XXV Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia. São Paulo, SP.
- Albuquerque, V. S., Batista, R. S., Tanji, S., Moço, E. T. M.. (2009). Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(31), 261-272.
- Allegrante, J.P, Barru, M.M, Auld, M.E, Lamarre, M.C (2012). Galway revisited: tracking global progress in core competencies and quality assurance for health education and health promotion. *Health Education & Behavior*, 39(6), 643 – 647.
- Almeida Filho, N. de. (2005). Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, 14(3), 30-50.
- Almeida, M. J., Campos, J. J. B. de, Turini, B., Nicoletto, S. C. S., Pereira, L. A., Rezende, L. R., Mello, P. L. (2007). Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(2), 156-165.
- Almeida, S.M (2013). A formação do fisioterapeuta sob a perspectiva da integralidade. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília-DF.
- Amestoy, S. C., Trindade, L. de L., Waterkemper, R., Heidman, I. T. S., Boehs, A. E., & Backes, V. M. S. (2010). Liderança dialógica nas instituições hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 844-847.
- Amestoy, S.C., Cestari, M.E., Thofihrn, M.B., Milbrath, V.M., Trindade, L. de L., Backes, V.M.S (2010). Processo de formação de enfermeiros líderes. *Ver. Bras. Enferm.* 63(6): 940 -945
- Antunes, R. (1999). *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial.
- Apple, M. W. Ideologia e currículo. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- Araújo, Dolores (2007). Noção de Competência e Organização Curricular. *Revista Baianade Saúde Pública*, V. 31, supl. 1, p. 32-43.
- Araújo, E. C., Batista, S. H., Gerab, I. F. (2011). A Produção Científica sobre Docência em Saúde: um Estudo em Periódicos Nacionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35 (4), 486-492.
- Araújo, F. R. O. (2009). *Discursos e práticas na formação de profissionais fisioterapeutas: realidade de cursos de Fisioterapia na região nordeste do Brasil*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Araújo, T.C.C.F.(2009). Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional

para pesquisa e atuação. *Arq Bras de Psicologia*, 61(2), 2 – 11.

- Ávila, V.C., Amestoy, S.C, Porto, A.R, Thofehrn, M.B, Trindade, L. de L.; Figueira; A.B. (2012). Visão dos docentes de enfermagem sobre a formação de enfermeiros líderes. *Cogitare Enferm.* 17(4): 621-627.
- Backes, D. S., Marinho, M., Costenaro, R. S., Nunes, S., Rupolo, I. (2010). Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 421-426.
- Baquero, R. V. A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – Uma discussão conceitual. *Revista Debates*, 2012. Disponível em: <seer.ufrgs.br/debates/article/view/26722>. Acesso em: 17 de junho de 2015.
- Barbato, R. G. *et al.* (2010). Aprender em grupo: experiência de estudantes de enfermagem e implicações para a formação profissional. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14 (1), 48-55.
- Barbosa, E.G, Ferreira, D.L.S., Furbino, S.A.R. & Ribeiro, E.E.N. (2010). A Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter Mov.* 23(2):323-30.
- Bardin, L.(2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 280p.
- Barry, M. M., Allegrante, J.P., Lamarre, M.C., Aild, M.E., Taub, A . (2009). Galway consensus conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *IUHPE. Global Health Promotion* 16(2), 42 – 54.
- Batista, H. S. S. S. (2007). Ensino, psicologia, saúde: uma tríade constituída de práticas, questões e possibilidades. *ETD – Educação Temática Digital*, Campinas, 8(2), 249-257.
- Batista, K. B. C., Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc. São Paulo*,20(4), 884-899.
- Batista, N. *et al.* (2005). O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Revista Saúde Pública*, 39(2), 231-7.
- Bertone, M.P. Meessen, B., Clarysse, G., Hercot, D., Kelley., Kafando, Y., Lange., I., Pfaffmann, J., Ridde, V., Sieleunou, I., Witter, S. Assessing communities of practice in health policy: a conceptual framework as a first step towards empirical research. *Health Research Policy and Systems*, 11:39.
- Bispo Júnior, J. P. (2009). Formação em Fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *História, Ciências, Saúde*. Rio de Janeiro, 16(3), 655-668.
- Bispo, E.P.F.; Tavares, C.H.F.; Tomaz, J.M.T. (2014). Interdisciplinarity in healthcare education: the preceptor’s view of family health. **Interface**, 18, (49),337-350.
- Brandert, K., McCarthy, C., Grimm, B., Svoboda, C., Palm, D., Stimpson, J.P. (2014). A model for training Public Health Workers in Health Policy: the Nebraska Health Policy Academy. *Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice and Policy*.11:140 – 148.

- Brasil. (2009). *Resolução CNE/CES nº 04, de 06 de abril de 2009*: Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília, DF.
- Brasil. (2004). Lei nº 10861 de 14 de abril de 2004. Instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES. Diário Oficial da União, Brasília – DF.
- Brasil. (2014). Ministério da Educação. INEP. (2014) Instrumento de Avaliação Instituição externa. Brasília-DF.
- Brasil, Ministério da Educação/Ministério da Saúde (2006). *A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais*. Brasília. DF. 162p.
- Brasil. (2002) Resolução CNE/CES 4. 2002CNE/ CES - Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Fisioterapia., Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, p. 11.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). *As cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 56p.
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde – 3. ed.* – Brasília: Ministério da Saúde, 60p.
- Brasileiro, Tânia Suely Azevedo, Souza, Marilene Proença Rebello de. (2010). Psicologia, diretrizes curriculares e processos educativos na Amazônia: um estudo da formação de psicólogos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 105-120.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia, D., Freitas, C.M. (orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.15-38.
- Buss, P. M., & Carvalho, A. I. de. (2009). Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6), 2305-2316.
- Bydlowski, C. R.; Lefèvre, A. M. C.; Pereira, I.M.T.B. (2011). Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 ( 3) 1771-1780.
- Cabral, Ivone Evangelista, e Teixeira, Elizabeth. (2012). Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais: conquistas e desafios. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 555-556.
- Câmara, A. M. C. S. (2006). *A formação e a atuação do profissional fisioterapeuta: um estudo com egressos da UFMG – 1982-2005*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Canônico, R. P., Brêtas, A. P. (2008). Significado do Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área da saúde. *Acta Paul. Enfermagem*, 21(2), 256-61.

- Carácio, F. C. C., Conterno, L. O., Oliveira, M. A. C., Oliveira, A. C. H., Marin, M. J. S., Braccialli, L. A. D. (2014). A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7), 2133-2142.
- Carvalho, A.I., Buss, P. M. (2013) Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde do Brasil*. 2ªEd. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 141 - 166.
- Carvalho, S. R (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20 (4): 1088 – 1095.
- Carvalho, Y. M., Ceccim, R. B.(2006).Formação e educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos, G. W. de S. *et al.* (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo:Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 149-182.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacitação pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986.
- Ceccim, R. B. (2007). Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Revistas de Estudos Universitários*, Sorocaba, SP, 33(1),29-48.
- Ceccim, R. B.; Feuerwerker, L. O (2004). quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão,atenção e controle social. *Physis - Rev. Saúde Coletiva*, 14,(1),41-65.
- Chacon, J.M.T, Calderón,A.I (2015). A expansão da educação superior privada no Brasil: do governo FHC ao governo Lula. *Rev. Iberoamericana de Educação Superior*, 6(17): 78-100.
- Chanes, M. (2006). Os desafios na formação de gestores líderes em saúde. *O mundo da saúde* 30(2), 326 – 331.
- Chiesa, A.M. et al (2007). A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm.* 12(2):236-40.
- Ciavatta, M. (2005) A formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade. In: Frigotto, G., Ciavatta, M. & Ramos, M. (orgs.).*O ensino médio integrado. Concepção e contradições*. São Paulo: Cortez.
- Condrade, T.V. L. Et al. (2010) Humanização da Saúde na formação de profissionais da Fisioterapia. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 2 (2), 25-35.
- Conselho Nacional de Educação. Parecer n. CNE/CES 4 de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/diretrizes.shtm#Fisioterapia>>. Acesso em 19/03/2013.
- Cosgrove, S., Monroy, M., Jenkins, C., Castillo, S.R. Williams, C., Parris, E., Tran, J. H., Rivera, M. D., Brownstein, J.N. (2014). Community Health workers as an Integral Strategy in the REACH U.S. Program to Eliminate Health Inequities. *Health Promot Pract.* 15(6); 795 – 802.
- Cunha, L. A. (1997). Nova Reforma do ensino superior: a lógica reconstruída. *Cadernos de*

- pesquisa, São Paulo, (101), 20 -24.
- Cunha, L. A. (2000). Ensino Superior e universidade no Brasil. In: 500 anos de educação no Brasil. Belo Horizonte, MG: Autêntica, p. 151 – 204.
- Cury, C. R. J. (1997). Reforma universitária na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional?. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, (101), 3-19.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de Saúde e a Diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas C.M. (org). *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 39-53.
- Davini, M.C. (2009). Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, série pacto pela saúde. Vol 9. p. 39-59.
- Dejours, C.(1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, SãoPaulo, 14(54), 7-11.
- Dempsey, C.; Barry, M.; Battel-Kirk, B. The CompHP core competencies framework for health promotion handbook: workpackage 4. Galway: Executive Agency for Health Promotion and Consumers: National University of Ireland, 2011. Disponível em: <[http://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/CompHP\\_Competencies\\_Handbook.pdf](http://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/CompHP_Competencies_Handbook.pdf)>. Acesso em: 10 junho 2015.
- Driusso, P., Sato, T.O., Joaquim, R.H.V.T., Moccellini, A.S., Mascarenhas, S.H.Z., Salvini, T.F. (2013). The perceptions of Unified Health System ( Sistema Único de Saúde) users about including undergraduate students in Family Health Units ( Unidades de Saúde da Família). *Braz J Phys Ther*. 17(4):367-372.
- Duraes-Pereira, M. B. B. B. (2009). Laços do saber: experiência singular na docência da capacitação técnica do Agente Comunitário de Saúde (ACS), na periferia do município de São Paulo, Subprefeitura Capela do Socorro - Supervisão Técnica de Saúde Capela do Socorro.*Saúde e sociedade*, São Paulo.
- El Dib, R. P. (2007). Como Praticar a Medicina baseada em evidências. *J Vasc Bras*; 6(1):1-4.
- Erdmann, A. L., Rodrigues, A. C. R. L., Koerich, M. S.; Backes, D. S.; Drago, L. C.; Klock, P. (2009). O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema único de Saúde. *Acta Paul Enferm*. 22(3):288-94.
- Fadel, C. B., & Baldani, M. H. (2013). Percepções de formandos do curso de odontologia sobre as diretrizes curriculares nacionais. *Trabalho, Educação e Saúde*, 11(2), 339-354.
- Fadel, C. B., & Baldani, M. H. (2013). Percepções de formandos do curso de odontologia sobre as diretrizes curriculares nacionais. *Trabalho, Educação e Saúde*, 11(2), 339-354.
- Fávero, M. de L. A. (2000). *Universidade do Brasil: das origens à construção*. Ed. UFRJ, Comped, Mec/Inep.
- Fernandes, J. D., & Rebouças, L. C. (2013). Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(spe), 95-101.

- Fernandes, J. D., Silva, R. M. de O., Teixeira, G. A., Florencio, R. M. S., Silva, L. S., & Rebouças, L. C. C. (2013). Aderência de cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do sistema único de saúde. *Escola Anna Nery*, 17(1), 82-89.
- Ferreira, J.R. & Buss, P. M.(2002). Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde.Brasília: Ministério da Saúde, 56p.
- Ferreira, R. C., Fiorini, V. M. L., Crivelano, E. (2010) Formação Profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(2), 207 -215.
- Ferreira, R. C., Silva, R. F., Aguer, C. B. C. (2007). Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. *Revista Brasileira Educação Médica*, 31(1), 52-59, jan-abril.
- Ferretti, F., Lima, L., Zuffo, A . (2014). Perception of the family health program professionals about the need for insertion of physiotherapist in the team. *Fisioter mov*. 27 (3): 337-347.
- Ferretti, F., Nierotka, R. P. Braghini, C.C. Teo, C.R. P.A. Ferraz, L., Fanticelli, M.L. (2015). Physical therapist insertion in the family health strategy team. *Fisioter Mov* 28 (3); 485 – 493.
- Feuerwerker, L., Almeida, M. (2003). Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação!. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(4), 351-352.
- Fleury, A. C. C & Fleury, M. T. L. (2000). Estratégias empresariais e formação de competências. São Paulo: Atlas,
- Fonseca, M.(2009) Políticas Públicas para a qualidade da educação brasileira: entre o utilitarismo econômico e a responsabilidade social. *Cad. Cedes, Campinas*, 29(78), p. 153-177, maio/ago.
- Fontanella, B.J.B, Luchesi, B.M; Saidel, M.G.B; Ricas, J; Turato, E.R; Melo, D.G.(2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(2):389-394.
- Formiga, N. F. B., Ribeiro, K. S. Q. S. (2012). Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: Uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*16(2):113-122.
- Franco, M. M., Carvalho, A. M., Guerra, L. B. (2010). Discurso Médico e Discurso Pedagógico: Interfaces e suas implicações para a prática pedagógica. *Revista Brasileira. Ed. Esp.*, Marília, 16 ( 3), 463 – 478.
- Franco, Vitor (2007) Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia* 11(1), 113 – 121.
- Freire, P. (1983). Extensão ou comunicação . . Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1984). Educação como Prática da Liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1996) Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo:

Paz e Terra.

- Freitas, M. S. (2006). *A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares ressignificando a prática profissional*. Tese de doutorado, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. RJ, Brasil.
- Fujisawa, D. S., Araujo, F. R. O., Rocha, V. M., Santos, M. L. M. (2012) Padrão de Qualidade dos cursos de formação em fisioterapia no contexto do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES. *Fisioterapia Brasil* ; 13 (4): 5 – 12.
- Gadotti, M. (2003). *História das idéias pedagógicas*. São Paulo: Ática.
- Gallo, D. L. L. (2005). *A Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.
- Garcia, M.A.A., Pinto, A.I.B.C.S., Odoni, A.P.C. Longhi, B.S., Machado, L.I., Linek, M.D.S & Costa, N.A. (2006) Interdisciplinaridade e Integralidade no ensino em saúde. *Rev. Cienc. Med*, 15 (6), 473 – 485.
- Gasparin, J. L. (2011). *Uma Didática para a Pedagogia Histórico-Crítica*. 3. ed. Campinas, SP: Autores Associados.
- Gomes, A. M. A., Albuquerque, C. M., Catrib, A. M. F., Silva, R. M., Nations, M. K., Albuquerque, M. F. (2006). Os saberes e o fazer pedagógico: uma integração entre teoria e prática. *Educar Curitiba*, ( 28), 231-246.
- Gomes, K. O. *et al.* (2010). O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1143-1164.
- Gonçalves, F.G, Carvalho, B.G., Trelha, C.S. (2012) O Ensino da saúde coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. *Trab. Edc. Saúde*, 10 (2), 301 – 3014.
- Gonzalez, A.D., Almeida, M.J. (2010) Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva* 15(3) 757-762
- Gramsci, A. (1978). *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Gramsci, A.(1991). *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Guimarães, D. A., Silva, E. S. (2010). Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. *Ciência & Saúde Coletiva*,15(5), 2551-2562.
- Haddad, A. E., Morita, M. C., Pierantoni, C. R., Brenelli, S. L., Passarella, T., & Campos, F. E. (2010). Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 383-393.
- Hutch, D.J., MA, K.E.B. Skillen, E., Lee, C. Whitehead, L., Rashid, J.R. (2011). Potential Strategies to Eliminate Built Environment Disparities for Disadvantaged and Vulnerable Communities. *American Journal of Public Health* 101 (4); 587 -595.

- Hyndman, B. (2007). Towards the development of competencies for health promoters in Canadá: A discussion paper. Canadá, Health Promotion. Disponível em [https://www.cancercare.on.ca/escoop/includes/hpocompetenciespaper\\_apr07\\_finalg.pdf](https://www.cancercare.on.ca/escoop/includes/hpocompetenciespaper_apr07_finalg.pdf). Acesso em novembro de 2015.
- Ito, E.E., Peres, A. M., Takahashi, R.T.T. & Leite, M.M.J. (2006). O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev Esc Enferm USP* 40(4):570-5.
- Jackson, S.F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S., Buasai, S. (2013) Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promotion International*, 21(51); 158- 174.
- Kantorski, L. P., Pinho, L. B., Saeki, T., Mello e Souza, B. (2006). Expectativas de docentes sobre o ensino do cuidado em saúde mental. *Revista Eletrônica de Enfermagem*,8(3), 363-369.
- Kind, L. (2004) Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, 10(5), 124-136.
- Kleba, M.E., Wendausen, A. (2009). Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc.* 18 (4). 733-743.
- Kwon, S., Rideout, C., Tseng, W., Islam, N., Cook, W.K., Ro, Marguerite., Trinh-Shevrin, C. (2012). Developing the community empowered research training program: building research capacity for community- initiated and community-driven research. *Prog Community Health Partnersh* 6(1): 43-52.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed. 278p.
- Leite, I. (2010). Novas perspectivas em educação e saúde. *Revista Espaço Acadêmico*, 10(114), 126-134.
- Leon, C. G. R. M. P., Silva, C. C. (2006). Formação de formadores: a prática educativa de um programa de pós-graduação em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 636-641.
- Lima, M., Lemos, M. F., Anaya, V. (2006). Currículo escolar e construção cultural. São Paulo: *Revista Dialogia*, 2006, 5, 145-151.
- Lima, V. V. (2005). Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 369-379.
- Lopes Neto, D., Teixeira, E., Vale, E. G., Cunha, F. S., Xavier, I. de M., Fernandes, J. D., Shiratori, K., Reibnitz, K. S., Sordi, M. R. L. de, Barbieri, M., Bocardi, M. I. B.. (2007). Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(6), 627-634.
- Lopes, A.A (2000). Medicina baseada em evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. *Rev Ass Med Brasil*; 46(3): 285-8.
- Lucchese, R., Vera, I., Pereira, W. R. (2010). As políticas de saúde - SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. *Rev. Eletr. Enf.*,12(3), 562-6.

- Luz, Madel T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 304-311.
- Machado, M. de F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C., Barroso, M. G. T.. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 335-342.
- Madruga, L.M.S., Ribeiro, K.S.Q.S., Freitas, C.H.M., Perez, I.A.B., Pessoa, T.R.R.F., Brito, G.E.G. (2015). O Pet- Saúde da Família e a Formação de profissionais da Saúde: a percepção dos estudantes. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 19: 805-816.
- Marães, V. R. F. S.; Martins, E. F.; Cipriano Junior, G.; Acevedo, A. C.; Pinho, D. L. M. (2010). Projeto pedagógico do curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, 23 ( 2): 311-321.
- Marchelli, P. S. O sistema de avaliação externa dos padrões de qualidade da educação superior no Brasil: considerações sobre os indicadores. *Estudos em avaliação educação*, 18 (57); 351 – 372.
- Marconi, M. de A.; Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas.
- Martins, P. C., Cotta, R. M. M., Siqueira-Batista, R., Mendes, F. F., Franceschini, S. do C. C., Priore, S. E., & Dias, G. (2009). Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 679-694.
- Mattos, R. A.. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1411-1416.
- McClelland, D. C. (1973) Testing for Competence rather than Intelligence. *American Psychologist*, p. 1-14. 1973.
- McQueen, D.V., Wismar, M., Lin, V., Jones, C.M., Davies, M. (2013) . Intersectoral governance for health in all policies – structures, actions and experiences. *R. Dir. Santi*. 14 (1), 264 – 267.
- Medeiros, P. A. de; Foletto, P. H. M.; Mayer, M. da S. (2012). Contribuições da Visita Domiciliar na Formação em Fisioterapia. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 10 (3): 407-426.
- Mello, A. L. S. F., Moysés, S. T., Moysés, S. J. (2010). A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 683-692.
- Mendonça, M. H. M., Giovanella, L. (2007). Formação em políticas públicas de saúde e domínio da informação para o desenvolvimento profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3), 601-610.
- Meszáros, I. (2009). *Para Além do Capital*. (3a ed).São Paulo: Boitempo.
- Milton, K., Grix, J. (2015). Public health policy and walking in England – analysis of the 2008 policy window. *BMC Public Health*, 15:614- 622.

- Minayo, M. C. de S. (2008). O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2008) O desafio do conhecimento. 11 ed. São Paulo: Hucitec.
- Mitre, S. M., Batista, R. S., Mendonça, J. M. G., Pinto, N. M. M., Meirelles, C. A. B., Porto, C. P., Moreira, T., Hoffman, L. M. A. (2008). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*.13( 2), 2133-2144.
- Moraes, M. A. A., Manzini, E. J. (2006). Concepções sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas: um Estudo de Caso na Fanema. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(3), 125-135.
- Moretti-Pires, R. O. (2009). Complexidade em saúde Família e a Formação do Futuro profissional de saúde. *Interface - Comunicação, saúde e educação*. 3(30), 153-66.
- Nérica, I. (1985). Educação e Ensino. Ibrasa: São Paulo – SP.
- Niemeyer, F., Silva, K. S. da, Kruse, M. H. L. (2010). Diretrizes curriculares de enfermagem: governando corpos de enfermeiras. *Texto &Contexto - Enfermagem*, 19(4), 767-773.
- Nodari, F.; Soares, M. C.; Wiedenhof, G.C. & Oliveira, M. (2014). Contribuição do Maxqda e do NVivo para a Realização da Análise de Conteúdo. XXXVIII Encontro do ANPAD. 13 a 17 de setembro de 2014. Rio de Janeiro/RJ. Acessado em 28 Fev 2015 de [http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2014\\_EnANPAD\\_EPQ929.pdf](http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2014_EnANPAD_EPQ929.pdf).
- Oliveira, A. M. de. (2010). Bioética e as diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* , 10(Supl. 2), s303-s309.
- Oliveira, J. F. Educação Superior. (2010). In: Oliveira, D. A., Duarte. A. M. C., Vieira, L.M.F. *DICIONÁRIO: Trabalho, profissão e condição docente*. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, CDROM.
- Otranto, C.R. (2006). A reforma da Educação Superior do Governo Lula: da inspiração à implantação. In 29º Reunião Anual da Anped, Caxambú – MG: Associação Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em Educação.
- Paes, M. R., Maftum, M.A. (2013). Comunicação entre equipe de enfermagem e pacientes com transtorno mental em um serviço de emergência. *Cienc Cuid Saúde*, 12(1); 55 – 62.
- Pagliosa, F. L., Daros, M. A. (2008). O Relatório de Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 4(32), 492-499.
- Paim, J. S. (2008). Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In Matta, Gustavo Corrêa (org). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/ESPSJV.
- Paro, V. H. (2010) Educação como exercício de poder: crítica ao senso comum em educação. São Paulo: Cortez.
- Paulino, V. C. P. (2010). A formação integral do professor da área da saúde para o novo contexto do SUS. In: *Congresso Nacional de Educação – XXV CONADE, CAJ/UFG-*

Jataí-Goiás.

- Pereira, I. D'avilla F., Lages, I.. (2013). Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis?. *Trabalho, Educação e Saúde*, 11(2), 319-338.
- Perrenoud, P. (1999). Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: ArtMed.
- Perrenoud, P. (2000). 10 novas competências para ensinar. Porto Alegre: Artmed..
- Pessanha, V. R., Cunha, M F.T.S. (2009). A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, 18 (2), 233-240.
- Petri, F. C. (2006). História e Interdisciplinaridade no processo de humanização da fisioterapia (Dissertação). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Maria, RS.
- Pinheiro, D. G. M., Scabar, T. G., Maeda, S. T., Fracolli, L. A., Pelicioni, M. C. F., & Chiesa, A. M. (2015). Competencies em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 180-188.
- Pinto, A. C. M.; Oliveira, I. V.; Santos, A. L. S. dos; Silva, L. E. S. da; Izidoro, G. da S. L.; Mendonça, R. de D.; Lopes, A C. S. (2013). Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8):2201-2210.
- Pinto, A.D., Molnar, A., Shankardass, K., Campo, P. J.O., Bayoumi, A.M. (2015). Economic considerations and health in all policies initiatives: eviodence from interviews with key informants in Sweden, Quedec and South Australia. *BMC Public Health*, 15: 171.
- Pires, R. O. M., Bueno, S. M. V. (2009). Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paul Enferm.* Florianópolis. 22( 4), 439-444.
- Política Nacional de Saúde Funcional: construindo mais saúde para a população: histórico, justificativa e relevância, conceituação, princípios, objetivos e diretrizes. (2011). Brasília: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2011. 31p.
- Pontes, A. L.M., Bornstein, V.J. Giugliani, C. (2012) O agente comunitário de saúde em Angola: desafios par sua atuação e para formação profissional em saúde. *Trab. Ed. Saúde*, 9(3), 521 – 533.
- Poppe, A. R. S., Batista, S. H. S. da S.. (2012). Formação em Psicologia no contexto das diretrizes curriculares nacionais: uma discussão sobre os cenários da prática em saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(4), 986-999.
- Prado, M. L., Reibnitz, K. S., Gelbecke, F. L. (2002). Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 15( 2), 296-392.
- QSR International. (2014). NVivo 10 for Windows: manual. Acessado em 10 de maio de 2015 de <http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo10/NVivo10-Getting-Started Guide-Portuguese.pdf>.
- Ramos, F. R S. (2003). Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de

reflexão - comentários ao texto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(4), 340-342.

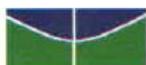
- Ramos, M. (2005). Integralidade na atenção e na formação dos sujeitos: desafio para a educação profissional em saúde. In: Pinheiro, R., Mattos, R. A. de (org.) *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO.
- Rebelatto, J. R., Botomé, S. P. (1999). *Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. São Paulo: Manole.
- Reed, R. L., Kalucy, E.C., Jackson Bowers, E. McIntyre, E. (2011). What research impacts do Australian Primary health care researchers expect and achieve? *Health Research Policy and Systems*, 9:40.
- Ribeiro, C.D., Soares, M.C.F. (2015). Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. *Rev. Salud Pública* 17(3); 379-393.
- Ribeiro, K. S. Q.S.(2009). A Experiência Na Extensão Popular E A Formação Acadêmica Em Fisioterapia. *Cad. Cedes*. Campinas, 29( 79): 335-346.
- Rodrigues, J., Mantovani, M. F. (2007). O docente de enfermagem e sua representação sobre a formação profissional. *Esc. Anna Nery*. Rio de Janeiro, 11(3), 494-499.
- Rodrigues, M. T. P. R., Sobrinho, J. A. C. M. (2007). Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 60 (4), 23-31.
- Rodrigues, N.(2001) Educação: da Formação Humana à construção do sujeito ético. *Educação & Sociedade*, 21(76), 232-257.
- Rodriguez, M. R. (2010). 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.
- Romanowski, J. P.; Wachowicz, L. A. (2006). Avaliação formativa no ensino superior: que resistências manifestam os professores e os alunos? In Anastasiou, L. das G. C. & Alves, L. P. (Orgs). *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. Joinville-SC: UNIVILLE.
- Sampaio, R.F., Luz, M.T. (2009). Funcionalidade e Incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 25 (3), 475 – 483.
- Santos, S. S. C. (2006). Perfil de egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), 217-221.
- Santos, Wilton Silva dos (2011). Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 35(1) 86-92.
- Saul, A. M. (1995). *Avaliação emancipatória: desafio à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo*. São Paulo: Cortez, 1995.
- Saviani, D. (2007). *Pedagogia histórico-crítica*. Campinas, SP: Autores Associados.
- Seriano, K.N., Muniz, V.R. C., Carvalho, M.E.I.M. (2013). Percepção de estudantes do curso

- de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Fisioter Pesq.* 20(3); 250 – 255.
- Severino, A.J (2006). A busca do sentido da formação humana: tarefa da Filosofia da Educação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, 32(3), 619-634.
- Sguissardi, V. (2000). O desafio da educação superior no Brasil: Quais são as perspectivas? *Avaliação*, 5 (16), 7-24.
- Signorelli, M. C.; Israel, V. L.; Corrêa, C. L.; Motter, A. A.; Takeda, S. Y. M.; Gomes, A. R. S. (2010) . Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautado em três eixos curriculares. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, 23( 2): 331-340.
- Silva, C. S. (2008). *Percepção dos docentes de Fisioterapia das Universidades do Sul do Estado e meio-oeste de Santa Catarina sobre integralidade na Atenção Básica a Saúde*. Dissertação de mestrado, Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, SC, Brasil.
- Silva, D. J., Daros, M. A. (2007). Inserção de profissionais de Fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios da formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (6), 1673 – 1681.
- Silva, I. D., Silveira, M. F. A. (2011). A humanização e a formação do profissional em Fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (1), 1535 -1546.
- Silva, M. J., Sousa, E. M., Freitas, C. L.. (2011). Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 315-321.
- Silveira, M.S., Nardi, H. C. (2008). Formação em psicologia e vulnerabilidade social: um estudo das expectativas de inserção profissional de formandos. *Psicol. Cienc. Prof.* 28 (2), 34-52.
- Soares, N. T, Aguiar, A. C. de. (2010). Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. *Revista de Nutrição*, 23(5), 895-905.
- Sobrinho, J.D. (2010) Democratização, Qualidade e crise da Educação Superior: Faces da exclusão e limites da inclusão. *Educ. Soc.*, 31 (113), 1223-1245.
- Sordi, M. R. L., & Bagnato, M. H. S. (1998). Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(2), 83-88.
- Souza, A. C. C. *et al.* (2006). Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 ( 6), 805-807.
- Souza, M.C., Bomfim, A.S., Souza, J.N., Franco, T.B. (2013). Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Conhecimento, ferramentas e desafios. *O mundo da Saúde* 37(2); 176-184.
- Stahlschmidt, A. P. M. (2012). Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(42), 819-827.

- Sucupira, A. C. (2007). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11 (23), 619-35.
- Tanaka, O. Y., Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14( 2) 477-486.
- Teixeira, E., Fernandes, J. D., Andrade, A. C., Silva, K. L., Rocha, M. E. M. O., Lima, R.J. O. (2013). Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(spe), 102-110.
- Teixeira, G. (2005). Ensino e aprendizagem : Introdução aos conceitos de educação, ensino, aprendizagem e didática. Revista SER Professor Universitário. Disponível em <<http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/imprimir.php?modulo=12&texto=725>>acesso em 01/09/2015.
- Teixeira, R. da C.( 2010 ) *Projeto Pedagógico dos Cursos de Fisioterapia da Região Norte à Luz das Diretrizes Curriculares Nacionais: (des)caminhos da aderência, potencialidades e fragilidades*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Thomas, K., Krevers, B., Bendsen, P. (2014). Long-term impact of a real-world coordinated lifestyle. *BMC Family Practice* 15: 201- 211.
- Trad, L. A. Bomfim. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 777-796.
- Trimblay, M.C. , Richard, L. Brousselle, A. , Beudet, N. (2013). Learning reflexively from a health promotion professional development program in Canadá. *Health Promotion International*, 29(3); 538-548.
- Tusset, D. (2012). Competências em Promoção da Saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal. Dissertação. Educação Física, Universidade de Brasília ( UnB).
- Veiga, I. P. A. (2003). Inovações e Projeto Político Pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória. *Cad. Cedes, Campinas*, 23 (61), p. 267-281.
- Witter, G. P. (2008). Psicologia da saúde e produção científica. *Estud. psicol. Campinas*, 25( 4), 47-61.
- Zeichner, K. M.. (2008). Uma análise crítica sobre a "reflexão" como conceito estruturante na formação docente. *Educação & Sociedade*, 29(103), 535-554.
- Zem-Mascarenhas, S. H., Fabbro, M. R. C., Floriano, P. de J., Joaquim, R. H., Vitale T., Sato, T. de O., Matsukura, T. S. & França, Y.. (2012). Relato da experiência de São Carlos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1, Supl. 1), 142-148.

## **ANEXOS**

## ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

### PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **186/12**

Título do Projeto: “Ensino em saúde no contexto do SUS: os desafios do trabalho docente no curso de fisioterapia”.

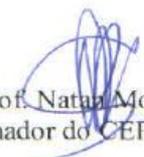
Pesquisadora Responsável: Kamylla Pereira Borges

Data de Entrada: 23/11/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **186/12** com o título: “Ensino em saúde no contexto do SUS: os desafios do trabalho docente no curso de fisioterapia”, analisado na 11ª Reunião Ordinária, realizada no dia 11 dezembro de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 01 de fevereiro de 2013.

  
Prof. Natália Monsores  
Coordenador do CEP-FS/UnB

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Dados de identificação

Título do Projeto: A formação do fisioterapeuta na perspectiva das diretrizes curriculares nacionais: diálogos com as competências no âmbito da promoção da saúde

Pesquisador Responsável: Kamylla Pereira Borges

Orientadora: Prof. Dra Diana Lúcia de Moura Pinho

Instituição: Universidade de Brasília UnB

O(A) Sr. (a.) está sendo convidado(a) a participar deste projeto de pesquisa. O objetivo desta pesquisa é analisar o perfil de competências gerais da formação do fisioterapeuta tomando como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e as competências de promoção da saúde, como orientadores das práticas dos profissionais da saúde. A realização da mesma justifica-se dada a dificuldade dos cursos na área da saúde de romper com os moldes biologicistas de ensino e reorientar os currículos dos cursos de fisioterapeuta à luz destas Diretrizes e da competências e habilidades necessárias para atuação na Promoção da Saúde.

Para tal será realizada uma pesquisa de campo na cidade de Goiânia - Goiás, tendo como universo de sujeitos os professores e estudantes do curso de fisioterapia de quatro instituições: uma pública e três privadas. Serão utilizados como instrumentos de coleta de dados Grupos focais com professores e estudantes dos cursos de Fisioterapia das instituições pesquisadas.

Vale ressaltar que os grupos serão gravadas para posterior transcrição e análise. Caso você queira desistir de sua participação, mesmo após o aceite do termo de consentimento, ou entrevista, seus direitos serão preservados. Solicite a retirada de suas respostas através do e-mail do pesquisador: [mylla567@gmail.com](mailto:mylla567@gmail.com)

Todas as informações obtidas serão consideradas confidenciais. Serão analisadas em conjunto com outros participantes da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a realização dessa pesquisa. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados após o término da análise dos resultados. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Kamylla P. Borges – 62 84206022

Esclarecemos que não há benefício pecuniário para o participante da pesquisa, embora, no final do estudo, poderemos concluir sobre os benefícios coletivos, para a sociedade, para a profissão de Fisioterapia e para os cursos de graduação em Fisioterapia.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Caso queira obter quaisquer esclarecimentos antes ou durante o curso da pesquisa, entre em contato com o pesquisador responsável. Se você tiver alguma dúvida ou consideração sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde - UnB – Contatos: cepfs@unb.br/ 3107-1947/www.unb.br/fs/cep

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Nome e assinatura do participante

---

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

## APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

### ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

**OBJETIVO:** Aprender a percepção dos docentes e estudantes acerca do perfil de competências e habilidades gerais para a formação do fisioterapeuta;

- 1 – Caracterização dos cursos: modalidade de oferta, turno, regime, duração média prevista, carga horária e número de vagas ofertadas.
- 2- Objetivos do curso
- 4 – Perfil do egresso
- 3 – Competências a serem desenvolvidas listadas pelo curso
- 5 – Matriz Curricular: Organização do currículo, distribuição da carga horária entre as disciplinas; o ementário e os objetivos das disciplinas. Atividades complementares, Estágios e campos de estágio.
- 6 – Promoção da Saúde: conceito de Promoção de Saúde no documento, formas de relacionar a promoção da saúde a formação dos egressos.

## APÊNDICE C: ROTEIRO COM TEMAS PARA OS GRUPOS FOCAIS



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
 INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

### TEMÁRIO GRUPO FOCAL

**OBJETIVO:** Aprender a percepção dos docentes e estudantes acerca do perfil de competências e habilidades gerais para a formação do fisioterapeuta;

Data: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Número de Participantes: \_\_\_\_\_

Moderadores: \_\_\_\_\_

Horário de Início: \_\_\_\_\_ Horário de Término: \_\_\_\_\_

Número de Participantes: \_\_\_\_\_

### QUESTÕES:

Bloco 1: Competências e habilidades gerais de acordo com as DCN

1 - Vocês poderiam falar sobre como percebem a formação profissional de fisioterapeutas com base nas DCN e para a atuação na Promoção da Saúde?

2- Vocês poderiam falar sobre o ensino referente à Atenção à Saúde de acordo com as DCN?

3 - Vocês poderiam falar sobre o ensino referente a tomada de decisões baseadas em evidências científicas?

4 - Vocês poderiam falar sobre o ensino referente a Administração e gerenciamento?

5- Vocês poderiam falar sobre o ensino referente a Comunicação?

6- Vocês poderiam falar sobre o ensino referente a Liderança?

7- Vocês poderiam falar sobre o ensino referente a Educação Permanente?

Bloco 2: Competências e habilidades gerais de acordo com o projeto CompHPP para a

### Promoção da Saúde

- 1- Vocês poderiam falar sobre como entendem a “promoção de saúde”?
- 2- Vocês poderiam falar sobre o ensino ou atividades para o desenvolvimento de competências e habilidades para a atuação do fisioterapeuta na promoção da saúde durante o curso?
- 3- Vocês poderiam falar sobre parcerias com outros setores para o desenvolvimento de competências e habilidades voltadas para a promoção da saúde?
- 4- Vocês poderiam falar sobre projetos ou atividades desenvolvidos durante o curso em parceria com a comunidade ou com outros setores?
- 5- Vocês poderiam falar sobre o contato que mantêm com a comunidade para a qual prestam atendimento e sobre suas principais necessidades?
- 6- Vocês poderiam falar sobre como são planejadas as ações de saúde desenvolvidas durante o curso e sobre os envolvidos?
- 7- Vocês poderiam falar sobre a avaliação das ações e dos projetos desenvolvidos?
- 8- Vocês poderiam falar sobre o perfil profissional do curso?
- 9- Não tenho mais perguntas. Vocês gostariam de falar sobre algum tema que não abordamos?

**APÊNDICE D : QUESTIONÁRIO DOCENTES - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**QUESTIONÁRIO COM INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DOS DOCENTES**

Data: \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Graduação \_\_\_\_\_

Ano de Graduação \_\_\_\_\_

Tempo de Docência \_\_\_\_\_

Instituição onde trabalha \_\_\_\_\_

Tempo de Docência na instituição: \_\_\_\_\_

Pós Graduação:

Especialização: \_\_\_\_\_

Mestrado: \_\_\_\_\_

Doutorado: \_\_\_\_\_

Disciplinas que leciona: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE E: QUESTIONÁRIO ESTUDANTES – DADOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS**



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

QUESTIONÁRIO COM INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DOS  
ESTUDANTES

Data: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Período/semestre do curso: \_\_\_\_\_

