

ERBENIA MARIA MARTINS DE ARAÚJO

**O ENSINO DA FISIOTERAPIA PREVENTIVA
NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA NA
REGIÃO NORTE DO BRASIL**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo (UNIFESP) - Escola Paulista de
Medicina para obtenção do título de Mestre
Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

**São Paulo
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ERBENIA MARIA MARTINS DE ARAÚJO

**O ENSINO DA FISIOTERAPIA PREVENTIVA
NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA NA
REGIÃO NORTE DO BRASIL**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo (UNIFESP) - Escola Paulista de
Medicina para obtenção do título de Mestre
Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.
Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista.

**São Paulo
2006**

FICHA CATALOGRÁFICA

A663E

Araújo, Erbênia Maria Martins de.

O ensino da fisioterapia preventiva na formação
profissional do fisioterapeuta na Região Norte do Brasil /
Erbênia Maria Martins de Araújo. – São Paulo, 2006.
112 p.: 29 cm.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São
Paulo, Escola Paulista de Medicina, 2006.

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Banca Examinadora: Tânia Prevedel, Sandra
Alouche, Sérgio Nicoletti.

Bibliografia

1. Fisioterapia 2. Fisioterapia preventiva
3. Ensino de fisioterapia I Título
CDU – 615.8

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO
SUPERIOR EM SAÚDE**

Diretor do Centro: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coordenador do Curso de Pós-graduação: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

ERBENIA MARIA MARTINS DE ARAÚJO

Título: O Ensino da Fisioterapia Preventiva na Formação Profissional do
Fisioterapeuta na Região Norte do Brasil.

Presidente da Banca: Prof. Dr. Nildo Alves Batista.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Tânia Prevedel _____

Prof. Dra. Sandra Regina Alouche _____

Prof. Dr. Sérgio Nicoletti _____

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Esta pesquisa é dedicada aos meus pais, Senhor Paulo e a Senhora Terezinha (*in memoriam*), os quais na sua simplicidade, sempre foram meu porto seguro, e aos meus maravilhosos filhos, Bruna e Gustavo, que dão o verdadeiro sentido a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Chegou à hora de agradecer. Palavras não seriam suficientes para conter toda a gratidão por todos que me ajudaram nessa caminhada. Desde o momento em que fui selecionada no mestrado, realizado em São Paulo, morando em Manaus, tendo que fazer o trajeto Manaus - São Paulo – Manaus, duas vezes por mês, tive o prazer de encontrar bons corações dispostos a contribuir para que meu sonho se realizasse.

Antes de agradecer, quero me desculpar pelas inúmeras vezes em que fui egoísta e obstinada para realizar essa meta, privando muitas vezes meus entes-querido da atenção merecida.

Ao meu querido pai, minha fortaleza, por seu carinho, suas bênçãos, suas preocupações e orações, seu amor e sua eterna preocupação e cuidados com meus filhos nas minhas ausências. A você pai, todo o meu amor.

À minha mãe, que mesmo em outra dimensão, tenho sentido sua presença e seu amor. Sei que você está orgulhosa de mim. Saudades mãe...

Aos meus dois maravilhosos filhos, Bruna e Gustavo pelos abraços, beijos e sorrisos que me ofereciam ao me receber no aeroporto, pela paciência e angústia pela ausência da “mama” “... *estou de volta pro meu aconchego...*”. Obrigada meus amores! Minha vida seria uma eterna noite se vocês não existissem.

À família “R”, minha irmã Regiane, meu cunhado Rômulo, meus sobrinhos Rafael e Rafaela pelo apoio e suporte oferecidos. Minha gratidão.

À Jesus Vânia por tornar os dias de minha ausência menos solitário para meus filhos.

Aos meus queridos tios Bastos e Lineth, minhas primas Gorete e Sheila e meus primos Marcos Vinicius, Márcio e Sidney pelas idas e vindas do aeroporto de

Guarulhos para uma cama quentinha durante estes dois anos. Obrigada pela ajuda. Vocês foram essenciais.

Aos amigos e professores Ana Alcídia e Carlos meu eterno agradecimento por todo o incentivo e acolhida aconchegante nas noites frias. A vocês, minha amizade.

A amiga Micherlângela por sua amizade, dedicação e incentivo, sempre disposta a me ajudar. Minha amizade e carinho.

Ao amigo e professor Lindomar Gean por sua contribuição nesse trabalho.

Ao meu orientador, Professor Nildo, por sua ilimitada paciência e sabedoria. Foi uma benção tê-lo como orientador. *“O sábio não tem conceitos inflexíveis. Adapta-se aos dos outros”*. (Lao - Tsé) . MUITO OBRIGADA!

À Professora Silvia Helena e Clarinha pela doce compreensão em que os finais de semana nem sempre significavam estar com a família.

A todos os professores e amigos que adquiri no CEDESS, pelos conhecimentos absorvidos.

Aos amigos e professores Cláudio e Nereida pelos momentos de ajuda e contribuições inteligentes.

À querida Geissa Maia, por seu alto astral constante, mesmo nos momentos difíceis no dia-a-dia do trabalho.

À minha sobrinha Marília pela essencial presença e companhia aos meus filhos.

Ao Raygê, que surgiu no exato momento em que eu precisava de alguém para iluminar meus dias.

À Fundação HEMOAM, especialmente à Dra Leny Passos, por sua visão sempre incorporada do sutil que apenas pessoas evoluídas espiritualmente possuem. Obrigada.

Aos Diretores da Universidade Paulista, UNIP - Campus Manaus, Professores Francisco Bastos e Wilson Malavasi por compreenderem minhas ausências do trabalho nesse período. Muito obrigada.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas - FAPEAM pelo incentivo financeiro através da bolsa do Programa de Pós-Graduação.

Ao todo o corpo discente por muitas vezes me falar “professora, tenho uma coisa chata pra lhe dizer, mas vou esperar o seu mestrado acabar”.

À Professora Lucíola Cavalcante minha co-orientadora de coração por seu altruísmo exemplar.

E finalmente ao SER SUPERIOR, meu DEUS que caminhou sempre à minha frente tornando meu sonho possível.

**"É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida
passar; é melhor tentar, ainda que em vão,
que sentar-se fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em
casa me esconder.
Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade
viver ..."**

Martin Luther King

RESUMO

O objetivo deste estudo é investigar o Ensino da Fisioterapia Preventiva na Graduação das Escolas da Região Norte do Brasil a partir de docentes e discentes. Procurou-se, assim, delinear objetivos, conteúdos, estratégias de ensino e de avaliação das propostas curriculares bem como conhecer os docentes responsáveis por este ensino. As expectativas dos docentes e discentes e a contribuição deste ensino para a atuação na Atenção Básica à Saúde foram investigados, correlacionando os dados com a literatura pertinente. Optamos por desenvolver uma pesquisa de caráter exploratório, descritiva, realizada a partir de uma abordagem quantitativa e qualitativa em duas das quatro escolas que atualmente formam fisioterapeutas na Região: uma privada em Manaus (Amazonas) e outra pública em Belém (Pará). Entrevistamos quatro professores e vinte discentes e analisamos os planos de ensino das disciplinas e módulos correspondentes. Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo. Observou-se que a inserção da fisioterapia preventiva e os cenários de aprendizagem para as práticas bem como os objetivos e critérios para seleção de conteúdos divergem pouco entre si. As dificuldades mais referidas tanto pelos professores como pelos estudantes são a reduzida carga horária e a necessidade de maior abrangência de cenários para as práticas. Discutiu-se também alguns traços do perfil dos docentes, investigando os atributos considerados mais relevantes para o exercício da docência na área. Uma perspectiva humanística a boa interação professor-aluno, à vivência e experiência, a transmissão de segurança aos discentes, a arte de saber associar teoria com a prática, a criatividade e incentivo a iniciação científica foram as características apontadas para um “bom professor” nesta área. Acreditamos, com este estudo, estar contribuindo para a melhor compreensão do ensino da Fisioterapia Preventiva como parte fundamental para a formação do fisioterapeuta no tocante a Atenção Primária, além de incentivar a busca de novos caminhos que apontem para a melhor qualidade e aperfeiçoamento deste ensino, contribuindo sobremaneira, para o enriquecimento do atendimento no SUS.

Palavras-chave: Fisioterapia, Fisioterapia Preventiva, Ensino da Fisioterapia

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate the Preventive Physiotherapy Teaching in the Graduation schools, in the north part of Brazil, from the professors and student's point of view. We aimed to delineate objectives, contents and teaching strategies and to analyze curricular proposals as well as to know those in charge for this teaching program. The professors and students' expectations and the contribution of this teaching program to act in the Basic Attention to Health were analyzed, and the obtained data were correlated with the proper literature. Our option was to develop an exploratory, descriptive research based on a quantitative and qualitative approach and carried out in two out of the four schools that, at present, are responsible for physiotherapist formation in this area: one was a private school in Manaus (Amazon State) and the other was a public school located in Belém (Pará State). Four professors and 20 students were interviewed and the teaching discipline plans and corresponding modules were analyzed. Data were evaluated according to the Content Analysis technique. It was observed that the preventive physiotherapy program insertion and the teaching settings for the practice, as well as objectives and criteria for the content selection did not differ among themselves. The most mentioned difficulties referred either by professors and students are reduced workload and the need of more wide-ranging settings for the practice. Some professors' traits were analyzed investigating the more relevant features for the exercise of teaching in this area. A humanistic perspective, a fine professor-student interaction, experience and practice, bring confidence for the professors, the art of knowing how to associate theory with practice, creativeness and incentive to the initial scientific start-up were considered the major characteristics to be "a good professor" in this area. We hope that this study could bring some contribution to have a better comprehension of the

Preventive Physiotherapy Teaching as essential in the physiotherapist formation regarding Primary Attention. Also, to encourage the search for new paths to bring quality and development to this teaching and thus, significantly contributing to the SUS (National Health System) assistance.

Keywords: Physiotherapy, Preventive Physiotherapy and Physiotherapy Teaching.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	02
II. REFERENCIAL TEÓRICO	06
2.1. O Ensino da Fisioterapia no Brasil.	06
2.2. O Ensino da Fisioterapia na Região Norte do Brasil	20
2.3. A Fisioterapia Preventiva na Atenção Básica à Saúde.	21
III. OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo Geral	32
3.2 Objetivos Específicos.....	32
IV. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	34
4.1. Contexto da Pesquisa.	34
4.2. População de Estudo.	35
4.3. Instrumentos de Pesquisa e Métodos de Coleta de Dados.	38
4.4. Análise de Dados.	38

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1. O Ensino da Fisioterapia Preventiva: inserção curricular e ensino.	41
5.2. O Corpo Docente: perfil e concepções.....	54
5.3. O Ensino da Fisioterapia Preventiva na ótica dos discentes e docentes: expectativas e avaliação.	64
5.4. As Propostas de Aprimoramento.	75
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	84
VIII. ANEXOS.....	94

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Avaliação discente do ensino em relação às expectativas	68
GRÁFICO 2 – Preparo para atuação na prevenção de lesões ou patologias	71
GRÁFICO 3 – Preparo para atuação no SUS	71

INTRODUÇÃO

“Quanto mais alto se sobe, mais longe é o horizonte.”

(Ferreira, *Vergílio*)

I. INTRODUÇÃO

Conclui minha graduação em Fisioterapia no ano de 1987, em Fortaleza, Estado do Ceará, com o espírito da juventude transbordando em todas as minhas atitudes. Acreditava que, como fisioterapeuta, transformaria o mundo em um lugar sem dores e sofrimentos físicos. O destino me levou para a Região Norte do país e, assim, adotei o Estado do Amazonas como minha casa desde então. Com quase vinte anos de profissão, venho acompanhando o crescimento da Fisioterapia no país e no mundo. Em todos esses anos nunca me acomodei e nem me satisfiz com o pouco conhecimento, sempre busquei mais, ser melhor profissional e pessoa. Como Manaus se encontrava distante dos grandes centros, anualmente viajava para cursos e eventos relacionados com a minha profissão.

Após concluir duas pós-graduações, Administração Hospitalar/Gestão em Sistemas de Saúde e Fisioterapia Pneumofuncional, além de vários cursos de aprimoramento, em 2000 iniciei minha carreira no ensino superior da Fisioterapia, onde passei a refletir sobre a formação do fisioterapeuta na abordagem preventiva, pois me incomodava perceber a ausência (ou quase) desse profissional na equipe de promoção de saúde, mesmo que na estrutura curricular dos cursos, a disciplina Fisioterapia Preventiva pertencesse ao currículo obrigatório.

Acredito que o ensino da Fisioterapia Preventiva deve transcender a visão puramente técnica, ou seja, o fisioterapeuta não deve possuir uma concepção curricular apenas tecnicista, de visão dicotômica, visando apenas à prática sob a lógica do executar, agir e fazer.

Para Deliberato (2002):

“Hoje, o fisioterapeuta é um membro da saúde com sólida formação científica, que atua desenvolvendo ações de prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação, usando nessas ações programas de orientações e promoção da saúde, além de agentes físicos como o movimento, a água, o calor, o frio, e a eletricidade”. (p.3).

Para o autor, a disciplina Fisioterapia Preventiva, normalmente inserida nos currículos universitários no terceiro ano do curso, “deixa de compor o rol de disciplinas consideradas como fundo de currículo e passa a ocupar posição de destaque” (p. XI).

É importante salientar que o estudo da prevenção deve também estar inserido no contexto das outras disciplinas ditas profissionalizantes.

Barbosa (2002) comenta que:

“É muito comum encontrarmos certa dificuldade em entender a intervenção e, principalmente, o atendimento preventivo, visto que nossa cultura é curativa. Portanto, a imagem que se tem da intervenção preventiva é apenas a de apresentação de palestras, avaliações posturais ou mesmo a confecção de cartazes”.(p. 110).

Portanto, em sua formação o fisioterapeuta precisa desenvolver habilidades e construir saberes visando qualificar suas ações a serem implantadas em uma determinada comunidades, sejam quais forem às condições sócio econômicas dessa população, tendo sempre a teoria como suporte à sua prática profissional.

Para isto, o conceito de prevenção precisa ser abordado e integrado ao conteúdo da disciplina, através de uma ótica interdisciplinar, projetando um novo modelo de formação para a categoria profissional.

Existem algumas condutas na prática fisioterapêutica de extrema importância na prevenção de doenças. Como exemplo, cito os cuidados preventivos de problemas de coluna já na educação escolar. Essas condutas são apreendidas durante a graduação na disciplina em que o professor sai do ambiente de sala de aula para comunidades carentes, orientando seus alunos no contato com a comunidade, criando e desenvolvendo uma visão crítica dos problemas básicos de saúde inserida num contexto diferenciado e levando em consideração as especificidades da região amazônica: cultura, população, clima e geografia.

Batista e Silva (2001), afirmam que ensinar envolve uma postura de questionar a realidade, problematizando-a e procurando explicações que signifiquem

um avanço para a construção do conhecimento “. O professor deve refletir suas questões e questionar as realidades socialmente construídas, desenvolvendo nos seus alunos as possibilidades transformadoras da práxis”.

Neste sentido, questiono:

- Como tem ocorrido o ensino da Fisioterapia preventiva nos cursos de graduação da Região Norte do Brasil?
- Quem são os docentes dessa disciplina/módulo? Como planejam e organizam esse ensino?
- Qual a percepção/expectativa do aluno em relação a esta disciplina? Por quê?
- Qual a contribuição da disciplina, na visão dos professores e alunos para a formação do fisioterapeuta no tocante a Atenção Básica à Saúde?

Encontro no mestrado a oportunidade para investigar essa problemática e assim, buscar respostas para minhas inquietações.

REFERENCIAL TEÓRICO

*“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa,
nunca tem medo e nunca se arrepende”.*

Leonardo da Vinci

II. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O Ensino da Fisioterapia no Brasil

Extremamente nova como ciência aplicada, a Fisioterapia é reconhecidamente uma das áreas de maior ascensão na atualidade.

Andrade, Lemos e Dall’Ago (2006) comentam que a Fisioterapia:

“ao longo de mais de 80 anos (desde 1919) de atuação da profissão, no Brasil, apresentou diferentes etapas, cada qual com suas peculiaridades e importantes para o contexto atual....manteve o vínculo com o modelo biomédico, com forte tendência em reabilitar, atendendo prioritariamente ao indivíduo em suas limitações físicas.” (p.202).

Para os autores, foi com o advento da Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD), do Lar Escola São Francisco e Casas da Esperança, que foi surgindo um novo modelo de assistência diferenciada, incorporando no seu meio o técnico em Fisioterapia.

De acordo com Deliberato (2002), no Brasil, a utilização dos recursos físicos na assistência à saúde iniciou-se por volta de 1879, com as características da “área da Saúde” (particularmente da medicina) desenvolvidas na Inglaterra na época da Industrialização.

Apesar dos agentes físicos terem sido utilizados como recursos terapêuticos há milhares de anos e seu uso ser comum na medicina da Antigüidade, a Fisioterapia, só foi aparecer como categoria, sob forma relativamente organizada, durante a Primeira Guerra Mundial. A história da Fisioterapia no mundo reflete uma necessidade premente de um profissional para realizar atividades voltadas para a reabilitação. A primeira e segunda guerra mundial produziu um elevado número de mutilados que retornavam dos campos de batalha, os quais necessitavam de um trabalho voltado para medidas reabilitadoras. A partir daí, foi se configurando gradualmente um novo

campo profissional, na Europa e Estados Unidos, voltado para o atendimento reabilitador.

No Brasil, foi na década de 1950 que surgiram os primeiros cursos de formação de profissionais para trabalhar na área específica da Fisioterapia. A escola de Fisioterapia pioneira no Brasil (ABBR - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação) se instalou no início desta década no Rio de Janeiro.

Segundo Oliveira (2002), o Curso Raphael de Barros no Departamento de Eletricidade Médica da USP (Universidade de São Paulo) foi o primeiro curso de formação de fisioterapeutas no Brasil. Nessa época, havia um movimento para a instalação de um curso de formação de fisioterapeutas nos moldes da Organização Mundial de Saúde (OMS) semelhantes aos já existentes em vários países. Foi criado então o INAR (Instituto Nacional de Reabilitação), Lei 5.029 de 1958, que funcionava anexo à disciplina de ortopedia e traumatologia da FMUSP (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

O INAR foi assim, o primeiro centro de reabilitação da América Latina e se destinava principalmente ao atendimento de crianças portadoras de paralisia infantil e de paraplégicos, que não tinham, até então, nenhuma forma de tratamento especializado.

Para Deliberato (2002), na década de 50, no segundo mandato de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde. As verbas destinadas para a saúde nesta década não eram suficientes para suprir as necessidades vigentes na época, demonstrando o pequeno interesse das autoridades para a saúde do povo, que àquela época apresentava altos índices de mortalidade e improbidade ocasionados pelas doenças, que inutilizavam muitos brasileiros para o trabalho e para a vida.

As áreas rurais ficavam sob a responsabilidade quase exclusiva do Ministério da Saúde, enquanto as áreas urbanas, de onde surgiram os primeiros serviços e cursos de Fisioterapia, eram atendidas principalmente pelos hospitais e clínicas particulares ou conveniados com os institutos de pensões e aposentadorias, mantidos pelos trabalhadores e seus patrões. Embora na década de 1950, a caracterização do fisioterapeuta em alguns países (ex. Estados Unidos da América e Inglaterra) estivesse relacionada à formação de nível superior, no Brasil ela foi inicialmente vinculada a um caráter técnico, seguindo as políticas educacionais adotadas na época.

Oliveira (2002), relata que o início dos anos 60 foi marcado por crises sócio-econômicas e políticas. Na área econômica, podemos citar a diminuição do índice de investimentos no mercado interno e a entrada de capital externo, redução da taxa de lucro, agravo da inflação. Na área social, cresce o acirramento das lutas de classe, a sociedade civil aumenta sua participação na política interna. Na política externa, foi criado o programa de “cooperação” econômica denominada “Aliança para o Progresso”, instituído pelos Estados Unidos e voltado para os países da América Latina com o objetivo de combater o avanço do comunismo. A USAID (*United States Agency for International Development*) encarregou-se de administrar a assistência técnica, financeira e militar.”“.

Nesse momento, um grupo de fisioterapeutas que trabalhavam no Hospital das Clínicas, decidiu organizar a categoria através de uma Associação, inicialmente denominada Associação Paulista de Fisioterapeutas ou, segundo Sanchez (1984), AFESP: Associação de Fisioterapistas do Estado de São Paulo, posteriormente Associação Brasileira de Fisioterapeutas e, finalmente, Associação Brasileira de Fisioterapia - ABF.

A ABF foi fundada no dia 19 de Agosto de 1959, na cidade de São Paulo. Entre suas finalidades e objetivos eram previstos a unificação da categoria profissional de todo o Brasil, divulgar a participação do fisioterapeuta na classe médica e na sociedade, realizar congressos, promover aperfeiçoamento profissional e científico, promover intercâmbio científico com associações de outros países, entre outros.

A ABF teve uma participação fundamental no processo de reconhecimento e legalização da profissão e nas mudanças curriculares dos cursos de Fisioterapia no Brasil.

Segundo Sanchez (1984), uma das primeiras articulações da ABF destinou-se a discutir qual nome seria dado ao profissional da Fisioterapia no Brasil. Realizou-se uma pesquisa internacional para saber quais nomes eram utilizados, sendo encontradas as seguintes denominações: fisioterapeuta, terapeuta físico, kinesiólogo e fisioterapeuta. A partir do momento em que se decidiu pelo nome de fisioterapeuta,

esse nome foi patenteado, pela ABF, no departamento de marcas e patentes de São Paulo.

Quatro anos após a fundação, no dia 20 de junho de 1963, no V Congresso Mundial de Fisioterapia, celebrado em Copenhague, a ABF foi oficialmente aceita como membro da *World Confederation of Physical Therapy*, passando a representar o Brasil desde então, e mantendo um importante intercâmbio científico com os fisioterapeutas do exterior, com o envio de profissionais a Congressos e Cursos ou recebimento de convidados, principalmente da Alemanha, Inglaterra, Estados Unidos e França.

Com relação ao ensino, Oliveira (2002), destaca que em 1964, quando o sistema formal de ensino ficou organizado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, coube ao Conselho Federal de Educação estabelecer os mínimos de conteúdo e duração dos cursos. Foi aprovado o primeiro documento que normatizava a formação do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional no Brasil. Esse documento serviu de referência para a criação de novos cursos de Fisioterapia no período de 1964 a 1983.

Os primeiros cursos não obedeciam a uma normatização nacional, não possuíam estrutura curricular mínima que direcionasse a formação do novo profissional ainda tão pouco conhecido. Essa situação foi mantida até 1964, quando, em 23 de julho, foi divulgada a Portaria Ministerial n.º 511/64, que estabeleceu o mínimo de conteúdo e duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Esse período vigente e posterior ao golpe de Estado liderado pelos chefes das Forças Armadas foi o período de maiores conquistas dos fisioterapeutas do ponto de vista legal (reconhecimento do curso) e do ponto de vista tecnológico.

A autora destaca que após o golpe de 64, a educação passou a ser considerado um instrumento de aceleração do desenvolvimento econômico e do progresso social, estimulando maior produtividade e racionalidade. Com o desaparecimento dos enfoques críticos, associado ao aumento da influência americana, o tecnicismo tornou-se dominante no pensamento educacional brasileiro, principalmente no campo do currículo.

Nesse período havia grande interferência norte-americana nessas novas diretrizes para a educação brasileira. Ocorreram acordos entre MEC (Ministério da Educação e Cultura) e USAID, e outros realizados entre universidades brasileiras e americanas, com um intensivo treinamento de educadores brasileiros nos Estados Unidos. Devido a esses acordos, muitos planos organizacionais, inclusive os currículos universitários, acabaram sendo elaborados por especialistas americanos que se encontravam distantes da realidade e das especificidades do país, predominando o tecnicismo.

O Parecer N.º388/63, caracterizava o Fisioterapeuta como técnico em fisioterapia, um auxiliar médico que desempenha tarefas de cunho terapêutico sob a orientação e responsabilidade do médico, e delimitava sua função em apenas executar, com perfeição, aquelas técnicas, aprendizagens e exercícios autorizados pelo médico.

Segundo Oliveira (2002), a prática de o médico chefiar a equipe de saúde se assemelha àquela desenvolvida nos serviços ingleses, cujas massagistas, em 1894, defendiam que os membros da Sociedade não deveriam empreender nenhuma massagem exceto sob orientação médica.

Na época, foi formada uma Comissão para avaliar os currículos de fisioterapia e ficou determinado que os cursos passassem a ter duração de três anos, com matérias básicas e matérias específicas.

Um dos primeiros documentos oficiais que caracteriza o fisioterapeuta foi o Parecer N.º 388/63, que serviu de base para a elaboração da Portaria Ministerial n.º 511/64, de 23 de julho de 1964, a primeira proposta curricular existente na história da Fisioterapia no Brasil.

A Portaria Ministerial N.º 511/64, de 23 de julho de 1964, fixou os mínimos de conteúdo e duração dos cursos de Fisioterapia com os conteúdos das matérias comuns: Fundamentos da Fisioterapia, Ética e História da Reabilitação, Administração Aplicada; e matérias específicas do Curso de Fisioterapia: Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada.

O currículo mínimo constitui o núcleo de matérias fixado pelo Conselho Federal de Educação, indispensável para uma adequada formação profissional.

Para Oliveira (2002), a primeira proposta curricular (Portaria Ministerial nº 511/64) determinava que os curso de Fisioterapia devessem garantir que os diplomados fossem capazes de compreender e executar atos terapêuticos, sem a pretensão de que pudessem participar criticamente dentro do seu trabalho e na sociedade. O fisioterapeuta, então, era formado para integrar o mercado de trabalho, como um competente executor de técnicas.

Na época, a legislação educacional determinava uma carga horária mínima de 2.160 horas para os cursos de nível superior, contribuindo para que os currículos dos cursos fossem melhores estruturados.

A partir de 1967, o Curso do INAR passou a integrar os cursos oferecidos pela USP, com um único “vestibular” que permitia ao aluno fazer opções de cursos diferentes, ou seja, o curso Raphael de Barros ou INAR.

Andrade, Lemos e Dall’Ago (2006), comentam que em 1969, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a World Confederation of Physical Therapy (WCP), realizam no México o primeiro curso de mestrado em Fisioterapia do qual foram egressos dois fisioterapeutas brasileiros (Danilo Vicente Defini e Eugênio Lopes Sanchez).

Todos estes fatos contribuem para a regulamentação da profissão que ocorreu no dia 13 de outubro de 1969, através do Decreto lei 938/69. Tal Decreto foi autorizado pelos ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica, que finalmente regulamentou a profissão.

Em seu Art. 1º, assegura o exercício da profissão do fisioterapeuta; no Art. 2º, reconhece-o como profissional de nível superior; no Art. 3º, determina ser sua atividade privativa a execução de métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente. O Art. 5º apresenta outras atividades a serem exercidas pelo fisioterapeuta, como: cargos de direção em estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;

exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio; e supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos. Em seu Art.11º, determina ao órgão competente do Ministério da Saúde a fiscalização, em todo território nacional, do exercício da profissão.

O Decreto-lei 938 conferia a um órgão competente do Ministério da Saúde, fiscalizar o exercício profissional da Fisioterapia, o que acabou não acontecendo, facilitando o desrespeito flagrante verificado durante a década de 70. Até os dias de hoje ainda existem os que não querem reconhecer o que a União já o fez há quase 30 anos passados, pelos primeiros 10 anos de reconhecimento sem que estivesse estruturado o organismo de defesa da qualidade de atendimento na Fisioterapia, o COFFITO, representado em São Paulo pelo CREFITO-3 (três por ser a 3º região administrativa do país, na organização interna do Conselho Federal).

Quase quarenta anos após o Decreto-lei n. º 938/69, o fisioterapeuta (profissional habilitado para a efetivação do processo fisioterapêutico que, no âmbito assistencial, contém as fases de admissão, diagnóstico, prognóstico, prescrição, intervenção e alta) é uma das profissões mais procuradas do país nos concursos vestibulares das principais instituições públicas de ensino superior, de acordo com a proporção entre candidatos/vaga e com a multiplicação de novos cursos nas escolas particulares em todo Brasil. Autoridade máxima na Fisioterapia, obtendo crescentemente senhoridade científica e com a atual projeção de seu trabalho nos meios de comunicação de massa, a Fisioterapia passou a ser uma profissão cobiçada pela juventude na última década do século XX.

A organização e regulamentação da profissão coincidem com a aquisição do funcionamento regular dos congressos científicos com o momento de criação do COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, determinada pela Lei 6.316, de 17 de dezembro de 1975, e sua instalação em agosto de 1977, e a dos CREFITOS por região administrativa do país, em número de 3. Tanto quanto a Fisioterapia se organizou associativa e administrativamente, cresceu a autoridade científica da profissão junto à sociedade, e vice-versa.

Entre os diversos artigos da mais importante Lei produzida pelo Congresso Nacional sobre a Fisioterapia no país, os destaques estão em seu artigo 1º, que

constitui o sistema COFFITO-CREFITOS, e nos incisos II e III do artigo 5º, abaixo reproduzidos:

“Art. 5º. Compete ao Conselho Federal”:

I - (...).

II - exercer função normativa, baixar atos necessários à interpretação e execução do disposto nesta Lei e à fiscalização do exercício profissional, adotando providências indispensáveis à realização dos objetivos institucionais.

III - supervisionar a fiscalização do exercício profissional em todo território nacional.”“.

A Associação Profissional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo (não confundir com a ABF – Associação Brasileira de Fisioterapia, que organizava os congressos bi - anuais, associação de caráter científico-cultural) ganha do Ministério do Trabalho (MT), em 12 de agosto de 1980, o reconhecimento enquanto Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, Auxiliares de Fisioterapia e Auxiliares de Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo – SINFITO/SP.

A exigência de ser incluído o termo "Auxiliares" na denominação do Sindicato das categorias por parte do MT deve-se à interpretação do artigo 10 do Decreto-lei 938, que previa aquelas duas funções para os que trabalhassem na prática de Fisioterapia até a publicação do decreto da junta militar e fossem submetidos a uma avaliação de seus conhecimentos. Se aprovados, poderiam utilizar-se do título para exercer a profissão de Auxiliar, com os mesmos direitos do fisioterapeuta. Recordando:

”Art. 10. Todos aqueles que, até a data da publicação do presente Decreto-lei, exerçam sem habilitação profissional, em serviço público, atividades de que cogita o artigo 1º, serão mantidos nos níveis funcionais que ocupam e poderão ter as denominações de auxiliar de Fisioterapia e auxiliar de Terapia Ocupacional, se obtiverem certificado em exame de suficiência”.

§ 1º. O disposto no artigo é extensivo, no que couber, aos que, em idênticas condições e sob qualquer vínculo empregatício, exerçam suas atividades em hospitais e clínicas particulares.

§ 2º. A Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura promoverá, junto às instituições universitárias competentes, os exames de suficiência a que se refere este artigo.

A década de 70 foi a que mais produziu o falso "auxiliar" no mercado de trabalho, através de uma série de cursos em todo país, muitos deles patrocinados por aqueles que lucravam com o exercício ilegal da profissão. Alguns desses cursos ainda levavam a chancela de órgãos oficiais da União, em flagrante confronto com a legislação da profissão.

O Conselho Federal publica em 1982 a Resolução COFFITO-30 para regular a situação do Auxiliar de Fisioterapia (aquele que estava previsto no Art. 10 do Decreto-lei 938). Uma vez que a Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura não promoveu, junto às instituições universitárias competentes, o tão propalado exame de suficiência, o COFFITO toma para si a incumbência de fazê-lo. Amparado na função normativa que lhe foi atribuída pelo art. 5º da Lei 6.316, o COFFITO resolve conceder inscrição na categoria de "Auxiliar de Fisioterapia" para os aprovados no exame de suficiência e que comprovassem o exercício profissional antes de 13 de outubro de 1969.

De quebra, proíbe o uso da denominação de "Auxiliar de Fisioterapia" para concluintes de cursos de 1º e 2º graus e o emprego dos termos "Fisioterapia" e "Fisioterapeuta" para quem não preencher os quesitos do Decreto-lei 938. Como o Ministério da Educação e Cultura não indicou uma instituição universitária para realização do exame de suficiência, assim como os interessados não se manifestaram para sua aplicação, não existe ninguém aprovado. Portanto, não existe legalmente o auxiliar de Fisioterapia no Brasil.

O Decreto Lei 938 reconhece o fisioterapeuta como profissional de nível superior. O Curso de graduação em Fisioterapia da FMUSP, referência no ensino da

Fisioterapia no Brasil, permaneceu com duração de três anos, até 1979, e a partir de 1980, passou a ter a duração de quatro anos.

As disciplinas que compunham esse curso estavam assim distribuídas: no primeiro ano: Anatomia, Histologia e Embriologia, Psicologia, Cinesiologia, Enfermagem, Ética e História da Reabilitação, Microbiologia e Imunologia, Fisioterapia Geral e Fisiologia; no segundo ano: Conjunto de Disciplinas de Medicina Clínica e Cirúrgica, Administração Hospitalar Aplicada, Psicologia Social e do Trabalho, Psicologia do Excepcional, Radiologia, Anatomia Patológica Geral, Ginástica 1 e 2, Psicologia do Ajustamento, Fisioterapia Especial, Fisioterapia Geral; e no terceiro ano: Estudos de Problemas Brasileiros I e II e Estágio Supervisionado em Fisioterapia I e II.

Os estágios eram realizados no Hospital das Clínicas e no Lar Escola São Francisco, um importante centro de reabilitação do país localizados em São Paulo.

A Portaria Ministerial n.º 511/64, que regulamentava as disciplinas que deveriam compor a formação do fisioterapeuta, assim como a duração do curso em três anos, foi substituída em 1983, com a aprovação do novo currículo mínimo, embora vários cursos de fato já adotassem currículos de quatro anos. O novo currículo mínimo correspondeu a um grande anseio dos profissionais engajados na luta por uma melhor formação e qualificação da categoria.

Oliveira (2002), destaca ainda que os modelos que nortearam a elaboração do currículo brasileiro foram o modelo americano de formação profissional em nível universitário e o modelo sueco, que primava pela autonomia profissional com aspectos de formação humanística e terapêutica adotados em países da Europa, como França, Inglaterra, Alemanha e Holanda, e que serviram de base para a formulação da parte acadêmica, prática e clínica.

A Resolução N.º 4 de 28 de fevereiro de 1983, decretada pelo Presidente do Conselho Federal de Educação, veio regulamentar o novo currículo mínimo para os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, assim como sua duração, ampliada para quatro anos. O novo modelo curricular acatou integralmente as propostas das entidades representativas da categoria.

Neste documento o currículo mínimo ficou assim dividido:

Primeiro Ciclo:

Ciclo de Matérias Biológicas

Biologia;
Ciências Morfológicas (Anatomia Humana e Histologia);
Ciências Fisiológicas (Bioquímica Fisiologia e Biofísica);
Patologia Geral e Patologia de Órgãos e Sistemas.

Segundo Ciclo:

Ciclo de Matérias de Formação Geral:

Ciências do Comportamento:
Sociologia,
Antropologia,
Psicologia,
Ética e Deontologia,
Saúde Pública
Metodologia da Pesquisa Científica e Estatística

Terceiro Ciclo:

Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes

Fundamentos de Fisioterapia (História da Fisioterapia e Administração em Fisioterapia)

Avaliação Funcional, compreendendo Cinesiologia, Bases, Métodos e Técnicas de Avaliação em Fisioterapia;

Fisioterapia Geral, compreendendo Exercício Terapêutico e Reeducação Funcional;

Recursos Terapêuticos Manuais, compreendendo Massoterapia e Manipulação.

Quarto Ciclo:

Matérias Profissionalizantes:

Fisioterapia aplicada às condições neuro-músculo-esqueléticas, compreendendo Fisioterapia aplicada à Ortopedia e Traumatologia, à Neurologia e a Reumatologia;

Fisioterapia aplicada às condições cárdio-pulmonares, compreendendo Fisioterapia aplicada à Cardiologia e a Pneumologia;

Fisioterapia aplicada às condições Gineco-Obstétricas e Pediátricas, compreendendo Fisioterapia aplicada à Ginecologia e à Obstetrícia e Fisioterapia aplicada à Pediatria;

Fisioterapia aplicada às condições sanitárias, compreendendo Fisioterapia Preventiva;

Quinto Ciclo:

Estágio Supervisionado, constando de Prática de Fisioterapia Supervisionada.

O Artigo 9º determinava que os cursos deviam perfazer um total de 3.240 horas, ministradas num período mínimo de quatro anos e num máximo de oito anos, divididos em ciclos: os Ciclos I e II deviam ocupar 20% da carga horária. Ciclo III devia ocupar 20%. O Ciclo IV com 40% e à Prática Supervisionada restava os outros 20%.

O objeto de estudo da Fisioterapia, segundo a Resolução COFFITO-80, publicada em 21 de maio de 1987, é o "estudo do movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, visando preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade do órgão, sistema e função". O fisioterapeuta deve ter presente, como integrante de uma imensa área interdisciplinar, a saúde preventiva, curativa e reabilitadora, de maneira interligada e equilibrada.

Para alcançar este novo perfil do profissional, na década de 1980, coordenadores e professores de Fisioterapia passaram a se organizar com o intuito de discutir os objetivos das disciplinas, avaliações, prática supervisionada, integração Hospital Escola entre outros, com o intuito de encontrar soluções para os novos problemas que se manifestavam.

Desde 1994, uma Comissão composta por fisioterapeutas passou a participar oficialmente da avaliação e reconhecimento dos Cursos de Fisioterapia e das

recomendações e determinações que dizem respeito à manutenção das condições pedagógicas de qualidade.

Em 7 de dezembro de 2001, foi homologada pelo senhor Ministro da Educação a nova Diretriz Curriculares Nacional do Curso de Graduação em Fisioterapia, sendo o modelo curricular adotado a ser implantado em todo o país.

Essas Diretrizes que, desde 1997, estiveram em discussão no Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, foram instituídas em 19 de fevereiro de 2002. O novo documento estabelece o perfil, as competências, as habilidades do fisioterapeuta e aborda os conteúdos curriculares subdivididos em quatro áreas: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Sociais e Humanas, Conhecimentos Biotecnológicos e Conhecimentos Fisioterapêuticos; os estágios e atividades complementares e a organização do curso.

De acordo com as Diretrizes Curriculares, o fisioterapeuta deve ser formado dentro dos princípios éticos, podendo atuar em todos os níveis de atenção à saúde incluindo promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde baseado na convicção científica. Em seu artigo 13, a graduação em fisioterapia deverá assegurar:

“I - As atividades práticas específicas da Fisioterapia deverão ser desenvolvidas gradualmente desde o início do Curso de Graduação em Fisioterapia, devendo possuir complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida (atividades clínico-terapêuticas)”;

II - Estas atividades práticas, que antecedem ao estágio curricular, deverão ser realizadas na IES ou em instituições conveniadas e sob a responsabilidade de docente fisioterapeuta; e.

III - as Instituições de Ensino Superior possam flexibilizar e otimizar as suas propostas curriculares para enriquecê-las e complementá-las, a fim de permitir ao profissional a manipulação da tecnologia, o acesso a novas informações, considerando os valores, os direitos e a realidade sócio-econômica. Os conteúdos curriculares poderão ser diversificados, mas deverá ser assegurado o conhecimento

equilibrado de diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos para assegurar a formação generalista.”“.

Sobre o Projeto Político Pedagógico, este deverá contemplar atividades complementares, devendo as Instituições criar atividades que propiciem conhecimentos aproveitáveis através de “estudos e práticas independentes presenciais e/ou à distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins”.

O artigo nove ressalta a importância de centrar o aluno como sujeito de aprendizagem, apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem, bem como buscar uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Todo este contexto coincide com uma explosão de novos cursos de graduação no país. Segundo Haddad e colaboradores (2006), em 1991, havia quarenta e oito cursos de graduação em Fisioterapia no Brasil e 339 em 2004 apresentando um crescimento de 606,31% neste período. .

Após essas conquistas, novas escolas de Fisioterapia em um curto espaço de tempo, segundo os dados acima, trazem à tona um novo problema. Como suprir esta demanda com o escasso número de profissionais para a docência nas novas escolas?

Kuenzer (2001) relata que o desenvolvimento científico e tecnológico tem provocado mudanças nas necessidades de formação profissional. Essas mudanças exigem o desenvolvimento de competências como: capacidade de análise e síntese, habilidade na resolução de problemas, rapidez na atuação, comunicação, habilidade de trabalhar em grupo, versatilidade no uso da linguagem, habilidade para enfrentar desafios, flexibilidade frente à mudanças, capacidade de auto-aprendizagem. Antes de valorizar o conteúdo, essa formação valoriza o desenvolvimento de competências cruciais para a atuação profissional em um mercado em constante transformação.

Atualmente o fisioterapeuta pode ser inserido em várias áreas de atuação, dentre elas, além da formação generalista: desportiva; cárdio - vascular, ortopedia e

traumatologia, dermatologia e estética, neurologia; geriatria; ginecologia e obstetrícia; urologia; pneumologia, acupuntura; ergonomia; UTI (Unidade de Terapia Intensiva); hospitalar; reabilitação em amputado; desordens crânio - mandibulares, preventivas, entre outros. Esses exemplos não se exaurem, pois, de acordo com a demanda, novos campos vão sendo construídos.

2.2. O Ensino da Fisioterapia na Região Norte do Brasil

Conforme dados levantados do COFFITO, existem atualmente 18 cursos na Região Norte, distribuídos entre os diferentes Estados da Região e que estão especificados na seguinte ordem dentro de sua organização:

AMAPÁ - Macapá: Duas faculdades e um Instituto Superior, todos privados
RONDÔNIA - Duas faculdades privadas. Uma no município de Cacoal e outra em Porto Velho e um Centro Universitário privado no município de Ji Paraná.
TOCANTINS - Um Centro Universitário e um Instituto Superior, privados, localizados em Palmas. Em Gurupi, uma Faculdade, pública municipal e em Porto Nacional uma faculdade Integrada, privada.
PARÁ – Em Belém, uma Universidade Estadual, Pública, uma Universidade privada, uma faculdade privada e um Centro Universitário, privado.
RORAIMA – Uma faculdade privada em Boa Vista.
AMAZONAS: Em Manaus, dois Centros Universitários, privados e uma Universidade privada.

Dos 18 cursos em funcionamento na Região, quatro já estão formando profissionais para o mercado de trabalho. Os outros 14 cursos encontram-se, no momento, em etapa de implantação, não tendo ainda formado nenhuma turma.

A Universidade Estadual do Pará foi a pioneira na Região Amazônica. O Curso de Fisioterapia foi fundado em 15 de Abril de 1985. Com 30 vagas para o vestibular e a graduação integralizada em no mínimo 5 anos e no máximo em 8, possuindo uma carga horária total de 4440 horas, distribuídos em cinco séries, sendo 900 horas de estágio curricular.

O segundo curso de Fisioterapia a ser implantado, também no Pará na Universidade da Amazônia – UNAMA foi implantado no ano de 2000, tendo sido aprovado, pela Resolução CONSUN n.º 013/99 de 03/05/1999 e Resolução CONSEPE n.º 006/2000 de 07/01/2000. Oferece 50 vagas para o turno matutino e 50 vagas para o turno vespertino, com carga horária total de 3636 horas, sendo integralizado em quatro anos.

Em 2000, no Amazonas aparece o primeiro curso de Manaus, e o terceiro da Região Norte, no Centro Universitário Nilton Lins, com quatro anos e meio de duração e carga horária total de 4080 horas. Na época, segundo fontes do Conselho Regional de Fisioterapia, Sexta Região - CREFITO 6, Manaus, com uma população de quase 2 milhões de habitantes contava apenas com cerca de 100 fisioterapeutas para atendimento à população, ficando um número elevado de cidades do interior sem contar com este profissional, sem assistência e com índices de qualidade de vida inferiores ao esperado.

Foi de suma importância para o desenvolvimento desta categoria profissional como para o mercado de trabalho, a criação do curso inicialmente nessas instituições.

A Universidade Paulista – UNIP foi reconhecida pela Portaria n 550/88, iniciou suas atividades em 9 de novembro de 1988 na cidade de São Paulo. Em Manaus, iniciou suas atividades em 2001, integralizado em quatro anos e carga horária total de 3640 horas.

2.3. A Fisioterapia Preventiva na Atenção Básica à Saúde

Prevenção é o ato ou efeito de prevenir-se; precaução; cautela; preconceito; disposição prévia.

Ao se identificar um grupo ou comunidade para implantar ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, é necessário conhecer as principais características desse grupo ou comunidade, o perfil epidemiológico, hábitos de vida e suas necessidades de saúde, bem como a infra-estrutura de serviços e de higiene ambiental.

A partir da década de 1960, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), iniciaram programas de desenvolvimento econômico e social para os países latino-americanos. Essas ações visavam solucionar problemas prioritários, como a diminuição da morbidade e mortalidade; melhora da qualidade de recursos humanos e aumento da produtividade dos serviços de saúde.

Em 1961 aconteceu, na Argentina, a reunião extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social em Nível Ministerial, no qual foi elaborado o *Plan Decenal de Salud Pública de la Carta de Punta del Este* que serviu como parâmetro para formular e implantar projetos nacionais no período de 1962-1971.

Dentre as metas desse documento, priorizavam a formação e a capacitação de profissionais e auxiliares, através da criação de centros educativos, melhora do ensino superior, incentivo do ensino das ciências e da investigação científica e tecnológica, e intensificação do intercâmbio institucional de estudantes e professores. As categorias prioritárias eram os médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

De acordo com as informações disponíveis, concluiu-se que prevaleciam na América Latina as infecções, a desnutrição, o saneamento deficiente, as condições insalubres de moradia e trabalho, e a ignorância.

A preocupação com a preparação de recursos humanos também foi tema da Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, realizada em Buenos Aires, Argentina, em 1968. Nessa ocasião, teve destaque a programação das atividades de reabilitação.

Dessa forma, a reabilitação adquiriu importâncias fundamentais, permitindo a recuperação da capacidade de trabalho dos inválidos e tornando-se útil a certas indústrias.

Este documento também cita que as técnicas empregadas no processo de reabilitação, variadas e complexas, necessitavam de certo grau de paciência de quem as aplica e de quem as recebe, e afirmava que, provavelmente, esta era uma das

razões pelas quais, nos países onde as enfermidades agudas e especialmente as transmissíveis ocupavam uma parte predominante dos programas de saúde, essas técnicas fossem tão pouco utilizadas.

Considerava os avanços dos serviços de reabilitação após a organização, por iniciativa da OPAS, desses serviços em sete países latino americanos.

Reconhecia os serviços de Terapia Física, Terapia Ocupacional e os de fabricação de próteses; e propunha que as instituições de seguro social regulamentassem disposições legais que as obrigassem a preocupar-se com esses problemas e a dispor-lhes recursos financeiros.

Segundo Duncan (2004), a ação preventiva pode ocorrer em momentos diferentes na história da doença, assumindo características específicas à medida que decisões são tomadas. Existem quatro tipos de prevenção: Prevenção primordial, prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.

A prevenção primordial ocorre antes da instalação dos fatores de risco, ou seja, objetiva evitar ambiente favorável à ocorrência de fatores prejudiciais à saúde.

A prevenção primária compreende medidas adotadas antes que ocorra a doença, ou seja, consiste da eliminação dos fatores de risco.

A prevenção secundária busca os meios mais adequados para detecção, diagnóstico e manejo da doença em sua fase assintomática.

A prevenção terciária visa medidas a serem tomadas quando da instalação da doença, visando evitar complicações, incapacidades e óbito, reabilitando o paciente.

De acordo com o último censo realizado em 2000 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), as condições de saúde da população brasileira são heterogêneas, variando bastante de região para região, de nível sócio-econômico, idade e sexo da população.

Apesar de todo o incremento na saúde na última década, o perfil de saúde do brasileiro ainda deixa muito a desejar, apresentando índices altos de condições de agravos à saúde.

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil, vem dando ênfase ao atendimento de foco curativo, individualizado, em que o paciente procura o serviço.

O SUS - Sistema Único de Saúde vem sendo implantado também com o intuito de mudar essa realidade.

No Brasil, em 1983, apenas 64 em cada 100 domicílios estavam ligados à rede de abastecimento de água e somente 46 eram ligados à rede de esgoto ou possuíam fossas sépticas. Assim, o país sofria epidemias evitáveis, como cólera e dengue, e mantinha altos índices de pessoas atingidas por tuberculose, tracoma, doença de Chagas e doenças mentais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o “perfeito bem estar físico, mental e psicológico”. Na Oitava Conferência Mundial de Saúde um novo conceito foi apresentado: “Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e o acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.

Segundo Duncan (2004), o Sistema Único de Saúde (SUS) vem procurando suprir a demanda desse novo conceito de saúde, através dos seus princípios: Universalidade, Equidade e Integralidade.

A Universalidade é uma garantia constitucional em que todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde público ou privado conveniados, em todos os níveis de saúde com condições humanas e tecnológicas de serviços.

A Eqüidade procura oferecer serviços em igualdade de oferta e qualidade para todos, independentemente do nível social, cultural, gênero, poder aquisitivo e religião ou região geográfica.

É importante o profissional de saúde ter consciência das dificuldades na prática da equidade. Sabe-se que a população mais pobre tem muita dificuldade para usar os serviços com igualdade de direitos em relação a outras camadas.

Na Integralidade não deve haver distinção entre o financiamento para os serviços de atendimento individual e o coletivo e ambos devem estar no mesmo sistema. A Integralidade deve ser trabalhada nos níveis de atenção primária, secundária e terciária da saúde.

Outros princípios que regem a organização do SUS são: Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização, Participação da Comunidade e a Complementaridade do setor privado.

Duncan (2004) comenta que a Regionalização e Hierarquização proporcionam um conhecimento maior e controle dos problemas de saúde de uma determinada área geográfica, favorecendo ações nos níveis primário, secundário e terciário.

Para o autor, durante o governo militar, o poder político-administrativo era concentrado, mantendo a população muito distante do processo de decisão relacionado ao social. O Sistema Único de Saúde propõe a Descentralização, com o intuito de redistribuir poderes às camadas mais próximas à população. O poder que anteriormente estava concentrado nas esferas Federal e Estadual passou a ser dividido com a esfera Municipal. O objetivo é dotar os municípios com recursos próprios para atender as demandas de sua população.

Todo cidadão tem o direito constitucional, através de suas representações sociais, de participar do processo de instalação e controle das políticas de saúde, podendo definir prioridades e linhas de ação a serem adotadas pelos setores competentes. É o que chamamos de participação dos cidadãos.

A Constituição garante também ao SUS a complementaridade do setor privado, ou seja, quando o serviço público não conseguir suprir a demanda, é garantido ao cidadão o uso dos serviços privados. Isso é feito através da celebração de um

contrato onde o interesse público prevalece sobre o particular baseado nos princípios do SUS, ou seja, universalidade, equidade e integralidade.

As ações a serem desenvolvidas pelo SUS são:

- Ações de promoção e proteção de saúde;
- Ações de recuperação;
- Programas de saúde.

Os grupos de promoção e proteção da saúde podem ser desenvolvidos por instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e indivíduos. O objetivo dessas ações é reduzir e/ou eliminar os fatores de risco, que possam representar ameaça à saúde da população. São as chamadas medidas de saúde pública ou coletiva. Nesse caso, o foco é para a saúde da comunidade e não para o atendimento individualizado. As ações estão mais direcionadas a educação em saúde, observando-se o uso adequado da linguagem para que as informações sejam compreendidas por todo o público alvo.

A proteção da saúde está relacionada com as ações de vigilância epidemiológica (controle de epidemias), vacinações, saneamento, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos entre outras. As ações de promoção e proteção da saúde devem ser implantadas também nos hospitais e ambulatórios com técnicas adequadas ao ambiente.

As ações de recuperação visam o diagnóstico da patologia ou disfunção já instalada, tratamento curativo e reabilitação. São ações desenvolvidas nos ambulatórios e hospitais públicos federais, estaduais e municipais e quando necessário nos serviços privados.

As ações de recuperação estão mais direcionadas às consultas médicas e com outros profissionais de saúde (Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, entre outras), internação e exames em todos os níveis de complexidade. É através desse serviço que a população geralmente tem o primeiro contato com a rede assistencial.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a reabilitação é um processo contínuo, coordenado que exige ações que torne possível restaurar o indivíduo incapacitado para ter o mais completo possível desempenho físico, mental, social, além dos fatores econômicos e vocacionais, permitindo a sua integração social. Essas ações englobam os serviços hospitalares e comunitários e vão além do tratamento, ampliando suas ações para a reeducação de novas atividades com o fim de trabalho produtivo e lucrativo.

Os Programas de Saúde são direcionados a grupos e ambientes mais expostos aos riscos na sua saúde. Cito como exemplo as gestantes, os menores de 1 ano, idosos, entre outros.

Segundo Marsiglia (1998), o início da implantação do SUS nos anos 90 foi muito difícil, pois havia a pressão internacional do Banco Mundial para que os Estados diminuíssem compromissos na área social com objetivo de contenção de gastos. A autora comenta que a atenção à saúde deveria restringir-se apenas aos grupos populacionais de menor poder aquisitivo, àqueles que estavam na linha da pobreza. Os demais segmentos da população deveriam ser atendidos pelos serviços particulares ou privados, ou por outras formas que a sociedade criasse ou organizasse.

Considerando que a formação é tanto um importante meio para alcançar os objetivos do SUS como uma ação deliberada de produção da inteligência em saúde coletiva e documentação dos processos de produção da saúde, o eixo estratégico da formação em saúde pública visa a geração de uma cultura de educação contínua, orientada pelas realidades municipais, locais, regionais, estadual e nacional de construção do sistema de saúde previsto constitucionalmente.

Para a autora, está ocorrendo uma concentração da atenção hospitalar para os casos de emergência e a concentração da atenção primária, nas Unidades Básicas de Saúde.

Para Nicoletti (2005), as perdas econômicas, as altas prevalências de moléstias evitáveis, os desajustes sociais insuportáveis e a onda de mudanças políticas iniciada nos anos 70 parecem ter motivado novos olhares sobre modelos de intervenção

humana para o desenvolvimento socioeconômico, que subsumem, a partir da noção de Saúde, conceitos ainda mais complexos como “Educação em Saúde nos Cenários de Trabalho.”

Para o autor, os médicos, juntamente com outros profissionais, podem, através de estratégias e práticas educativas promover ações transformadoras que capacitem os sujeitos e os grupos por eles formados a rever representações sobre saúde e doença assumindo atitudes e comportamentos que conduzam a vivências e experiências de saúde, bem estar e desenvolvimento humano.

Em setembro de 1978, foi realizada uma reunião com representantes de 134 países, muitos deles Ministros da Saúde, em Alma-Ata, na ex-União Soviética, com objetivo de discutir os problemas de saúde dos países mais pobres. Nessa reunião, que teve o apoio da OMS e do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), foi apresentada e discutida uma filosofia de trabalho e uma estratégia para levar saúde às grandes massas da população, principalmente as dos países de terceiro mundo, que permaneciam com reduzido acesso ao sistema de saúde. Os resultados principais da reunião foram apresentados sob a forma de uma Declaração de 10 artigos e 22 recomendações, conhecidas como Carta de Alma Ata (www.opas.org.br/coletiva/uploadArg/AlmaAta).

Em seu V artigo, a Declaração propunha o “alcance por todos os povos do mundo, no ano 2000, de um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva”. Chaves (1982) destaca que nos cuidados primários de saúde, a declaração e as recomendações incluíam a educação sobre a prevenção e o controle dos problemas de saúde, a promoção da nutrição adequada, o atendimento das necessidades de água e saneamento, as imunizações, a prevenção e o controle das endemias, etc

A partir daí, as Universidades deveriam focar mais a participação na pesquisa e no desenvolvimento de serviços de saúde, a criação de áreas de estudo e implementação de programas e treinamento de pesquisadores orientados e motivados para os programas de cuidados primários e a formação de profissionais generalistas, aptos a atuar nesses cuidados.

Apesar do crescimento tecnológico, não houve repercussão na melhoria da saúde da população, que ainda enfrentava hospitais em precário estado de funcionamento, carência de atendimento médico e precário e ineficaz sistema de saneamento.

A Conferência de Alma - Ata (6-12 de Setembro de 1978) foi um marco para a Saúde Pública, pois a partir dela foi lançada a proposta dos cuidados primários de saúde.

Para Deliberato (2002), o fisioterapeuta, como profissional da área da saúde, encontra-se inserido no mesmo contexto das demais profissões no que diz respeito a ter uma formação muito mais direcionada para a doença que para a saúde. Mesmo assim, é freqüentemente visto como o profissional da reabilitação, o que trata somente de seqüelas.

Na sua formação, esse profissional estuda, além das habilidades necessárias à reabilitação, condutas preventivas em saúde. Especificamente na disciplina Fisioterapia Preventiva há um maior contato com a comunidade e com seus problemas, tanto sociais quanto de saúde preventiva.

Saúde preventiva seriam todas as medidas e ações, em âmbito geral (agregando o Município, o Estado, a Esfera Federal), adotadas pelos profissionais de saúde e população no sentido de impedir que determinada pessoa ou população se torne doente, promovendo a saúde, desviando o foco apenas de atuação curativa.

Deliberato (2002) acredita que com a solidificação do conhecimento científico e a expansão do perfil profissional, o fisioterapeuta ampliou também seu mercado de trabalho, estando presente hoje em hospitais, clínicas, consultórios, centros de reabilitação, empresas de *home care*, centros aquáticos, centros hípicas, indústrias, escolas, entidades filantrópicas, centros universitários, centros de pesquisa, empresas e laboratórios de equipamentos de reabilitação. Para o autor, é dentro dessa nova perspectiva profissional que se insere o fisioterapeuta preventivo, agindo em programas de promoção de saúde e proteção específica, tendo como princípio fundamental o conjunto de conhecimentos científicos relativos aos fatores que possam causar infortúnios ao ser humano, bem como conhecendo também os mecanismos de

interferência junto a esses fatores, visando eliminá-los ou minimizá-los, fazendo, portanto, parte da equipe de promoção à saúde.

OBJETIVOS

“ Os pequenos atos que se executam são melhores que todos aqueles grandes que se planejam.”

George. G. Marshall

III. OBJETIVOS

3.1 Geral

- Investigar a disciplina Fisioterapia Preventiva em cursos de Fisioterapia da Região Norte do Brasil e sua contribuição para a formação do fisioterapeuta no tocante a Atenção Básica a Saúde.

3.2 Específicos

- Identificar os pressupostos, conteúdos, programas, estrutura de ensino e métodos de avaliação da disciplina Fisioterapia Preventiva na ótica dos docentes e discentes dos cursos investigados;
- Caracterizar o perfil dos docentes responsáveis por este ensino;
- Analisar as expectativas discentes em relação a esta disciplina e sua contribuição para a formação do fisioterapeuta no tocante a Atenção Básica a Saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

“Os dias talvez sejam iguais para um relógio, mas não para um homem”

Marcel Proust.

IV. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 - Contexto da Pesquisa

Apesar da Região Norte possuir 18 cursos de Fisioterapia credenciados pelo MEC, apenas quatro já estão formando profissionais e, conseqüentemente, inserindo o ensino da Fisioterapia Preventiva, objeto desta investigação. Dos quatro cursos, investigamos dois: um público e um privado. A instituição pública localiza-se em Belém, no Estado do Pará e a privada em Manaus no Estado do Amazonas aqui denominadas, para efeito de preservação de identidade, Instituições A e B.

A opção metodológica dessa pesquisa foi por um estudo de caráter exploratório, descritivo, construído a partir de abordagens qualitativa e quantitativa.

A opção pelas duas abordagens deu-se pela necessidade de apreender significados nos dados coletados, pois consideramos que as metodologias qualitativas têm a capacidade de incorporar a dimensão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, tomando-os como construções humanas significativas. Para Minayo (1998), a pesquisa qualitativa se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado ou medido. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, o sutil, abstrato o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não vão além da operacionalização de variáveis.

Algumas variáveis como estrutura dos cursos e da disciplina, carga horária de ambos, momento de inserção no curso, número de docentes, tempo de docência dos professores e sua titulação e o número de alunos foram analisadas a partir de uma abordagem quantitativa. Outras variáveis como concepções da disciplina, atributos docentes, problemas do cotidiano do ensino, conteúdos e metodologia de avaliação foram analisadas utilizando-se a abordagem qualitativa.

4.2 - População de Estudo

A população estudada foi constituída por professores e egressos da disciplina/módulo de Fisioterapia Preventiva das escolas analisadas. Dos docentes, investigamos quatro professores (três na Instituição A e um na B) do universo de cinco, responsáveis pelo ensino da Fisioterapia Preventiva nas Escolas de Graduação escolhidas para esta investigação. A opção pelos professores da disciplina foi feita considerando a posição privilegiada que os mesmos ocupam na condução do projeto pedagógico do curso, organizando, planejando, realizando, reunindo, avaliando e reformulando esse ensino a cada momento e situação.

Como dito por Cunha (1998): *“ainda que ele não seja o único elemento significativo do processo, não há como desconhecer que é o agente principal das decisões no campo”* (p. 33).

Além dos professores, foram realizadas entrevistas com vinte alunos egressos da disciplina/módulo Fisioterapia Preventiva que cursavam o quarto ano de graduação, a fim de captar a importância da disciplina no contexto da proposta de formação como um todo.

Para conseguir estas entrevistas, os coordenadores convocaram os alunos em classe e aqueles que se dispuseram foram entrevistados. De um número superior de entrevistas, foram consideradas vinte, tendo em vista o critério de reincidência das informações nas falas dos entrevistados.

4.3 - Instrumentos de Pesquisa e Métodos de Coleta de Dados

Foi estabelecido um primeiro contato com as secretarias acadêmicas das duas (2) instituições selecionadas com a finalidade de formalizar a intenção de pesquisa e, ao mesmo tempo, solicitar autorização para a realização da mesma. Na oportunidade, foi entregue um documento explicitando sobre a pesquisa e contendo o pedido formal (anexo I).

No contato inicial com os docentes de cada instituição foram esclarecidos o objetivo da pesquisa e a importância da participação. Foram agendados encontros

individuais para a realização das sessões de entrevista. A mesma conduta foi adotada em relação aos alunos. Tanto os professores quanto os alunos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo II).

Os instrumentos de coleta de dados foram constituídos por uma entrevista semi-estruturada e uma análise documental.

A entrevista semi-estruturada, de acordo com Minayo (1998), é entendida como um diálogo aberto e franco, onde se tem um roteiro como eixo orientador para a discussão de temas complexos de maneira interativa.

Segundo Richardson (1989), a entrevista é um recurso que pode ser utilizada sempre que houver necessidade de se obter dados que não podem ser encontrados em registros e fontes documentais e que podem ser fornecidos por pessoas. A entrevista permite registrar, além disso, observações sobre comportamento e atitudes do entrevistado.

De acordo com Triviños (1987):

“Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Dessa maneira o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa”.(p.146).

Uma elaboração do roteiro da entrevista semi-estruturada foi aplicada previamente a dois professores não participantes do universo dessa investigação, o que possibilitou as mudanças e ajustes necessários para a adequação do instrumento.

Os roteiros das entrevistas para os professores e para os alunos (anexos III e IV) foram baseados nos seguintes eixos direcionadores:

- Professores da disciplina em estudo: quem é esse professor, qual a sua trajetória docente, qual a concepção da disciplina, qual o papel da Fisioterapia Preventiva na formação para inserção do fisioterapeuta na equipe de Atenção Básica à Saúde, quais as estratégias avaliativas utilizadas.
- Estudantes que cursaram a disciplina: sua concepção antes e após cursar a matéria e a aplicação profissional dos saberes adquiridos na disciplina, sugestões para melhorar a forma como é ministrada a disciplina/módulo, práticas comunitárias e sua aplicação na prática profissional.
- Disciplina/módulo: expectativas na ótica dos discentes, relevância, obrigatoriedade, relação teoria-prática e propostas de aprimoramento.

Todas as entrevistas foram gravadas com prévia autorização dos entrevistados, transcritas na íntegra, catalogadas em ordem de realização, lidas e ouvidas inúmeras vezes, compiladas de acordo com os blocos temáticos e submetidas a análise de conteúdo.

A análise documental buscou identificar informações factuais nos documentos a partir de questões de interesse (CAULLEY, 1981). Por ser estável, permitiu várias consultas, sendo considerada uma fonte natural e rica de informações.

De acordo com Richardson (1989), a análise documental consiste em uma série de operações que visa estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionadas. O método mais conhecido de análise documental é a codificação das informações e o estabelecimento de categorias, sendo semelhante ao da análise de conteúdo. Entretanto, a análise de documentos é temática e seu objetivo básico é a determinação fiel dos fenômenos sociais.

A análise documental foi realizada a partir dos Planos de Ensino da disciplina/módulo em estudo. Seu uso neste trabalho teve um caráter complementar às informações obtidas a partir das entrevistas, proporcionando uma melhor visão do tema pesquisado.

4.4 - Análise de Dados

As variáveis quantitativas da pesquisa foram quantificadas em gráficos. As variáveis qualitativas adquiridas através das entrevistas foram analisadas a partir da técnica da Análise do Conteúdo. De acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo consiste em técnicas de análise de comunicação que visam alcançar por meio de procedimentos sistemáticos e de descrição do conteúdo das mensagens os indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos que se referem às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas referências citadas.

Segundo Szymasni (2002, p. 63), a Análise de Conteúdo é considerada como uma condição de “... *hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência*”, que favorece o surgimento de significados e superação de intuições precipitadas.

Franco (2003), ressalta a importância da produção de inferências, colocando que estas são a razão principal desse tipo de análise, pois permite comparações de dados com os pressupostos teóricos, conferindo assim, relevância teórica aos procedimentos.

Segundo o autor, o tema é a unidade de registro mais útil em análise de conteúdo. Para melhor entendimento sobre a noção do tema, Bardin (1977, p. 105), cita que “...*é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura*”.

A análise foi conduzida a partir dos seguintes passos sugeridos por Minayo (1998): leitura exaustiva das entrevistas; elaboração de uma lista de elementos pertinentes ao tema presentes em cada entrevista e caracterização desses elementos dentro dos blocos norteadores; localização das categorias pré-determinadas e construção de novas categorias quando necessárias; releitura dos conteúdos das entrevistas e revisões da estratégia inicial, o que permitiu o surgimento de relações que não tinham sido percebidas anteriormente.

Na fase de pré – análise, foi estabelecida uma identidade maior com o material colhido nas entrevistas, partindo para a construção de núcleos temáticos, como sugere Franco (2003), ou seja, primeiro a criação de categorias mais amplas (molares), partindo então para os módulos interpretativos menos fragmentados (categorias moleculares) facilitando a classificação dos indicadores. As unidades de registro corresponderam a palavra-chave, frase, tema ou acontecimento pertinente ao objeto que estava sendo investigado.

Na segunda fase da pesquisa, deu-se início a exploração do material ou codificação, na qual as unidades de registro e suas respectivas unidades de contexto foram quantificadas e classificadas de acordo com seus significados em categorias de análise que foram agrupadas dentro dos núcleos temáticos anteriormente criados.

Ao finalizar a Análise de Conteúdo, partiu-se para a fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, no qual houve uma aproximação dos dados categorizados e a busca de convergências e divergências entre as unidades de registro, visando obter respostas às inquietações iniciais que moveram esta pesquisa.

O anexo cinco apresenta, como exemplo, o quadro sinóptico de análise de um dos núcleos temáticos analisados (objetivos da disciplina/módulo).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”

Cora Coralina

V. Resultados e Discussão

Os resultados são apresentados em quatro tópicos. Num primeiro momento, é caracterizada a proposta pedagógica do ensino da Fisioterapia Preventiva nas duas Instituições analisadas. O segundo tópico analisa o corpo docente enfocando seu perfil, concepções sobre o ensino e aprendizagem da Fisioterapia Preventiva e a caracterização de um bom professor para essa área. O terceiro tópico apresenta expectativas e avaliação, na ótica dos discentes, do ensino e da relevância da Fisioterapia Preventiva na futura prática profissional. Finalmente, o quarto tópico explora as sugestões de aprimoramento deste ensino na formação do fisioterapeuta.

5.1. O Ensino da Fisioterapia Preventiva: inserção curricular e propostas de ensino.

Cumprindo as exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Fisioterapia as duas escolas analisadas inserem esse ensino no decorrer do curso de graduação.

Nas duas instituições, este ensino transcorre no período de um ano letivo. Na instituição A se insere na etapa profissionalizante da formação do fisioterapeuta, no quinto e sexto períodos (terceiro ano), e na instituição B também no terceiro ano (quinto e sexto períodos), momento no qual os alunos ainda não possuem domínio teórico das patologias (curso com cinco anos de duração).

A carga horária variou de oitenta a cento e vinte horas. Relativamente a carga horária total dos cursos investigados (3640 na Instituição A e 4440 na Instituição B), a Fisioterapia Preventiva ocupa um pequeno percentual (3,29% e 1,70% respectivamente). Importante frisar que durante a graduação, no último ano, as instituições realizam práticas de Fisioterapia Preventiva no estágio supervisionado no qual o graduando realiza práticas preventivas nas comunidades urbanas e rurais, porém esta etapa da formação não faz parte desta investigação.

Ainda em relação a forma de inserção, verificou-se que na Instituição A é disciplinar distribuída por dois semestres (Fisioterapia Preventiva I e Fisioterapia Preventiva II) e na Instituição B é modular também distribuída por dois semestres (Saúde do Trabalhador e Saúde do Escolar).

A Fisioterapia Preventiva faz parte da atuação profissional do fisioterapeuta. O Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (1975), regulamentado pela Resolução nº 10 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional relata que:

Art. 1º – O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde.

Art. 7º- São deveres do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional, nas respectivas áreas de atuação (...)

IV- Utilizar todos os conhecimentos teóricos e científicos a seu alcance para prevenir ou minorar o sofrimento do ser humano e evitar o seu extermínio.

Art. 21- O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional participam de programas de assistência à comunidade em âmbito nacional e internacional.

No entanto, a Fisioterapia Preventiva só passou a ser considerada conteúdo obrigatório na graduação a partir de 1983, por meio das recomendações do currículo mínimo para os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Nestas recomendações, a disciplina Fisioterapia Aplicada às Condições Sanitárias buscava ampliar o nível de atuação profissional, historicamente vinculado à reabilitação, assim como as áreas de atuação, contemplando uma nova visão da saúde na assistência primária.

A inclusão dessa disciplina, relacionada à atuação preventiva da Fisioterapia, refletiu a influência das políticas de saúde preconizadas mundialmente pela OMS e OPAS, que passaram a valorizar o cuidado primário de ação em saúde.

Rebelatto e Botomé (1999) comentam que, até 1984, a disciplina Fisioterapia Preventiva constava no currículo de apenas uma instituição no Brasil (Universidade de São Paulo). As outras Universidades estavam ainda em processo de implantação dessa disciplina. Com a introdução obrigatória nos currículos, sugeria-se o surgimento de uma forma alternativa de atuação profissional diferente dos até então vivenciados na graduação, apontando para uma atuação preventiva que ainda não tinha sido estudada e nem exercida pela fisioterapia. Ainda, segundo os autores, obviamente não se tratava de deixar de ensinar a realizar tratamentos, mas sim de abrir novas perspectivas no campo de atuação em saúde.

A Fisioterapia, como profissão da área da saúde, deveria possuir profissionais que fossem habilitados a lidar com as condições de saúde da população que englobam a promoção de saúde, manutenção de boas condições de saúde e ainda a prevenção de problemas com a saúde, sem abandonar a assistência curativa e reabilitadora.

O objetivo básico das propostas do ensino investigadas é o desenvolvimento de práticas em que o aluno passa a ter um contato direto com a realidade que o rodeia e a partir daí ser motivado a tomar atitudes para intervir preventivamente em prol dessa comunidade, tirando o estigma de que a Fisioterapia só intervém na fase secundária e terciária.

Pela análise dos planos de ensino, o objetivo geral para a Instituição A é: *“oferecer ao aluno uma visão atual de promoção, prevenção e de proteção à saúde, fundamentando e ampliando o papel da Fisioterapia Preventiva nos três níveis de atenção à saúde”*.

E para a Instituição B: *“capacitar o discente a solucionar problemas oriundos da saúde, nos aspectos preventivos à nível de prevenção primária. Assim vai elaborar estratégias pós observação, de fatores desencadeantes de processos patológico .”*

Segundo Batista e Silva (2001, p. 135) o objetivo no plano de ensino de uma disciplina, “é o que se deseja e se espera para a ação educativa”.

Para Abreu e Masetto (1990) o plano de ensino deve estar dentro da realidade que possa ser atingida na dimensão do saber, (aprendizagem de conteúdos) do saber fazer (desempenhos e habilidades que o aluno deverá executar) e do saber ser (desenvolvimento de atitudes e relacionamento com o outro).

Na análise qualitativa das entrevistas com os quatro docentes responsáveis pelo ensino da Fisioterapia Preventiva em relação ao objetivo da disciplina foram detectadas vinte e oito unidades de registro que puderam ser agrupadas em oito categorias de análise.

A categoria mais citada é **capacitar o aluno para as medidas preventivas em Fisioterapia**.

“Os que nós queríamos...o que eles poderiam fazer para corrigir essas posturas no trabalho e compreender formas e possibilidades de prevenção em saúde.”

Observar e vivenciar uma realidade bem como **desenvolver um diagnóstico situacional**, foram categorias que emergiram como a segunda maior opção no campo investigado.

“Associar a teoria com a prática, através das vivências em diferentes locais de trabalho e colocar o aluno nessas vivências.”

“inicialmente, uma sondagem, um levantamento do local como tipo de moradia, tamanho das famílias, identificar algum tipo de doença, algum tipo de lesão, e depois a partir da segunda visita, eles começarem a atuar preventivamente”

Os professores também objetivam com o ensino da Fisioterapia Preventiva **articular teoria com a prática** e **capacitar o aluno para o desenvolvimento de projetos de intervenção e pesquisa**.

“Associar a teoria com a prática, através das vivências em diferentes locais...”

“Eles passam o ano desenvolvendo projetos de pesquisa e trabalho.”

Outros objetivos citados foram **capacitar** o aluno **para praticas de educação em saúde**, propiciar a **interação e estimular a criatividade discente**.

“desenvolver palestras educativas em escolas”

“desenvolver a criatividade, a pesquisa, tem que ir a luta”

Para Pozo (1996), o ensino não deveria enfatizar tanto a aquisição de conhecimentos específicos, mas valorizar o desenvolvimento de uma destreza cognitiva que pudesse ser aplicada a varias situações, como definir uma informação importante para a resolução de um problema, poder interpretar essa informação e correlacioná-la em um contexto mais abrangente.

A análise das estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas com vistas aos objetivos propostos apresenta vinte e duas unidades de registro e doze categorias emergentes. Uma preocupação inicial com a ampliação de técnicas e cenários, priorizando estratégias que tornem a aprendizagem mais significativa foi apontada.

Para Haidt (2000, p.144) estratégias de ensino são “os procedimentos e recursos didáticos a serem utilizados para atingir os desejados e previstos”.

As categorias **observação e vivência de realidades** aparece como a mais citada nas entrevistas com os professores investigados.

“trabalhar no processo de prevenção às doenças”

“compreender formas e possibilidades de prevenção em saúde.”

A experiência propiciada pela vivência do campo aponta para a estratégia de **Problematização no ensino.**

“...fizeram inicialmente uma sondagem, um levantamento do local como tipo de moradia, tamanho das famílias, identificar algum tipo de doença, algum tipo de lesão, e depois a partir da segunda visita eles começaram a atuar preventivamente já com essas famílias”

No ensino da Fisioterapia Preventiva observou-se que o professor, nesse caso, não é o principal “monopolizador” de informações. Especificamente nessa disciplina o aluno é co-responsável pelas estratégias de ensino através da busca de conhecimentos, transformando esses conhecimentos em atitudes que possam ter um poder de transformar, melhorar ou modificar uma situação de risco ou já instalada através de estratégias que estimulem a observação e vivências de realidades sociais, problematização do ensino, discussão das fases de promoção à saúde e estudos sobre prevenção de doenças.

As diretrizes curriculares recomendam a utilização de experiências reais que deverão ser construídas e ou vivenciadas pelos estudantes para a compreensão e proposição de soluções. Isto torna a aprendizagem mais significativa e constitui estratégia de problematização do próprio ensino.

Batista e colaboradores (2005) comentam que as dimensões problematizadoras assumem a construção do saber como traço definidor da apropriação de conhecimentos e explicação da realidade, tomando-a como ponto de partida e chegada do processo de aprendizagem.

Para os autores, a problematização encontra nas formulações de Paulo Freire um sentido de inserção crítica na realidade para dela retirar os significados e direção às aprendizagens. No movimento ação-reflexão-ação são construídos os saberes, considerando a rede de determinantes contextuais, as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam.

Bordenave & Pereira (1985), construindo um modelo da Problematização, consolidaram, com a proposição de Carlos Maguerez, o chamado Método do arco:

observação da realidade (construção do problema) > identificação dos pontos-chaves
> teorização a hipóteses de solução > aplicação a realidade.

Para Meirieu (1998), um enfoque problematizador:

“É uma situação didática na qual se propõe ao sujeito uma tarefa que ele não pode realizar sem efetuar uma aprendizagem precisa. E essa aprendizagem, que constitui o verdadeiro objetivo da situação problema, [...] vencer o obstáculo na realização da tarefa. (p.192)”

Perrenoud (2002) acrescenta:

“Um procedimento clínico organiza-se em torno de situações singulares, que servem para mobilizar aquisições prévias, diferenciá-las, contextualizá-las e construir saberes ou necessidades de formação. (p.22)”

Micotti (in: BICUDO, 1999) enfatiza que cabe ao professor planejar situações problemáticas que tenham sentido e significado para os estudantes e selecionar materiais que sirvam de apoio para o trabalho que eles realizarão nas aulas, contendo atividades proporcionadoras de manifestação sobre dados disponíveis e possíveis soluções para os problemas que desencadeiem atividades intelectuais.

A Discussão das diferentes fases de promoção à saúde e prevenção de agravos é assim explorada nos planos de ensino.

“a gente mostra as várias fases de atuação na prevenção, fase primária, secundária e terciária”.

Foi destacado também, na ótica dos professores, o **Desenvolvimento de práticas/recursos educativos** como estratégia de tornar mais significativo este ensino para os alunos.

“eles desenvolveram um folder com uma linguagem coloquial...”

“a focar os fatores anti-ergonômicos de sala de aula e desenvolver palestras educativas em escolas”

Educação como estratégia de promoção à saúde e prevenção de agravos é componente essencial da Fisioterapia Preventiva.

Segundo L'abbate (1994), pretende-se com a Educação em Saúde transformar o futuro para melhor, contribuindo para o desenvolvimento dos profissionais de saúde como sujeitos autônomos.

Para Nicoletti (2005), estratégias educativas podem ser capazes de promover ações transformadoras sobre o conceito doença e saúde propiciando ações e atitudes que os conduzam a vivenciar experiências de saúde e desenvolvimento humano.

Oliveira e Silva (1994) abordam a relação entre educação e saúde como:

“fenômenos sem unidade possível: trata-se, informa-se, reivindica-se saúde, sendo a educação uma ação metodológica específica, introduzindo-se na área da saúde com base em modelos de intervenção pedagógico-sanitários”.(p. 37)

Candeias (1997), afirma que:

“Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra combinação enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra delineada distingue o processo de educação em saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade

sistematicamente planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.(p.209)”.

A vivência em **Iniciação científica** é também apontada como estratégia de ensino-aprendizagem:

“Eles passam o ano desenvolvendo projetos de pesquisa e trabalho”.

“Ai a gente desenvolve um mini-projeto de consultoria a empresa.”

De acordo com o Fórum de Pró-reitores de Graduação das Universidades Brasileiras de 2000, “a pesquisa, compreendida como processo formador, é elemento constitutivo e fundamental do processo de aprender a aprender/aprendendo, portanto prevalente nos vários momentos curriculares”.

Assim, os docentes propõem **articular teoria com a prática e estimular a criatividade nos alunos.**

“...conciliar o referencial teórico dado por nós professores com a prática propriamente dita.”

“Desenvolver a criatividade, a pesquisa, tem que Ir a luta.”

Arent (1993) comenta que, ao desenvolver atividades práticas com embasamento teórico, os alunos utilizam seus saberes nas situações que experimentam, se organizando e atuando para a aprendizagem, com sentido e com significados mais imediatos de aplicação. Oportunizar essas situações aos alunos,

possibilita a participação cada vez mais intensa na resolução de atividades, e promoção do processo de construção pessoal.

Para o autor, tal atividade tem como ponto extremamente interessante o fato de permitir ao aluno aprender fazendo na interatividade e na conjugação de atividades correlacionadas como sujeitos que são, agentes e pacientes que se influenciam mutuamente. A ação estabelece imbricações, dinamiza processos, exige iniciativa, atuação e realização dos agentes. A aprendizagem jamais se dá no isolamento, mas se dá na interação com os outros.

Sacristan (1999) afirma que:

“A relação teoria-prática é a abordagem certa para penetrar nessa complicada interação entre o que sabemos sobre algo e as formas de fazer as coisas para que se assemelhem aos resultados que consideramos aceitáveis e desejáveis”. (p. 18)

Vasquez (1977) assim se coloca a respeito da relação teoria-prática:

“A teoria em si (...) não transforma o mundo. Pode contribuir para a sua transformação, mas para isso tem que sair de si mesma e, em primeiro lugar tem que ser assimilada pelos que vão ocasionar, com seus atos reais, efetivos, tal transformação. Entre a teoria e a atividade prática transformadora se insere um trabalho de educação das consciências, de organização dos meios materiais e planos concretos de ação; tudo isso como passagem indispensável para desenvolver ações reais, efetivas. Nesse sentido, uma teoria é prática na medida em que materializa, através de uma série de mediações, o que antes só existia idealmente, como conhecimento da realidade ou antecipação ideal, de sua transformação” (p.206).

Segundo o autor, não há prática como atividade material sem a produção de finalidades e conhecimento que caracterizam a atividade teórica. Urge a necessidade de atingir uma compreensão teórica suficiente e, relacioná-la à prática. A atividade teórica é importante como mediadora para novos conhecimentos ou novas interpretações dos fatos; a atividade teórica transforma nossa consciência.

Autores como Pimenta (1995), Giroux, (1997) e Veiga (1995), entre outros, têm se debruçado sobre essa questão os quais sugerem uma visão de unidade entre teoria e prática, enfatizando uma união em busca de conhecimentos que auxiliem na superação de problemas do cotidiano; o conhecimento é colocado como algo inacabado, em constante transformação e movimento.

Entende-se, portanto, que um primeiro passo consiste na aproximação do professor à realidade/ambiente sobre a qual irá atuar; isto facilitará a seleção de conteúdos e as estratégias adequadas ao contexto vivido por ele e seus alunos.

Ao lado destas estratégias mais problematizadoras, os quatro professores investigados também utilizam **aulas expositivas**.

“Aulas expositivas independentes do recurso, ...”

Uma preocupação com atividades que propiciem a **interação com os alunos** é enfatizada por um dos docentes.

“Interação com os alunos até que o aluno compreenda o que está sendo passado”.

Coll e Bole (1996), comentam que a intervenção no processo de aprendizagem dos alunos envolve uma intencionalidade que deve ser considerada no planejamento de qualquer prática educativa, de forma a possibilitar a transformação dessas intenções em propostas operacionalizáveis.

Veiga (2001) comenta que o envolvimento do aluno no estudo de um determinado assunto, a construção das apresentações do conteúdo, a interação com

colegas e professor e as discussões com a turma, inclusive o professor, são aspectos que favorecem a mobilização no processo do conhecimento.

Segundo Sozogno (2005), a indissociabilidade ensino-pesquisa, seja qual for seu entendimento ou aplicação dentro do processo de ensino aprendizagem, se revela como extremamente proveitosa para professores e alunos.

A Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI através de um relatório para a UNESCO (DELORS, 2001), estabelece referenciais que poderiam fundamentar inovações metodológicas no ensino da disciplina investigada: o saber, ou seja, a construção da base teórica no ensino da Fisioterapia Preventiva, contextualizando a prática; o saber fazer, que se manifesta como o domínio das técnicas nas praticas que a disciplina exige; o saber ser que envolve uma formação global que vai além do conhecimento e domínio; o saber conviver com as constantes mudanças e transformações da ciência.

Para os professores e alunos saber conciliar estes saberes exige uma permanente postura de avaliação das estratégias de ensino-aprendizagem, visando articular os conteúdos e práticas avaliativas dentro desse conceito.

Com relação às estratégias de avaliação utilizadas nas disciplinas/módulos investigadas, foram observadas quatorze unidades de registro de onde emergiram sete categorias. A categoria mais citada no estudo foi à **avaliação através de provas, seminários, relatórios, folders.**

“... desenvolveram um folder com uma linguagem coloquial”

“... provas e seminários. Na parte prática, observação dos grupos durante a atuação e os relatórios”

Participação e interesse emergem como a segunda categoria mais citada nas entrevistas.

“Eu trabalho em cima do dia-a-dia, a participação do aluno, o interesse.... “

Avaliação da capacidade de iniciativa é apontada em uma das instituições.

“... eu procuro dar o direito a liberdade dele criar e compreender a visão dele naquilo que busquei”

Um dos docentes enfatiza a relevância de ser avaliada a **criatividade** e a capacidade de **improviso** por parte do aluno.

“... ele tem que trabalhar principalmente a criatividade, o improviso”

Ainda nas estratégias avaliativas emerge a **avaliação de atividades de pesquisa e trabalho**.

“Eles passam o ano desenvolvendo atividades de pesquisa e trabalho”.

Batista e Silva (2001) comentam que a escolha do instrumento de avaliação deve ser resultado de análise do que se pretende alcançar, da natureza do conhecimento avaliado, das estratégias de ensino utilizadas e da quantidade de alunos a serem avaliados.

Luckesi (1995, p.10) considera que “avaliação é um ato dinâmico que qualifica e subsidia o reencaminhamento da ação, possibilitando conseqüências no sentido da construção dos resultados que se deseja”.

Segundo Freitas (1995, p. 254), a avaliação representa “*um ato pedagógico destinado a diagnosticar o desempenho do aluno e corrigir os rumos da aprendizagem em direção aos instrucionais propostos pela disciplina*”.

Para Hoffmann (1998), avaliação é sinônimo de evolução. Avaliação é, basicamente, acompanhamento da evolução do aluno no processo de construção do conhecimento. Segundo o autor, não se pode postar no final do caminho. É preciso acompanhá-lo durante todo o percurso.

Schanaider (2000), acredita que a avaliação contínua permite mobilizar e quebrar a inércia de comportamentos passivos, alimentando transformações e ativando uma prática reflexiva sobre as ações docentes, discentes e institucionais.

5.2. O Corpo Docente: perfil e concepções.

Participam do ensino da Fisioterapia Preventiva nas instituições analisadas, cinco professores, dos quais foram entrevistados quatro (três de uma instituição e um de outra). Todos são fisioterapeutas e portadores de pós-graduação *lato sensu*: dois possuem especialização em Fisioterapia Pneumo-Funcional, um em Fisioterapia Traumato-Ortopédica e um em Educação em Saúde e Metodologia do Ensino Superior.

Três professores se encontram na faixa etária entre vinte e cinco e trinta anos e um acima dos cinquenta anos. Quanto ao tempo na docência superior, um com pouco menos de um ano, um com dois anos, um com quatro anos e um com mais de dez anos como professor de graduação. Em relação ao tempo de vivência profissional, um possui dois anos como graduado, outro dez anos, um outro sete anos e um último a mais de vinte anos. Quanto ao gênero, dois são do sexo masculino e duas do sexo feminino.

Em relação ao local de origem, dois são procedentes do Estado da Paraíba, um do Rio Grande do Sul e um do Paraná.

Os professores apontam diferentes trajetórias para se tornarem docentes. A análise das entrevistas aponta oito unidades de contexto com suas respectivas unidades de registro, das quais emergiram sete categorias de análise.

Ingresso por convite na carreira docente predomina na trajetória dos professores de fisioterapia preventiva investigados.

“Foi então que em 2003, recebi o convite para lecionar na...”

Todos os professores **iniciam sua docência por outras áreas** disciplinares, **encontrando-se posteriormente com o ensino da fisioterapia preventiva.**

“fui contratado para ministrar aula de métodos e técnicas de avaliação funcional.”

“Fiquei nessa cadeira por mais ou menos dois anos e logo após eu entrei nas disciplinas de fisioterapia preventiva”.

Os motivos que levam os docentes a iniciarem suas carreiras vão da **casualidade e intencionalidade**.

“Pura casualidade. Trabalhava em Curitiba com Reabilitação para Cardíacos... conheci... foi meu paciente, o Diretor da PUC, que me convidou para ser professora...”.

“Mais eu sempre tive intenção de ser um professor de ensino superior”.

Um dos professores, explicitando sua intencionalidade, a identifica ainda na sua etapa como estudante, quando apareceu o **gosto natural e sua identificação com a docência**.

“... eu sempre fui um aluno que ia à frente da sala de aula expor minhas idéias, ajudavam a explicar a matéria com o professor e busquei o Ensino Superior”.

Dos quatro professores, apenas um desenvolveu uma **busca direcionada para a capacitação específica na docência**.

“fiz a pós em Metodologia do Ensino Superior. Assim começou minha carreira como professora”

Configura-se, desta forma, uma pluralidade de motivações para ingressar na docência em Fisioterapia, dado que corrobora achado de estudos realizados no âmbito da docência universitária em saúde. (Zabalza, 2004; Pimenta e Anastasiou, 2002; Batista e Silva, 2001).

Esta pluralidade remete a complexa rede de interações sociais nas quais os professores tornam-se docentes do ensino superior, desvelando subjetividades produzidas em meio a contextos sócio-acadêmicos historicamente condicionados.

Segundo Fontana (2000), a forma com alguém se torna professor (a) é histórica e está vinculada com as relações sociais. Os indivíduos que se tornam professores vão se apropriando das experiências práticas e intelectuais, dos valores éticos e das normas que regem o cotidiano educativo.

A autora comenta que: “nesse processo, vão constituindo seu ‘ser profissional’, na adesão a um projeto histórico de escolarização”.

Na análise das entrevistas referentes às concepções de ensino aprendizagem, nas entrevistas com os quatro docentes responsáveis pelo ensino da Fisioterapia Preventiva, surgiu dezoito unidades de registro que foram agrupadas em dez categorias de análise.

Estímulo à aprendizagem ativa e ao raciocínio foi a categoria mais citada.

“Quando coloco o aluno para fazer cartazes, quando o ponho para desenhar, criar frases e colocar para a comunidade.. é uma loucura!”

Para Merieu (1998), aprender é um “processo que somente ocorre pela interação entre informações disponíveis e um processo singular de apropriar-se das informações, configurando-se sentidos, significados” (p. 69).

Masetto (1998) comenta que quando discutimos a aprendizagem:

“entendemos buscar informações, rever a própria experiência, adquirir habilidades, adaptar-se às mudanças, descobrir significados nos seres, nos fatos, nos fenômenos e nos acontecimentos, modificar atitudes e comportamento. Atividades todas que apontam para o aprendiz como agente principal e responsável pela sua aprendizagem” (p14.)

Almeida (2005) sugere como desejável o papel ativo dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem; mudança de ênfase: dos conteúdos para o processo de aprendizagem ativa e independente e a superação da dicotomia entre teoria e prática, valorizando o trabalho articulado com serviços de saúde e populações.

Para Haidt (1994) a mobilização dos esquemas mentais leva o sujeito a participar ativamente da ação de adaptar-se ao meio, quer pela assimilação, quer pela acomodação. Conforme o autor, a aprendizagem é a assimilação de dados novos aos esquemas mentais anteriores, e a conseqüente reorganização ou reestruturação, tanto de dados assimilados como também dos esquemas de assimilação anteriores, para se ajustarem aos novos dados (p.35).

O raciocínio é um componente essencial do processo de aprendizagem. Para Zabalza (2004) a aprendizagem significa a união de pequenas peças de conhecimentos e habilidades até construir uma aprendizagem mais complexa.

A importância da **articulação da teoria com a prática** emerge como uma constituinte do processo.

“... análise fotográfica de postos de trabalho... conciliar o referencial teórico com a prática.”

Kolb (1997) identifica um modelo de representação do modo como as pessoas aprendem denominado “modelo de aprendizagem vivencial”, pela sua ênfase no papel da experiência no processo de aprendizagem.

Segundo esse modelo, a aprendizagem seria um ciclo quadifásico que requereria quatro habilidades:

1. capacidade de se envolver completa, aberta e imparcialmente em novas experiências, a experiência concreta;
2. reflexão acerca das experiências e sua observação a partir de diversas perspectivas, a observação reflexiva;

3. criação de conceitos que integrem suas observações em teorias sólidas em termos de lógica, a conceituação abstrata;
4. utilização dessas teorias para tomar decisões e resolver problemas, a experimentação ativa.

A busca ativa de informação, dentro de uma estratégia de **problematização** do ensino, com um **enfoque na prevenção** foi a categoria que emergiu nas entrevistas com alguns docentes.

“Nós fizemos uma prática observando quais eram as posturas e eles fizeram um levantamento disso.”

“Eu enfoco muita a questão da prevenção mesmo”

Nos dias de hoje, ocorrem apelos constantes na busca de conhecimentos que se transformam aceleradamente no âmbito social, político e econômico. A educação torna-se então, uma exigência no cotidiano das relações sociais de sobrevivência que abrange desde a inserção à permanência no mercado de trabalho.

Batista (2004) comentando sobre condições favorecedoras ressalta a “contextualização da aprendizagem buscando-se a historicidade dos temas abordados e suas relações com a prática” (p.64).

Trabalho em pequenos grupos e a preocupação com estratégias que tornem a **aprendizagem significativa** emerge também como concepções do processo.

“A gente dividiu a turma em grupos e levou para uma comunidade carente”

“...existia uma teoria que eles tinham que dominar.”

Para Ausubel (1978), o principal no processo de ensino é que a aprendizagem seja significativa. Isto é, o material a ser aprendido precisa fazer algum sentido para o aluno.

Para ocorrer aprendizagem significativa é preciso haver duas condições:

a) o aluno precisa ter uma disposição para aprender: se o indivíduo quiser memorizar o material arbitrariamente e literalmente, então a aprendizagem será mecânica;

b) o material a ser aprendido tem que ser potencialmente significativo, ou seja, ele tem que ser logicamente e psicologicamente significativo: o significado lógico depende somente da natureza do material, e o significado psicológico é uma experiência que cada indivíduo tem. Cada aprendiz faz uma filtragem dos materiais que têm significado ou não para si próprio.

Moreira (1999), afirma que a aprendizagem significativa é uma maneira por meio do qual uma nova informação relaciona-se, de maneira substantiva (não-literal) e não-arbitrária, a uma condição relevante da estrutura de conhecimento do indivíduo. Em outras palavras, os novos conhecimentos que se adquirem relacionam-se com o conhecimento/vivência prévio que o aluno possui.

Almeida (2005) afirma que a aprendizagem significativa se situaria em algum ponto entre o discurso do conhecimento científico e o discurso do conhecimento reflexivo.

Estímulo ao raciocínio e interação professor aluno ocupa um enfoque dentro das entrevistas.

“... não dispense o quadro... faz um desenho, um esquema pra melhorar o entendimento”.

“Interação com o aluno... até que o aluno compreenda.”

Zabalza (2004) comenta que:

“aprender é como conversar: recriamos nosso próprio discurso à medida que interagimos com o discurso alheio, ou seja, o que os outros dizem ou fazem modifica o que eu mesmo digo ou faço...A

aprendizagem desse modo, é um processo mediado pela interação com o meio e com as pessoas que fazem parte dele, especialmente professores e colegas.” (p.194).

Os professores ressaltam ainda o papel de **supervisão e mediação** do docente **no processo de ensinar**.

“... estavam sempre respaldados pra terem segurança e não cometerem erros.”

“... nós vamos trabalhar uma situação sempre problema da região.”

Entende-se que as transformações sociais exigem um diálogo com as propostas pedagógicas, onde o professor assume um lugar de mediador no processo de formação do profissional, estruturando cenários de aprendizagem que sejam significativos e problematizadores da prática profissional (Brew e Boud, 1998; Harden e Crosby 2000).

O docente deve desenvolver, nesse enfoque, ações de ensino que incidem nas dimensões ativas e interativas dos alunos, discutindo e orientando-os nos caminhos de busca, escolha e análise das informações, contribuindo para que sejam desenvolvidos estilos e estratégias de estudo, pesquisa e socialização do que foi apreendido. Insere-se, ainda, o esforço em propiciar situações de aprendizagem que sejam mobilizadoras da produção coletiva do conhecimento.

Segundo Sozogno (2005), o entendimento da função docente como mediadora das relações com o objeto do conhecimento nos leva a reconhecer a sua complexidade na medida em que interagem diferentes projetos de aprendizagem. Nesse sentido, impõe-se um desafio para o professor: investir em situações que sejam favorecedoras da aprendizagem significativa, implicando: valorização do conhecimento prévio dos alunos; relação dos conteúdos com a prática profissional; articulação dos conteúdos trabalhados com as outras disciplinas e possibilidades de aplicação das informações abordadas.

Para Batista (2005, p.69) “a docência mediadora é uma pratica que vai sendo construída no processo ensino-aprendizagem, ancorando-se no pensar do professor sobre ”o que fiz, o que estou fazendo, porque estou fazendo e o que posso fazer””.

Em relação ao processo ensino-aprendizagem no contexto da Fisioterapia propriamente dita, investigaram-se especificidades deste ensino na ótica dos professores. Um primeiro aspecto apontado foi a **abrangência do processo**.

“Você trabalha desde a prevenção, o tratamento a reabilitação, bem como o posicionamento desse individuo. Recolocá-lo no mercado de trabalho”.

A categoria mais explicitada é a **mudança de paradigma** que a disciplina ou o módulo assume, tirando o estigma de que fisioterapia é só reabilitação.

“Eu acho muito importante essa área de atuação do... pois ai desfaz a idéia... só pode trabalhar com a doença.

“ela tem a finalidade de atuar numa primeira fase, porque as pessoas pensam sempre que se fala em fisioterapia, é tratar uma pessoa já lesionada...”

A **relevância da pratica** e do contato direto com a realidade é apontada como necessária no processo ensino-aprendizagem da disciplina estimulando os alunos a **iniciação científica e a projetos de intervenção**.

“Fisioterapia preventiva é rua. É vivenciar lá fora.”

“Trabalhar mais a liberdade através de projetos de pesquisa”

Um dos professores salienta o caráter transdisciplinar da prevenção, o que indicaria a necessidade da inserção longitudinal de seu ensino.

“Nunca deveria estar no primeiro e segundo ano. Ela deveria acontecer no primeiro, segundo, terceiro e quarto ano. Todos os anos”.

Enfoque na ética profissional e no mercado de trabalho emergem como outras especificidades do processo ensino-aprendizagem em Fisioterapia Preventiva.

“... em cima da fisioterapia preventiva está trabalhando juntamente a ética profissional... e trabalhar mais a critério de pesquisa.”

“A Fisioterapia preventiva tem que preparar... inclusive para o mercado de trabalho. Ele (o aluno) não consegue ter a visão de como nós temos um mercado aberto”.

Outro aspecto investigado com os docentes nas suas concepções foi as habilidades que deveria ter um bom professor de Fisioterapia Preventiva. Na análise das respostas emergiram oito atributos. O mais apontado foi **ter interação com os alunos**:

“Ele tem que conseguir passar as idéias para os alunos”.

“Fazer o aluno entender a importância da Fisioterapia preventiva”.

Vivência e experiência que possibilite **transmitir segurança** ao aluno no seu processo de construção de conhecimento são dois outros atributos apontados.

“... vivência, experiência na prática.”

“... (o aluno) precisa da oportunidade de se exercitar e ver do que é capaz”.

Saber associar a teoria com a prática emerge assim como outro atributo **essencial** à própria docência.

“Associar a teoria com a prática, através das vivências em diferentes locais de trabalho e colocar o aluno nessas vivências”

Ter criatividade e disposição, ser um articulador estratégico e estimular a iniciação científica, são outros atributos apontados.

“Criatividade, disposição... e conhecimento teórico mesmo”

“Ser um bom articulador estratégico”

“Trabalhar mais a liberdade através de projetos de pesquisa. Iniciação de Projetos”.

Abdalla e colaboradores (2005) comentam que:

“Uma importante possibilidade de investigação parte da apreensão das concepções de professores e futuros professores sobre suas características, entendendo-as como construções histórico-sociais”.(p.106)

Para Masetto (1992), são características docentes facilitadoras da aprendizagem:

“ coerência entre discurso e ação; segurança, abertura à crítica e às propostas dos alunos, capacidade de diálogo; competência específica em sua área de conhecimentos; competência didática; clareza e objetividade na transmissão de informações; preocupação com o aluno e seus interesses; incentivo à participação e capacidade de coordenação das atividades; relacionamento pessoal e amigo; paixão pela docência.(p.25)”

Para Delors (2001), o professor, para ser eficaz: terá de utilizar competências pedagógicas muito diversas e as qualidades humanas como autoridade, empatia, paciência e humildade.

Basso (1998) afirma que o professor para ser bem sucedido deve saber integrar significado e sentido. Devem procurar adequar a compreensão do significado de seu trabalho, encontrando melhores condições objetivas ou lutando muito por elas, e, em alguns casos, contando com apoio institucional, concretizando uma prática pedagógica mais eficiente e menos alienante.

Na visão de Batista e Silva (2001), o bom professor, longe de ser uma abstração, é uma construção contínua de todo o docente comprometido com uma formação profissional que extrapole a mera aprendizagem de conhecimentos e técnicas. Ele reflete sobre esses atributos organiza e delinea uma intervenção pedagógica atenta à complexa rede de dimensões que permeia sua função social.

5.3 O ensino da Fisioterapia Preventiva na ótica dos discentes: expectativas e avaliação.

Sobre as características dos discentes entrevistados, a idade variou entre dezenove e quarenta e cinco anos, com uma incidência maior entre vinte e trinta anos, todos os alunos estavam cursando o quarto ano; três alunos já possuíam uma outra graduação; doze alunos são da escola privada e oito da pública. Quanto ao gênero, o sexo feminino foi predominante nas entrevistas.

Na análise das respostas dos alunos em relação a questão “Antes de frequentar as aulas de Fisioterapia Preventiva, quais eram suas expectativas em relação a essa disciplina?” foram identificadas vinte e sete unidades de contexto, das quais foram apreendidas dez categorias de análise.

Coerentemente com os objetivos da disciplina, a expectativa mais citada é a possibilidade de **capacitação para a prevenção de doenças**.

“Terminar a disciplina com habilidades para atuar na prevenção de lesões e patologias”

Aproximação com a realidade vivenciada pela comunidade possibilitando **observação da qualidade de vida** da população são expectativas apontadas pelos alunos.

“Pensava que a gente ia chegar lá com os pacientes, ia conversar com eles, ver os problemas que eles têm.”

“... ver como é que era o modo de vida deles, a qualidade de vida”

De fato, a Fisioterapia Preventiva é uma disciplina que, através de atividades/práticas educacionais desenvolvidas durante a graduação em Fisioterapia procura contribuir para a mudança de comportamento de certas comunidades nos Estados do Amazonas e Pará, no tocante a cuidados em saúde. É uma experiência construída conjuntamente com professores e alunos no decorrer da disciplina, a partir de vivências em cenários e práticas não restritas a atendimento terapêutico ou reabilitador e sim voltadas para ações em saúde no terceiro ano da graduação.

Centra seu foco no cenário do trabalho, da escola e da comunidade. Os alunos interagem com o desafio de vivenciar conflitos do cotidiano de famílias, inclusive com a resistência por parte dessas comunidades que esperam receber tratamento, em vez de aprender a cuidar da saúde. O processo privilegia o ensino baseado na observação, levantamento e busca de resolução de problemas com atividades estruturadas a partir dos levantamentos realizados anteriormente. As atividades acontecem em parcerias com empresas, escolas e associação comunitária com os alunos participando das estratégias de promoção à saúde e ações preventivas voltadas para a atuação fisioterapêutica.

Após o término da disciplina os alunos saem com uma visão diferenciada da profissão no tocante a sentirem-se também capazes de prevenir doenças.

Schanaider, (2000), afirma que o conhecimento da realidade e do ambiente facilita a compreensão futura no lidar com as dificuldades no atendimento a população carente, inculcando a idéia da importância da oportunidade de uma simples consulta para os menos favorecidos.

A educação para a saúde é também realçada como expectativa a ser desenvolvida no decorrer da disciplina/módulo.

“desenvolvermos um trabalho de orientações e auxílio na população de uma comunidade”

A Fisioterapia Preventiva, no momento em que parte para as práticas extramuros, com o embasamento teórico necessário, passa a utilizar-se de estratégias de educação em saúde, através de construção de material informativo. O “ensinar a fazer” corretamente as atividades do dia-a-dia, as palestras, o processo de diálogo junto às comunidades, requerem uma aproximação com o processo de educação em saúde.

Schanaider (2000) comenta que o conhecimento e familiarização com os distintos matizes nos diversos níveis de complexidade dos serviços de saúde, incorporando a capacidade de trabalho em equipe multidisciplinar, prestando serviços ao alcance universal da comunidade, inteirando-se do ambiente biopsico- social relacionando às doenças são as virtudes desta proposta pedagógica na reordenação do ensino de graduação.

Embasamento teórico e possibilidade de **articulação da teoria com a prática** são também expectativas a serem desenvolvidas.

“... achava que tinha muito embasamento teórico e dava realmente uma resposta. É uma matéria excelente para o curso.”

“Entender e saber aplicar nas pratica os conteúdos da disciplina.”

Três alunos apontam, respectivamente, reconhecer na disciplina a possibilidade de **capacitação para o ensino e para a pesquisa**, para o **trabalho na atenção básica a saúde no contexto do SUS** e para o **conhecimento do campo de atuação do fisioterapeuta**.

“Varias, mais para pesquisa, didática.”

“a oportunidade de trabalhar com o SUS, de trabalhar com a prevenção na Atenção Básica a Saúde”.

“Conhecer a atuação da fisioterapia e aprender em campo como evitar doenças e suas complicações”.

A importância de deixar os alunos buscarem os conceitos e não apresentá-los prontos, acabados; de mostrarem diferentes visões e concepções sobre um determinado conhecimento, superando a linearidade; de contextualizarem historicamente o conhecimento, fazendo-os perceber as mudanças que ocorrem ao longo do tempo; de formarem sínteses das principais idéias, conceitos e pensamentos diante da grande produção de conhecimentos, são caminhos possíveis ao ensino reflexivo que julgamos necessário aos novos tempos. (SORDI, 1998).

O aluno, ao ser estimulado para a investigação desde cedo, desenvolve um raciocínio que o instiga a curiosidade e a busca constante de conhecimentos e para a aplicação dos mesmos.

Freire (1996) afirma que: *“... O exercício da curiosidade convoca a imaginação, a intuição, as emoções, a capacidade de conjecturar, de comparar, na busca da perfilização do objeto ou do achado de sua razão de ser.”*(p: 97).

Do total de alunos investigados, três não conseguiram identificar expectativas por desconhecimento do tema na etapa que antecedia a disciplina/modulo.

Na avaliação da disciplina, cinquenta e cinco por cento dos entrevistados consideram que suas expectativas foram alcançadas, trinta por cento não e quinze por cento que foram parcialmente satisfeitas.

Estes resultados talvez sejam um reflexo da necessidade de qualificar melhor os professores levando-se em conta a vivência/experiência do docente na sua prática.

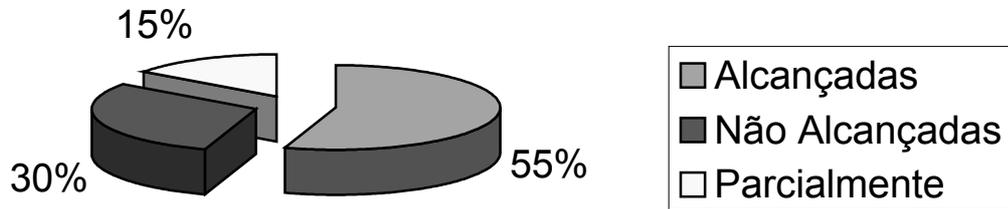


Gráfico 1: Avaliação discente do ensino em relação às expectativas.

No entanto, cem por cento deles concordam com a obrigatoriedade deste ensino.

Na avaliação sobre o que foi mais relevante na disciplina/módulo na ótica dos discentes, foram apontadas vinte unidades de registro e sete categorias de análise. A categoria que mais se destacou foi à **convivência na comunidade**.

“A oportunidade de estar em contato direto com a sociedade”.

Para alguns discentes, o que mais chamou a atenção foi a **prevenção de doenças ocupacionais e a aquisição de novos conhecimentos**.

“Foi o modo como as pessoas se posicionaram, quando elas chegam no ambiente de trabalho elas estão todas prontas e aí a gente procura ajeita-las.”

“Eu vi que tem muita coisa que com um simples ato se pode evitar tanta coisa ruim”;

A **percepção dos problemas sociais e o desafio que essa disciplina oferece** foram categorias também salientadas durante as entrevistas.

“pessoas pobres... o que até então imaginava que pela educação, pela televisão, pelos jornais que a gente lê, que infelizmente continua faltando educação sexual, educação como respeito, educação da escola...”

“o desafio de tornar a fisioterapia uma ciência voltada para a prevenção que é tão pouco explorada em nosso meio devido a forte tendência reabilitadora.”

Haddad e colaboradores (2006, p. 204) afirmam que: “A prática dos fisioterapeutas tem consistido em assistência à doença, ocorrendo de forma fragmentada por áreas específicas do conhecimento, e, de maneira geral, afastada dos reais problemas de saúde da população”.

Segundo os autores, a partir da década de oitenta, a Fisioterapia passa por um processo de transformação, no qual o fisioterapeuta, timidamente e por iniciativa própria vai adentrando em outras áreas, que não seja recuperação e reabilitação.

Na década de noventa, com a Lei de Diretrizes e Bases (LDB n 9.394/96), que passou a estabelecer o direito das Universidades elaborarem seus próprios currículos, “os cursos de Fisioterapia incorporaram a prevenção nas suas estruturas curriculares”.

A Fisioterapia Preventiva é, portanto, um desafio constante devido à própria história da profissão. Cabe aos acadêmicos, professores, Universidade e Governo, um amplo trabalho de divulgação para que a Fisioterapia Preventiva ocupe o seu lugar e possa estar levando à população meios de promoção à saúde.

A **prevenção** como um todo e a **ergonomia** foram pontos que chamaram a atenção dos discentes em relação a Fisioterapia Preventiva.

“O aspecto preventivo em si, pois permite uma atuação diferenciada, não só curativa.”

“A ergonomia.”

Segundo a definição dada pela Ergonomic Research Society, ergonomia é o estudo do relacionamento entre o homem e o seu trabalho, equipamento e ambiente, e particularmente a aplicação dos conhecimentos de anatomia, fisiologia e psicologia na solução dos problemas surgidos desse relacionamento (Iida, 1998).

A Fisioterapia Preventiva quando focada no ambiente de trabalho, pretende prevenir o aparecimento de Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORTs) através do levantamento, estudo e análise do ambiente, do uso do instrumento de trabalho, da biomecânica das atividades executadas, as posturas adotadas no trabalho e através de palestras, correções posturais, técnicas de consciência e esquema corporal, busca de maior funcionalidade no ambiente do trabalhador, adoção de pausas no trabalho e medidas que incluem alongamentos, relaxamento e fortalecimento específicos para melhor qualidade de vida do trabalhador.

Particularmente em Manaus, com as indústrias da Zona Franca, esse espaço tem se constituído como um local rico para essas aprendizagens.

A auto-avaliação dos alunos em relação a suas capacidades de atuarem na prevenção de lesões ou patologias ao final da disciplina/módulo aponta que, de dezenove alunos, nove se sentem preparados para esta atuação, oito não se consideram e dois parcialmente. O que levou a maioria dos alunos a demonstrarem incapacidade para prevenir lesões e/ou patologias? Percebe-se que, nas entrevistas com os discentes percebe-se uma carência de conhecimentos e de insegurança na prática.

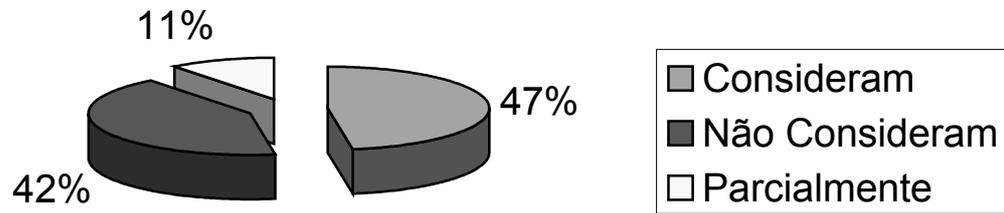


Gráfico 2: Preparo para atuação na prevenção de lesões ou patologias.

Necessidade de maior carga horária destinada a atividades práticas e treinamento para o trabalho em equipe multidisciplinar são fatores apontados como dificultadores da aprendizagem dos alunos.

Por outro lado, a auto-avaliação em relação ao preparo para a atuação na Atenção Básica à Saúde no contexto do SUS mostra a seguinte distribuição: nove se consideram preparados, seis parcialmente e cinco ainda não.

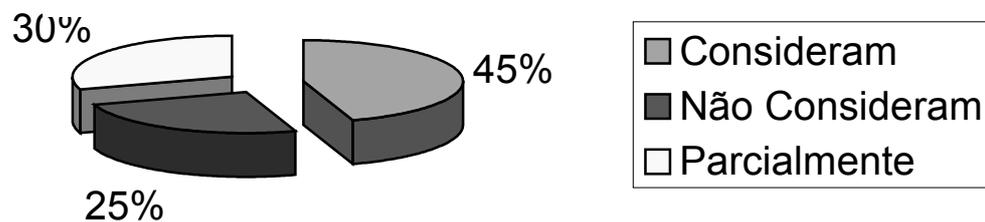


Figura 3: Preparo para atuação no SUS.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde, incluindo aí a Fisioterapia, recomenda a incorporação da discussão e vivência do SUS nos projetos pedagógicos.

Haddad e colaboradores (2006) enfatizam a necessidade de valorização:

“dos postulados éticos, a cidadania, a epidemiologia e o processo saúde-doença-cuidado, no sentido de garantir formação contemporânea de acordo com referências nacionais e internacionais de qualidade e inova ao estimular a inserção precoce e progressiva do estudante no SUS, o que lhe garantirá conhecimento e compromisso com a realidade de saúde do seu país e de sua região.”(p212).

Sensação de insegurança e pouco tempo para a capacitação são fatores que interferiram negativamente neste aprendizado.

“Preparado, preparado eu não estou. Ah eu sou muito receoso, eu tenho medo de não saber o que estou fazendo, por mais que eu leia, por mais que eu estude, por mais que eu procure as coisas, ainda tenho receio de saber se é exatamente aquilo que eu tenho que fazer”.

Um preparo parcial é realizado pelos alunos especialmente por um enfoque privilegiado em áreas específicas em detrimento de outras.

“Apenas no sentido de melhorar a postura em algumas atividades diárias”.

Na avaliação dos discentes sobre as práticas e atividades extra-classe, percebeu-se vinte unidades de registro agrupadas em sete categorias de análise. A categoria mais enfocada foi **prevenção da saúde do trabalhador**.

“Trabalhei muito com posturas, no... com as pessoas que trabalhavam lá e se posicionavam nas cadeiras. Se eram boas para elas ou não”.

As atividades extraclasse proporcionaram, para alguns discentes, o **prazer no contato com comunidades diferenciadas** e o **conhecimento das posturas corporais corretas**.

“é a importância de estar junto, de estar no local, seja na escola, na indústria, na empresa, na comunidade, o contato e conhecer aquela realidade.”

“uma vez que observamos várias alterações e desvios posturais devido a falta de prevenção.”

Um dos discentes aborda o **conhecimento real da prevenção** durante as práticas.

“Foi proveitosa para aprendermos a prevenir sérias patologias.”

A **elaboração de um diagnóstico situacional** e o **aprendizado baseado na práxis** foram também apontados.

“Foi mais avaliando o local.”

“Tive um conhecimento muito bom, botar em prática o que aprendi na teoria.”

As atividades práticas da disciplina/módulo proporcionaram para alguns acadêmicos conhecimentos acerca da **saúde do escolar**.

“Aprendi sobre a fisioterapia preventiva escolar.”

Por fim, um dos alunos identifica um aprendizado relacionado a **atitude/comportamento** por meio destas atividades.

“Sobre como me comportar em várias situações.”

Segundo Schanaider (2000), é necessário evoluir e perceber as atividades extra-muros à realidade científica, cultural e social, vencendo barreiras, superando a resistência corporativa alicerçada no materialismo e no ócio.

Teixeira (2003) comenta que o trabalho, ao ser incorporado como princípio educativo, indica a inserção dos estudantes em múltiplos cenários de práticas. As novas diretrizes curriculares ampliam consideravelmente as possibilidades de problematização da realidade de saúde onde os estudantes irão atuar, do ponto de vista da identificação tanto dos problemas dos serviços de saúde e os limites e possibilidades dos processos de mudança em curso.

Na avaliação da preocupação com as especificidades amazônicas inseridas na disciplina, a maioria revela que **não houve preocupação nesse sentido** e que seria um ponto importante a ser levado em consideração.

“Acho que faltou bastante, isso ai faltou bastante, por exemplo, aqui... eu não sei como é nas outras regiões, por exemplo, aqui temos a questão dos rios que é um meio de transporte, os escarpamentos aqui é um acontecimento muito grande. Então a gente nem vê isso.”

Segundo o Relatório de Gestão 2004 da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (2005), os problemas de saúde do Amazonas são agravados pelas especificidades locais que incluem aspectos sócio-culturais, geográficos e demográficos, sendo destes os principais:

A baixa densidade demográfica; sistema de transporte deficitário (rodovias insuficientes e precárias, alto custo de transporte aéreo, transporte fluvial fora dos padrões de segurança, conforto e rapidez), o ciclo das águas dos rios – hidrovias –; grande número de pequenos núcleos populacionais domiciliados em áreas de difíceis acessos em regiões ribeirinhas de paranás e afluentes das grandes calhas dos rios;

saneamento básico inexistente ou em condições precárias, aumentando o risco de exposição aos agravos à saúde da população; maior população indígena do país, a qual exige adoção de políticas e ações diferenciadas.

A capital, que segundo a estimativa do IBGE para 2005, concentra cerca de 50,88% da população do estado, permanece até o momento responsável apenas pela atenção básica, sendo o Estado o gestor/executor da assistência especializada de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Ressalte-se que o Estado permanece ainda executando algumas ações de atenção básica em unidades próprias, tais como os Centros de Atenção Integral à Saúde - CAICs, Serviços de Pronto Atendimento- SPA, sem receber para tanto, algum tipo de financiamento por outras esferas, causando uma distorção do papel do gestor na área assistencial, gerando ônus com serviços que não fazem parte de sua responsabilidade de gestão, bem como dificultando o processo de organização e hierarquização da rede assistencial no município de Manaus.

No Pará, além das doenças tropicais comuns na região (malária, dengue, leishmaniose, hepatite C, etc) também tem que lidar com a realidade dos escarpamentos onde dezenas de vítimas, a maioria crianças, tem seu cabelo preso em uma peça, conhecida como eixo do motor, que fica na parte central do barco. Só para se ter uma idéia durante os últimos 20 anos foram registrados pelo menos 200 casos no Estado, onde as vítimas perderam a pálpebra, pele do pescoço, couro cabeludo, orelhas, e não raro o braço. Muitos deles são ribeirinhos que sobrevivem da pesca, pessoas extremamente humildes. (www.amazonia.org.br)

5.4. As propostas de aprimoramento

Na ótica dos docentes entrevistados, as propostas de aprimoramento do ensino se apresentam em sete unidades de registro e seis categorias de análise.

Freire (1996, p.9) tem trazido sua palavra para nos dizer que: “ a mudança é provocada pela luta histórica “ e que é a “curiosidade frente ao mundo que leva a curiosidade epistemológica”.

Contreras (1983), também realça que no espaço atual não existe lugar para a acomodação. É preciso recuperar o sentido do “ser professor” através da coragem de adaptar-se às constantes mudanças atuais.

A necessidade de **umentar a carga horária com mais aulas práticas** foi a categoria mais enfocada durante as entrevistas.

“Eu sugiro que tenha mais aulas praticas, os alunos pudessem ficar mais tempo no campo mesmo para que eles pudessem ter um aparato científico maior dentro da pratica deles”

Emergem ainda nas propostas de aprimoramento da disciplina atividades que possam **incentivar a pesquisa, a iniciação científica e até preparar o aluno para buscar o mercado de trabalho.**

“Trabalhar mais a critério de pesquisa. Iniciação de projetos. A fisioterapia preventiva tem que prepará-lo inclusive para o mercado de trabalho.”

Para que a disciplina possa ter um maior aproveitamento é necessário **diminuir a quantidade de alunos em sala de aula.**

“Aumentar a carga horária e não ter salas muito cheias de alunos”.

Para um dos professores, a disciplina deveria ter um **caráter transdisciplinar** e estar **trabalhando a ética profissional** conjuntamente.

“A fisioterapia preventiva nunca deveria estar no primeiro e segundo ano. Ela deveria acontecer no primeiro,segundo, terceiro e quarto anos. Todos os anos.”

“Foi sugerido trabalhar a prevenção a traves de palestras e juntamente coma disciplina estar trabalhando a ética profissional.”

Na visão dos discentes, as propostas de aprimoramento da disciplina apontam para vinte e uma unidades de registro e treze categorias de análise. A maioria dos discentes sugere **aumentar a carga horária** para que possam estar aprimorando mais a disciplina.

“A questão de aumentar a carga horária seria ideal”.

Durante as entrevistas com os discentes emerge a necessidade de acrescentar **mais aulas práticas** à disciplina e **uma abrangência maior em relação aos locais das práticas**.

“Ter mais aulas praticas, ter mais campo pra gente poder visitar, fazer pesquisas...!”

“Fazer visitas em locais variados para aumentar o conhecimento acerca do campo da prevenção”.

Uma outra categoria que é apontada como sugestões de aprimoramento seria **aumentar o conteúdo da disciplina e qualificar melhor os professores**.

“Que ela (a disciplina) fosse mais abrangente”.

“Colocar professores mais qualificados nessa área”,

Utilizar mais recursos audiovisuais e trabalhar mais a prevenção ocupacional também emergem como propostas de aprimoramento da disciplina na ótica de alguns discentes.

“Seria mais aulas extraclasse. Ter mais comunicação visual, vídeos”.

“Eles (os professores) botarem mais em cima da prevenção ocupacional...”.

A importância de preparar o aluno para adentrar **em novas realidades** e **mostrar para os alunos e comunidade a importância da Fisioterapia Preventiva** foram também realçadas.

“mostrar na parte teórica, os problemas, assim figuras que você olhe e perceba como é. Para quando você chegar num lugar não ficar espantado.”

“que possam ampliar o conhecimento não só do aluno mas também da sociedade que pouco sabe que a fisioterapia atua na área de prevenção.”

Um dos discentes enfoca que é importante **continuar com a ergonomia** e sugere separar o conteúdo da **disciplina investigada em módulos**.

“Deve continuar com ergonomia”.

“que ela possa ser separada em módulos, com fisioterapia escolar, fisioterapia na geriatria, fisioterapia na ergonomia...”

Como já salientado, o currículo mínimo incluiu a disciplina Fisioterapia Aplicada às Condições Sanitárias no ensino de graduação, abrindo espaço para o ensino da Fisioterapia Preventiva como uma nova área de conhecimento agregada ao currículo. No decorrer desses anos, essa disciplina tem sofrido um processo de aprimoramento contínuo e ainda inacabado.

Rebelato e Botomé (1999), partindo das necessidades reais da comunidade para a determinação dos conteúdos a serem ensinados comentam que “além de resultarem em um profissional que dominará determinados tipos de comportamentos que o definem como profissional, podem aumentar o grau de efetividade do ensino na resolução dos problemas sociais”.(p. 102).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Todo o nosso conhecimento tem princípio nos sentimentos.”

Leonardo da Vinci

VI. Considerações Finais

Num contexto mundial em que as mudanças são freqüentes em todos os setores, seja educação, economia, tecnologias, entre outras, este trabalho não pretende dar conta de toda a sua complexidade. Que se possam trazer à tona reflexões no sentido de contribuir para o melhor ensino da Fisioterapia Preventiva na Região Norte do Brasil e o aprimoramento da formação dos futuros fisioterapeutas para sua atuação na Atenção Básica à Saúde, tendo como referencial o modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), é a finalidade principal desta investigação.

A disciplina Fisioterapia Preventiva, apesar das inúmeras estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas, encontra-se ainda “engatinhando” no seu processo de crescimento na construção de autonomia e postura investigadora, atualizada e crítica, tendo em vista a prevenção como área de conhecimento e mercado de trabalho dos futuros fisioterapeutas.

O desenvolvimento desta pesquisa nos permite apontar caminhos que poderão aprimorar a formação de fisioterapeutas na Região Norte do Brasil, no tocante a seus papéis de prevenção e promoção da saúde no contexto do SUS.

O enfoque da Fisioterapia na perspectiva da integralidade voltada para a Atenção Básica à Saúde dentro das propostas do SUS deve ter um papel relevante no ensino da Fisioterapia Preventiva. Neste sentido, recomenda-se:

- ✓ Um maior enfoque à Atenção Básica à Saúde, contextualizando o Sistema Único de Saúde e sua relação com as necessidades de saúde da população na perspectiva da integralidade no cuidado.
- ✓ Que a formação no contexto da prevenção seja mais voltada para as especificidades amazônicas, onde o caboclo ribeirinho e as populações indígenas tenham também um “olhar” da Fisioterapia no tocante a prevenção.

- ✓ Fortalecer o aprendizado contextualizado nos cenários da realidade do cotidiano das pessoas, problematizando as contradições entre a prática de atenção a saúde centrada no modelo tradicional de assistência com foco nas doenças, priorizando uma formação comprometida com a promoção à saúde e prevenção aos agravos, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.
- ✓ Uma maior abertura por parte dos gestores em saúde, para que seja dada uma oportunidade real para as práticas acadêmicas desse ensino, não só nos Postos de Saúde, nos Centros de Atenção Integrada (à criança e ao adolescente, ao idoso) e na rede hospitalar como também no Programa de Saúde da Família e em outros programas em que a Atenção Básica à Saúde esteja atuando. Isso irá gerar profissionais mais capacitados para atender segundo os princípios do nosso Sistema Único de Saúde.

Com relação ao ensino propriamente dito, entendemos que, para a Fisioterapia Preventiva ocupar seu espaço e mostrar sua importância nesse novo campo profissional que se delineia, se faz necessário uma mudança dentro das propostas curriculares, que fazem parte do processo de formação profissional:

- ✓ Desencadeamento de discussões e reflexões sobre práticas que não são comuns na Fisioterapia, levando muitas vezes ao desconhecimento por parte dos próprios alunos, professores e comunidade sobre o verdadeiro papel do ensino da Fisioterapia Preventiva na formação do fisioterapeuta.
- ✓ Necessidade de aumentar a carga horária deste ensino, principalmente das aulas práticas. Há um descontentamento sobre o pouco tempo que a disciplina dispõe para que as propostas a serem desenvolvidas possam ir ao encontro dos objetivos a serem alcançados.
- ✓ Aumento da abrangência do campo de práticas, onde os estudantes possam desenvolver atividades práticas educativas com grupos de

idosos, gestantes, hipertensos, trabalhadores, entre outros é também um desafio a ser alcançado.

- ✓ Redução da quantidade de estudantes em sala de aula, dividindo as turmas em grupos menores.
- ✓ Maior discussão deste ensino no âmbito do Projeto Político Pedagógico não o restringindo a um momento pontual da grade curricular, mas sendo também enfatizado no contexto das demais disciplinas e/ou módulos do currículo.
- ✓ Enfoque no incentivo a pesquisa por meio da iniciação científica e o preparo do acadêmico para adentrar no mercado de trabalho, no caso dessa disciplina, um mercado ainda em fase de construção. Seria de fundamental importância que essa proposta fosse um dos objetivos dos cursos de Fisioterapia.

Acredito que, como a disciplina é voltada para a atuação da Fisioterapia na atenção primária à saúde, pode-se estar direcionando, além das atividades preventivas que todo profissional de saúde deve conhecer, o foco para atuação da profissão, em atividades que cabem ao fisioterapeuta desempenhar.

Essa pesquisa, que desde o início tem me apaixonado, foi-se desvendando aos poucos como um espaço de conhecimentos e práticas em construção. Acredito que não existe uma receita única, ela é construída no dia-a-dia no projeto político-pedagógico do curso, por professores e estudantes em parceria constante com o grupo comunitário e com os serviços de atenção à saúde.

Esperamos ainda, através desta pesquisa, que as Instituições de ensino, os gestores, professores e alunos, possam estar refletindo sobre formas de melhorar o ambiente e a qualidade de vida da população do norte do Brasil através da Fisioterapia Preventiva, inserida no contexto do SUS.

REFERÊNCIAS

VII. REFERÊNCIAS

ABDALLA, I. G; BATISTA, S; RUIZ MORENO, L; Silva, I; BATISTA, N. **Professor da Área da Saúde: Pesquisa em Diálogo**. In: BATISTA, N. A, BATISTA S.H. e ABDALLA, I.G (orgs) **Ensino em Saúde: Visitando conceitos e Práticas**. São Paulo: Arte e Ciência, 2005.

ABREU M. C. & MASETTO M. T. **O professor universitário em aula**. 11 ed. São Paulo: MG editores associados 1990.

AMAZONAS. **Relatório de Gestão 2004**. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, 2005.

ANDRADE.A. D., LEMOS, J.C.I e DALL'AGO, P. Fisioterapia In: HADDAD, A. E. e cols. **Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde 1991-2004** Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

ARENT, H. **La crisis en la educación**. Barcelona: Península. ARIES, 1993.

AUSUBEL, D., NOVAK, J., & HANESIAN, H. **Educational Psychology: A Cognitive View** (2nd Ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston, 1978.

BARBOSA, L. G. **Fisioterapia Preventiva nos Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho – DORTS – A Fisioterapia do Trabalho Aplicada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Ed.70, 1977.

BASSO, I. S., Significado e sentido do trabalho docente. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 19, nº 44, p. 19-32, 1998.

BATISTA, N. A: SILVA, S. M. S. **O professor de medicina**. São Paulo: Loyola, 2001.

BATISTA, S.H. Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção In. BATISTA.N.A e BATISTA S. H. (orgs) **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac. 2004

BATISTA, N. A BATISTA S.H e ABDALLA I.G. **Ensino em Saúde: Visitando conceitos e Práticas**. São Paulo: Editora: Arte e Ciência. 2005

BATISTA, N; GOLDEMBERG, P; SEIFFERT, O; BATISTA, S; SONZOGNO, M.C. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Rev.Saúde Pública**. V.39, N. 2, p.231-237. 2005

BICUDO M.A.V. **Pesquisa em educação matemática: concepção e perspectivas**.São Paulo: UNESP, 1999.

BORDENAVE, J. e DIAZ P. A.M.. **Estrategias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1985.

BRASIL, Diário Oficial da União. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Resolução COFFITO 8, 13.11.78 Seção I, parte II, página 6.322:6.332.

_____ Decreto-Lei n ° 938 de 13 de outubro de 1969. Lei Leg. Fed.1969 pag.1230. Brasília, 1969.

_____ Lei 6316 de 17 de dezembro de 1975. Diário Oficial, 18 de dezembro de 1975. (Seção 1. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional).

BREW, A. Unlearning through experience. In Boud, D., Cohen R & Walker, D. (eds.) **Using experience for learning**. Buckingham: The Society for Research into Higher Education & Open University Press, 1998.

CANDEIAS, N.M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev Saúde Pública**. V.31, N. 2, p. 209-13, 1997.

CAULLEY, D. N. **Document Analysis in Program Evaluation**. (n. ° 60 Na série Paper and Report Series of the Ressearch on Evaluation Program) Portland, or. Northwest Regional Educacional Laboratory, 1981.

CHAVES, Mário M. **Saúde: uma estratégia de mudança**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

COLL, C; BOLEA, E. As Intenções Educativas e os objetivos da educação escolar: alternativas e fundamentos psicológicos. In: COLL, C; PALACIOS, J; MARCHESI, A.(org) **Desenvolvimento Psicológico e Educação . Psicologia da Educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. *Currículos Mínimos dos Cursos de Graduação*. 3 ed. Brasília, 1979.

_____ Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Resolução n.º 4, de 28 de fevereiro de 1983. (Seção 1. Fixa os mínimos de conteúdo e duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional).

_____ Ministério da Educação e do Desporto, Conselho Nacional de Educação. Resolução n.º CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução 1210/2002. de 12/09/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em fisioterapia. Disponível em: < www.sesu.gov.br >. Acesso em: 12 dez.2005.

CONTRERAS, R. N. P. **Os programas de educação não formal como parte integrante do processo de educação e de organização**. Brasília. V. 2, nº. 18, 1983.

CUNHA, M. I. **O Professor Universitário na Transição de Paradigmas**. Campinas: Papyrus, 1998.

DELIBERATO, Paulo C. P. **Fisioterapia Preventiva Fundamentos e Aplicações**. São Paulo: Manole, 2002.

DELORS, J. (orgs). Os quatro pilares da educação. In: **Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI**. 6 ed. São Paulo: Cortez , 2001.

DUNCAN, B.B. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. São Paulo: Artmed, 3 ed,2004.

FONTANA, R. C. **Como nos tornamos professoras?** Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de Conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2003.

FREIRE. P. **Pedagogia da Autonomia**, São Paulo: Paz e Terra,1996.

FREITAS, L.C. Avaliação: O que a prática esconde. In: **Crítica da Organização do Trabalho pedagógico e da Didática**. Campinas: Papyrus,1995.

GARCIA, C. M. **Formação de professores -Para uma Mudança Educativa**. Portugal: Ed. Porto, 1995.

GIROUX, H. A. **Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GOMES, R. C; RODRIGUES, R.; GAMEZ, L.; BARCIA, R. **Comunicação Multidirecional no Ambiente de Aprendizagem na Educação a Distância**. Associação Brasileira de Educação a Distancia, 2006.

HADDAD, E; PIERANTNI,C. R.; RISTOFF, D **Trajatória dos Cursos de Graduação na Saúde 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

HAIDT, R.C.C. **Curso de Didática Geral**. São Paulo: Ática, 2000.

HARDEN. R.M & CROSBY. J. Amee Guide N, 20 The Good teacher is more than a lecture- the twelve roles of the teacher. **Medical Teacher**. V.22, N 4, Londres, 2000.

HOFFMAN J. **Avaliação – Mito e Desafio – uma perspectiva construtivista**. Porto Alegre: Educação e Realidade. Revistas e Livros/ UFRGS, 1998.

IIDA, I. **Ergonomia: Projeto e Produção**. . São Paulo: Ed. Ford Blucher Ltda,1998.

KOLB, David A. **A gestão e o processo de aprendizagem**. In: STARKEY, K. (org.) *Como as organizações aprendem – relatos do sucesso das grandes empresas*. São Paulo: Futura, 1997.

KUENZER, A. Z. **O que muda no cotidiano da sala universitária com as mudanças no mundo do trabalho?** In: CASTANHO, S.; CASTANHO, M.E. **Temas e Textos em Metodologia do ensino superior**. Campinas: Papirus, 2001.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, v.10, N.4, p. 481-490,1994.

LUCKESII, C.C. **Avaliação da Aprendizagem escolar**. São Paulo: Cortez. 1995.

LUDKE, M. ANDRÉ, M.E.D. **A pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARSIGLIA R.G. **Relação ensino/serviços - dez anos de integração docente assistencial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MASETTO, M.T. **Discutindo o Processo Ensino-aprendizagem no Ensino Superior**. In: MARCONDES, E GONÇALVES E.L. Educação Médica. São Paulo: Sarvier, 1998.

MASETTO. M.T. **Aulas Vivas**. São Paulo: MG Editores Associados, 1992.

MERIEU, P. Pensar a Aprendizagem. In: **Aprender...Sim, mas como?** Porto Alegre: Art Med, 1998.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento-Pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 6 ed. 1998.

MOREIRA, M.A. **Aprendizagem significativa**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999.

NICOLETTI S. Medicina e educação em saúde: perspectivas e práticas em cenários de trabalho. In: BATISTA, N. A e BATISTA S.H e ABDALLA I.G. **Ensino em Saúde: Visitando conceitos e Práticas**. São Paulo: Arte e Ciência. 2005.

OLIVEIRA, S.J. e SILVA Educação em Saúde: Notas para a discussão de um campo temático. **Saúde em Debate**. N 42, 1994.

OLIVEIRA, V. R.C. **A História dos Currículos de Fisioterapia: A Construção de uma Identidade Profissional**. Universidade Católica de Goiás. Mestrado em Educação. 2002.

PERRENOUD, P. **A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

PIMENTA, S. G. **O Estágio na formação de professores: unidade teórica e prática**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 1995.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2002.

POZO, J. I., Estratégias de Aprendizagem. In: COLL, C.; PALÁCIOS, J; MARCHESI. A. **Desenvolvimento Psicológico e Educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

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

RICHARDSON, R.J. **Métodos Quantitativos e Qualitativos**. São Paulo: Atlas, 1989.

SACRISTÁN, J. G. **Poderes instáveis em educação**. Porto Alegre: ArtMed, 1999.

SANCHEZ, E.L. **Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo**. Atualização Brasileira de Fisioterapia. Ano II. V. I. N. 3. Maio/Jun., 1984.

SCHANAIDER, A. Novas Metodologias no Campo da Educação e Saúde. **Caderno CE**, ano 2 – v.1, 2000.

SONZOGNO, M.C. Metodología de Ensino: algumas reflexões. In: BATISTA, N. BATISTA, S.H. e ABDALLA I. G. **Ensino em Saúde: Visitando conceitos e Práticas**. São Paulo: Arte e Ciência, 2005.

SORDI, M. R. L.e BAGNATO, M. H.S.**Subsidies for a critical-reflexive professional formation in the health area and the challenge of the changing century**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.v.6, N.2, p.83-88, 1998.

SZYMANSKI H. (Org.), ALMEIDA LR, PRANDINI RCAR, **A entrevista na pesquisa em educação: a pratica reflexiva**. Brasília: Plano, 2002.

TEIXEIRA, C. Ensino da Saúde Coletiva na Graduação. **Boletim ABEM**. V.31, N.3, p.7, 2003.

TRIVIÑOS, A.N.S. **A Pesquisa Qualitativa**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASQUEZ, A.S. **Filosofia da práxis**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VEIGA, I. P. A., (org.). **Repassando A Didática** 10 ed. Campinas - São Paulo: Papyrus, 1995.

VEIGA, I.P.A.; FONSECA, M. (Org.). **Dimensões do projeto político-pedagógico: novos desafios para a escola.** Campinas: Papyrus, 2001.

ZABALZA, Miguel A **O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
CEDESS – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Anexo 1

Manaus, 20 de Setembro de 2004

Prezado Diretor (a):

Como aluna do CURSO DE MESTRADO EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO- ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado: **“O ENSINO DA FISIOTERAPIA PREVENTIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA NA REGIÃO NORTE”**, que tem como objetivos conhecer o Ensino da Fisioterapia preventiva no curso de graduação em Fisioterapia das Instituições universitárias da Região Norte e questionar a atuação do Fisioterapeuta no tocante a Atenção Básica à Saúde.

De acordo com o projeto, serão estudadas 2 (dois) cursos de graduação em Fisioterapia em 2 (duas) Instituições da Região Norte, assim distribuídos: uma na cidade de Manaus (AM) , a outra em Belém(PA).

Serão convidados a participar do estudo, por meio de contato pessoal e mediante assinatura do termo de Consentimento Livre e esclarecido (anexo), os docentes responsáveis pelo ensino da Fisioterapia Preventiva em cada um dos 2 (dois) cursos de graduação estudados, os alunos e a análise do Plano de Ensino , o conteúdo da disciplina e suas práticas.

Esse estudo não tem caráter comparativo, permanecendo as Instituições estudadas no anonimato.

Considerando-se as diversas exigências do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UNIFESP/EPM, venho por meio desta, solicitar a sua concordância para que eu possa realizar a referida pesquisa na sua Instituição.

Segue anexo o roteiro das entrevistas com os professores e com os alunos.

Atenciosamente,

ERBENIA MARIA MARTINS DR ARAÚJO .

DATA ____/____/____ DE ACORDO _____

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente projeto intitula-se **O ENSINO DA FISIOTERAPIA PREVENTIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL**.

As presentes informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária nesse estudo, que tem como objetivo: investigar a disciplina Fisioterapia Preventiva em cursos de graduação em fisioterapia da região norte, segundo docentes e discentes.

Os procedimentos de coleta de dados incluem entrevistas semi-estruturadas e análise documental dos planos de ensino da disciplina fisioterapia preventiva.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Sra. Erbenia Maria Martins de Araújo que pode ser encontrada no endereço: Rua 33, n. 12, Conjunto Castelo Branco. Bairro Parque dez, Manaus – Am. Telefones: (92) 3646 10 04 / 8182 8450.

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572, Primeiro andar, cj 14, Telefone: (11) 5571 1062; Fax: (11) 5539 7162; email: cepunifesp@epm.br.

É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo com o pesquisador ou com a Instituição a que pertença.

Os participantes têm os seguintes direitos: Direito de Confiabilidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante e direito de se manter atualizado sobre os resultados parciais e dos resultados da pesquisa.

Em relação a despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira por sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Existe o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para essa pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim descrevendo o estudo **O ENSINO DA FISIOTERAPIA PREVENTIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL**.

Eu discuti com a Sra Erbenia Maria Martins de Araújo sobre minha decisão em participar nesse estudo e ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do Participante

Data ___/___/___

(Somente para o responsável do Projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a sua participação nesse estudo.

Erbenia Maria Martins de Araújo

Data ___/___/___



Anexo 3

São Paulo, 31 de março de 2006.
CEP 0288/06

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) ERBENIA MARIA MARTINS
Co-Investigadores: Nildo Alves Batista
Disciplina/Departamento: Cedess da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "O ensino da fisioterapia preventiva na formação profissional do fisioterapeuta na região norte".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo educacional - formação do fisioterapeuta na atenção básica da saúde.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: sem risco, desconforto mínimo, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Investigar a deisciplina de Fisioterapia Preventiva em cursos de Fisioterapia da região Norte do Brasil esua contribuição para a formação do fisioterapeuta no tocante a Atenção Básica à Saúde.

RESUMO: Será um estudo sobre a formação do fisioterapeuta para a atuação na Atenção Básica à Saúde. Os instrumentos da pesquisa serão análise documental dos planos de ensino da disciplina e entrevistas semi-estruturadas aos discentes e docentes da Fisioterapia Preventiva. O estudo será desenvolvido no Estados do Pará(Belém) e Amazonas(Manaus)com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas - Fapeam, através de uma bolsa do Programa pós-vinc. Os dados serão coletados e analisados estatísticamete.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: fundamentado na formação educacional do profissional fisioterapeuta.

MATERIAL E MÉTODO: descritos e apresentados os instrumentos para coletas de dados.

TCLE: adequado.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: R\$ 2800,00.

CRONOGRAMA: 12 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 26/3/2007 e 20/3/2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

Atenciosamente.

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

- Anexo 4

ENTREVISTAS COM PROFESSORE(A)S

Formação e titulação:

Áreas de atuação:

Vínculo com a Instituição, (Efetivo. Se tem vínculo com outras Instituição)

Disciplina que ministra.

Trajatória para se tornar um docente de ensino superior.

Sobre a Disciplina:

- Quais as práticas desenvolvidas nessa disciplina e quais os objetivos?
- Qual a sua posição acerca da finalidade do ensino da Fisioterapia Preventiva?
- Quais as estratégias utilizadas na avaliação dos alunos?
- Quais os principais conteúdos e bibliografia adotados no ensino da Fisioterapia Preventiva?
- Quais as estratégias de ensino-aprendizagem adotadas no ensino da Fisioterapia Preventiva?
- Quais as principais habilidades de um bom professor de Fisioterapia preventiva?
- Quais as principais características de um adequado ensino da fisioterapia preventiva?
- Quais suas sugestões para melhorar o ensino da Fisioterapia Preventiva? Que mudanças neste atual contexto você considera necessárias

Anexo 5

ENTREVISTAS COM ACADÊMICOS

Sobre a Disciplina:

1. Antes de freqüentar as aulas de Fisioterapia Preventiva, quais eram suas expectativas em relação a essa disciplina?

2. Essas expectativas foram ao encontro do que você esperava?

3. O que mais lhe chamou a atenção nessa disciplina?

4. Você acha que essa disciplina deve ser obrigatória ou optativa?

5. Você considera a carga horária (aulas teóricas e práticas) suficiente?

Da atuação profissional:

6. Na sua opinião, qual a importância do ensino da Fisioterapia Preventiva nos cursos de graduação em Fisioterapia?

7. Quais as suas sugestões para melhorar o ensino dessa disciplina?

8. Você se considera preparado para atuar nas Ações Básicas de Saúde? Sim? Não? Em que sentido?

9. Você se considera habilitado para interferir profissionalmente na prevenção de lesões ou patologias?

10. Sobre práticas e atividades extra-classe, que conceitos e aproveitamentos aplicáveis você observou?

11. Houve preocupação em atentar para as especificidades amazônicas? Quais?

Anexo 6

Núcleo temático I :

Objetivos da Disciplina/Módulo.

Unidades de Contexto	Unidades de Registro	Categoria Emergente
UC1... os alunos visitaram algumas empresas do Distrito Industrial observando quais eram as posturas de trabalho dos funcionários, a questão do espaço físico, como eles desenvolviam suas atividades e eles fizeram um levantamento disso em algumas empresas.	... os alunos visitaram algumas empresas do Distrito Industrial observando quais eram as posturas de trabalho dos funcionários, a questão do espaço físico, como eles desenvolviam suas atividades e eles fizeram um levantamento disso em algumas empresas.	Observar e vivenciar uma realidade. Desenvolver diagnóstico situacional.
UC1Fizeram também um levantamento de posturas no trabalho doméstico nas suas próprias casas, foram também pra construção civil e nas escolas onde observaram a postura das crianças.	Fizeram também um levantamento de posturas no trabalho doméstico nas suas próprias casas, foram também pra construção civil e nas escolas onde observaram a postura das crianças.	Desenvolver diagnóstico situacional . Observar e vivenciar uma realidade.
UC1Participaram também da Ação Global do SESI em setembro deste ano onde eles fizeram orientações posturais nas pessoas que estavam lá num stand que montaram lá no SESI.	Participaram também da Ação Global do SESI em setembro deste ano onde eles fizeram orientações posturais nas pessoas que estavam lá num stand que montaram lá no SESI.	Capacitar para medidas preventivas em fisioterapia.
UC1Os objetivos que nós queríamos ... o que eles poderiam fazer para corrigir essas posturas no trabalho e...	Os objetivos que nós queríamos...o que eles poderiam fazer para corrigir essas posturas no trabalho e...	Capacitar para medidas preventivas em fisioterapia.
UC1Botar o aluno em campo mesmo.	Botar o aluno em campo mesmo.	Observar e vivenciar uma realidade.
UC2Bom, as práticas que nós desenvolvemos nessa disciplina foram análise fotográfica de postos de trabalho, então tivemos diversos postos de trabalho, entre eles...	Bom, as práticas que nós desenvolvemos nessa disciplina foram análise fotográfica de postos de trabalho, então tivemos diversos postos de trabalho, entre eles...	Desenvolver um diagnóstico situacional.

UC2O objetivo foi poder conciliar o referencial teórico dado por nós professores com a prática propriamente dita.	O objetivo foi poder conciliar o referencial teórico dado por nós professores com a prática propriamente dita.	Articular teoria com a prática.
UC2...referenciar como o fisioterapeuta pode trabalhar com a prevenção.	Referenciar como o fisioterapeuta pode trabalhar com a prevenção .	Capacitar para medidas de prevenção em fisioterapia.
UC2... colocam em prática que o fisioterapeuta também trabalha com a prevenção, prevenção de posturas erradas, levantamento de peso, iluminação, temperatura...	... colocam em prática que o fisioterapeuta também trabalha com a prevenção , prevenção de posturas erradas, levantamento de peso, iluminação, temperatura...	Capacitar para medidas de prevenção em fisioterapia.
UC2 Associar a teoria com a prática, através das vivências em diferentes locais de trabalho e colocar o aluno nessas vivências.	Associar a teoria com a prática , através das vivências em diferentes locais de trabalho e colocar o aluno nessas vivências.	Articular teoria com a prática. Observar e vivenciar uma realidade.
UC3 ...fizeram inicialmente uma sondagem, um levantamento do local como tipo de moradia, tamanho das famílias, identificar algum tipo de doença, algum tipo de lesão, e depois a partir da segunda visita eles começarem a atuar preventivamente já com essas famílias	...fizeram inicialmente uma sondagem, um levantamento do local como tipo de moradia, tamanho das famílias, identificar algum tipo de doença, algum tipo de lesão, e depois a partir da segunda visita eles começarem a atuar preventivamente já com essas famílias	Desenvolver um diagnóstico situacional. Capacitar para medidas de prevenção em fisioterapia.

Dando orientações, conselhos, as vezes ajudando em algum tratamento, orientando os familiares a cuidar dessa pessoa que está necessitada.	Dando orientações , conselhos, as vezes ajudando em algum tratamento, orientando os familiares a cuidar dessa pessoa que está necessitada.	Capacitar para medidas de prevenção em fisioterapia.
a gente mostra as várias fases de atuação na prevenção, fase primária, secundária e terciária.	a gente mostra as várias fases de atuação na prevenção, fase primária, secundária e terciária.	Capacitar para medidas de prevenção em fisioterapia.
Ou seja, antes que uma pessoa desenvolva uma epicondilite medial ou lateral , vai lá, dá as orientações pra ela, ensina os exercícios que ela não vai desenvolver esse problema,	Ou seja, antes que uma pessoa desenvolva uma epicondilite medial ou lateral , vai lá, dá as orientações pra ela, ensina os exercícios que ela não vai desenvolver esse problema,	Capacitar para medidas de prevenção em fisioterapia.
Interação com os alunos..... até que o aluno compreenda o que está sendo passado.	Interação com os alunos..... até que o aluno compreenda o que está sendo passado.	Propiciar interação com os alunos.
UC4 ...trabalhar desde o nível primário, Atenção Primária à Saúde.	trabalhar desde o nível primário, Atenção Primária à Saúde.	Capacitar para medidas de prevenção em fisioterapia.
trabalhar todo o estudo da ergonomia e trabalho, então, as Doenças Ocupacionais.	trabalhar todo o estudo da ergonomia e trabalho, então, as Doenças Ocupacionais.	Capacitar para medidas de prevenção em fisioterapia.
Ai a gente desenvolve um mini-projeto de consultoria a empresa.	Ai a gente desenvolve um mini-projeto de consultoria a empresa.	Capacitar para o desenvolvimento de intervenção e pesquisa
a enfatizar os fatores anti-	a enfatizar os fatores anti-	Capacitar para

ergonômicos de uma sala de aula e desenvolver palestras educativas em escolas	<i>ergonômicos</i> de uma sala de aula e <i>desenvolver palestras educativas</i> em escolas	medidas preventivas. Capacitar para práticas de educação em saúde.
trabalhar principalmente a criatividade, o improviso,	<i>Trabalhar principalmente a criatividade, o improviso,</i>	Estimular a criatividade nos alunos.
trabalhar no processo de prevenção às doenças	Trabalhar no <i>processo de prevenção</i> às doenças	Capacitar para medidas de prevenção
Eles passam o ano desenvolvendo projetos de pesquisa e trabalho.	Eles passam o ano desenvolvendo <i>projetos de pesquisa e trabalho.</i>	Capacitar para desenvolvimentos de projetos de intervenção e pesquisa.
desenvolver a criatividade, a pesquisa, tem que ir a luta.	<i>Desenvolver a criatividade, a pesquisa, tem que ir a luta.</i>	Estimular a criatividade nos alunos.
compreender formas e possibilidades de prevenção em saúde	compreender formas e possibilidades de <i>prevenção em saúde</i>	Capacitar para medidas de prevenção em fisioterapia.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)