

ROANE CAETANO DE FARIA

**FORMAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE NOS CURSOS DE
GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO
SUPERIOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

**FRANCA
2007**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

ROANE CAETANO DE FARIA

**FORMAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE NOS CURSOS DE
GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO
SUPERIOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Paulin Simon.

**FRANCA
2007**

Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Universidade de Franca

F236f Faria, Roane Caetano de
Formação em promoção de saúde nos cursos de graduação em
Fisioterapia nas instituições de ensino superior do estado de Minas Gerais /
Roane Caetano de Faria ; orientador: Cristiane Paulin Simon. – 2007
224 f. : 30 cm.

Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca
Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção de Saúde

1. Promoção de saúde – Fisioterapia. 2. Fisioterapia – Graduação. 3.
Graduação em fisioterapia – Formação. I. Universidade de Franca. II.
Título.

CDU – 614:615.8(07)

ROANE CAETANO DE FARIA

FORMAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM
FISIOTERAPIA NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR DO ESTADO DE MINAS
GERAIS

Presidente: _____
Nome: Professora Doutora Cristiane Paulin Simon
Instituição: Universidade de Franca

Titular 1: _____
Nome: Professora Doutora Rosalina Carvalho da Silva
Instituição: Universidade de Franca

Titular 2: _____
Nome: Professora Doutora Luciane Fernanda Rodrigues Martinho Fernandes
Instituição: UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Franca, ____/____/____

***DEDICO** este trabalho aos meus filhos, meu marido, meus pais e irmãos, amigos, colegas e alunos....
E a todos os fisioterapeutas que acreditam na possibilidade de atuação em Promoção de Saúde.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter proporcionado a realização deste estudo e pelo privilégio deste aprendizado.

Agradeço aos coordenadores dos cursos participantes da pesquisa, assim como às IES envolvidas, por terem respondido prontamente ao questionário e por disponibilizarem documentos relativos ao curso de Fisioterapia que coordenam, pois sem estas participações não seria possível a realização deste estudo;

Agradeço, de maneira incondicional, o apoio, o aprendizado, o respeito, a doçura, a sabedoria compartilhada, enfim, como sempre digo, agradeço a Deus por ter me enviado um verdadeiro “anjo” que me fez crescer tanto: minha orientadora Dra. Cristiane Paulin Simon;

ao Dr. Marco Antônio Alves de Moraes- UNIP/Jundiaí, por todo apoio e contribuições para o estudo;

ao Ms. Francisco de Assis Machado, uma das pessoas mais nobres que conheço, e que merece todo o meu respeito e admiração. Obrigada “Chicão” por ter me ensinado a gostar ainda mais de saúde pública, e pelos grandes ensinamentos;

não poderia deixar de agradecer a administração do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, colegas, funcionários, pelo apoio e incentivo recebido para concretizar essa conquista;

em especial, agradeço ao Professor Dirceu Deocleciano Pacheco, diretor da Faculdade de Ciências da Saúde e Presidente da Fundação Educacional de Patos de Minas - FEPAM, por seus conselhos, sua confiança, apoio, incentivo e compreensão.

Agradeço aos professores da FACISA/UNIPAM, em especial aos professores do curso de Fisioterapia pela compreensão, paciência, companheirismo, ao longo destes dois anos.

Não poderia deixar de agradecer aos meus alunos que durante todo o período de realização desta pós-graduação, souberam me incentivar com palavras de carinho, de atenção, de compreensão pelas minhas ausências, enfim, por todo o carinho à mim dispensado.

Aos professores, coordenadores, funcionários da UNIFRAN, pelo desprendimento, atenção, doação, compromisso.

Aos colegas do mestrado – turma 2005/2007, pela amizade conquistada, as viagens, os estudos, as refeições, os conhecimentos e os momentos de ânimo e desânimo compartilhados...

Aos meus amigos e parentes pela compreensão, apoio e incentivo, apesar das longas ausências..., em especial à Calistene.

Aos meus pais, por mais uma vez confiarem em mim, pela dedicação e atenção nos cuidados com meus filhos durante minhas ausências físicas e mentais, pela constante doação de suas vidas à sua família, na intenção de construírem pessoas de bem. Obrigada por tudo!!!

Aos meus irmãos e sobrinhos, pela paciência, tolerância, incentivo.

Ao meu esposo, por toda “força”, dedicação, paciência, tolerância. Sem seu apoio não conseguiria concluir esse sonho.

Por fim, às pessoas que mais sentiram minhas ausências e a quem jamais deixaria de agradecer e que souberam respeitar, compartilhar, tolerar, enfim souberam demonstrar todo seu amor: Luis Fernando e Bruno, meus filhos. Amo vocês!

O futuro não nos faz. Nós é que nos refazemos na luta para fazê-lo.
Freire, 2000, p.56.

RESUMO

FARIA, R. C. *Formação em Promoção de Saúde nos cursos de graduação em Fisioterapia nas Instituições de Ensino Superior do Estado de Minas Gerais*. 2007. 224 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

A mudança no paradigma da saúde no contexto brasileiro foi construída e estruturada a partir do Movimento da Reforma Sanitária que culminou com a implantação do SUS. Seus princípios e diretrizes sofreram dificuldades para sua efetivação, devido a falta de capacitação dos profissionais que nele atuavam ou iriam atuar, principalmente, em relação ao novo paradigma de saúde: a promoção de saúde. Para enfrentar tal situação, uma das estratégias adotadas foi a reestruturação dos currículos dos cursos de graduação em áreas da saúde, a partir das novas diretrizes curriculares, incluindo-se a graduação em Fisioterapia. Desta forma, o objetivo deste estudo foi caracterizar e analisar a formação em promoção de saúde oferecida pelos cursos de graduação em Fisioterapia de Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas do Estado de Minas Gerais. Esta caracterização se deu através da análise do conteúdo das disciplinas e estágios curriculares oferecidos na área de saúde pública/saúde da comunidade e fisioterapia preventiva que possibilitem o desenvolvimento de habilidades e competências para atuação na atenção primária à saúde, especificamente na promoção de saúde. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados o questionário, enviado aos coordenadores de cursos de fisioterapia do Estado de Minas Gerais, que se apresentavam em agosto de 2006 com turmas no último ano de graduação. Para a análise dos dados procedemos com a estatística descritiva para os dados mais objetivos e a análise temática do conteúdo para aquelas informações subjetivas. Constatamos que a maioria dos cursos participantes do estudo foi criada após a homologação da LDB e das DCN, que existe uma tendência dos cursos serem oferecidos com CHT superior a 3.200 h/a, e ainda o oferecimento de cursos em turnos diferenciados e concentrados em só um turno, diminuindo-se a oferta em período integral. Consideramos que há preocupação com a transformação, visto através da inserção de disciplinas na área de humanas e sociais para se ter uma visão ampliada da nova saúde pública, ao mesmo tempo em que conteúdos mais tradicionais permanecem. É possível visualizar uma formação que começa a contemplar as determinações além do modelo hegemônico, biológico, cartesiano, para um modelo que compreende o social, econômico, político, histórico, ambiental, psicológico e cultural. Consideramos que os coordenadores percebem que a formação nos cursos de graduação em fisioterapia ainda se encontra prioritariamente direcionada à práticas técnico-curativistas que para a promoção de saúde. Não esperávamos que fosse diferente, apesar do paradigma da saúde, visto que estas práticas fazem parte de nossa história profissional e cultural. Concluímos que tem havido um movimento no sentido de se efetivarem as mudanças paradigmáticas a partir da inserção de disciplinas e estágios que contemplam conteúdos da nova saúde pública, porém por ser uma área de atuação de recente inserção do fisioterapeuta encontra-se em processo de construção, permeado por conquistas, desacertos e confusões conceituais.

Palavra-chave: Promoção de Saúde; Formação; Graduação em Fisioterapia.

ABSTRACT

FARIA, R.C. *Formation in Health Promotion in Physiotherapy Graduation courses in Superior Teaching Institutes in the State of Minas Gerais*. 2007. 224 f. Dissertation (Master in Health Promotion) – University of Franca, Franca.

The changing on the health paradigm in the Brazilian context was built and structured based on the Movement of the Sanitarian Reformation which culminated with SUS implementation. Its principles and directions went through difficulties to its implementation due to the lack of skills of the professionals who were working or would work on it, mainly, in relation to the new health paradigm: the health promotion. To face this situation, one of the adopted strategies was the restructuring on the curriculums of graduation courses in the health area, based on the new curriculum directions, including the graduation in Physiotherapy. In this way, the object of this study was to characterize and analyze the formation in health promotion offered by graduation courses in physiotherapy in Superior Teaching Institutes, both public and private in the State of Minas Gerais. This characterization happened through the analyzes of the disciplines contents and training programs offered in the public health/community health area and preventive physiotherapy making possible the development of skills and competences for acting in the health primary attention, specifically in the health promotion. For data collection instrument we used the questionnaire, sent to the coordinators of physiotherapy courses in the state of Minas Gerais who handled classes on the last year of graduation in August, 2006. For the data analyses we proceeded with descriptive statistics for the most objective data and thematic analyses of contents for the subjective information. We evidenced that the majority of participating courses on the study was created after the homologation of the LDB and of the DCN, that there is a tendency of courses being offered with CHT superior to 3.200 (h/c), and yet the offering of courses in differentiated shifts and concentrated in one single shift, lowering the full time offer. We considered that there is a preoccupation with the transformation, seen through the insertion of disciplines in human and social areas to have a broader vision of the new public health, in the same time that more traditional contents stand. It is possible to visualize a formation starting to contemplate the determination beyond the hegemonic, biological, Cartesian model, to a model corresponding to the social, political, historical, environmental, psychological and cultural. We considered that the coordinators perceive that the formation in physiotherapy graduation courses is still found with its priority more directed to technical-healing practices than to health prevention. We concluded there has being a movement in the sense of making the paradigmatic changes effective by insertion of disciplines and training programs contemplating contents of the new public health, although by being an area of recent insertion of the physiotherapist it is found in a process of building, encircled by conquests , mistakes and conceptual confusion.

Key words: Health Promotion; Formation; Graduation in Physiotherapy.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABBR:	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
ABEM:	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn:	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFISIO:	Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia
ABENO:	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABF:	Associação Brasileira de Fisioterapeutas
ABEP:	Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
ABEPSS:	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABMES:	Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior
ABP:	Aprendizagem Baseada em Problemas
ABRAHUE:	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRASCO:	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABS:	Atenção Básica de Saúde
ACD:	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS:	Agente Comunitário de Saúde
AIS:	Ações Integradas de Saúde
APAE:	Associação de Pais e Amigos do Excepcional
APS:	Atenção Primária à Saúde
ASCOP:	Associação dos Conselhos Profissionais em Santa Catarina
AVC:	Acidente Vascular Cerebral

CEBES:	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEEFisio:	Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia
CES:	Câmara de Educação Superior
CNE:	Câmara Nacional de Educação
CF:	Constituição Federal
CH:	Carga Horária
CHT:	Carga Horária Total
CNDSS:	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
CNS:	Conselho Nacional de Saúde
COBRAF:	Congresso Brasileiro de Fisioterapia
COFFITO:	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONASP:	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONAES:	Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior
COSEMS:	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CREFITO:	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRUB:	Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras
DCN:	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES:	Departamento de Educação e Gestão em Saúde
DORT:	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
ERI:	Estágio Rural Integrado
ESF:	Equipe de Saúde da Família
FMTM:	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
FNEPAS:	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
GD:	Grupo de Discussão

HIV:	Human Immunodeficiency Virus
IES:	Instituições de Ensino Superior
INAMPS:	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INEP:	Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB:	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC:	Ministério da Educação e Cultura
MS:	Ministério da Saúde
NAI:	Núcleo de Atenção Integral
NOB – RH/SUS:	Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde
OMS:	Organização Mundial da Saúde
OPAS:	Organização Pan – Americana de Saúde
PACS:	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PADI:	Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar
PBL:	Problem Based Learning
PNPIC:	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS:	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPP:	Projeto Político Pedagógico
PREV-SAÚDE:	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROFAE:	Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROMED:	Programa de Incentivo a Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina
PRÓ-SAÚDE:	Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde
PSF:	Programa de Saúde da Família
RBC:	Reabilitação Baseada na Comunidade

RENETO:	Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional
SBFa:	Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
SBF:	Sociedade Brasileira de Fisioterapeutas
SESPA:	Secretaria Estadual do Pará
SGTES:	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SINAES:	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUDS:	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS:	Sistema Único de Saúde
THD:	Técnico em Higiene Dental
UBS:	Unidade Básica de Saúde
UFMG:	Universidade Federal de Minas Gerais
UNESCO:	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNIVAG:	Centro Universitário de Várzea Grande
USF:	Unidade de Saúde da Família
VER- SUS/Brasil:	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil
VER – SUS Extensão:	Estágios Rurais Interprofissionais no SUS e Vivências em Educação Popular no SUS
WHO:	World Health Organization

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Distribuição dos Cursos de Graduação em Fisioterapia por Unidade da Federação, em 2006	69
Figura 1 - Crescimento do Número de Cursos de Fisioterapia no Brasil no período de 1991 – 2004	70
Figura 2 - Distribuição dos Cursos de Fisioterapia no Brasil por Região	71
Tabela 2 – Número de Cursos de Fisioterapia criados por ano no Estado de Minas Gerais	73
Quadro 1 – Cursos participantes do estudo, segundo tempo de oferta, regime letivo, turno, número de vagas e carga horária total (CHT).....	93
Quadro 2 - Disciplinas relacionadas às áreas de saúde pública/saúde da comunidade e/ou fisioterapia preventiva oferecidas nos cursos pesquisados	101
Quadro 3 - Disciplinas relacionadas às Ciências Sociais dos cursos que enviaram as ementas para realização do estudo.....	103
Quadro 4 - Disciplinas relacionadas à Saúde Pública e suas características, de acordo com documentos enviados pelos coordenadores	109
Quadro 5 - Disciplinas relacionadas a Fisioterapia Preventiva dos cursos em que os coordenadores enviaram as ementas para realização do estudo	115
Quadro 6 - Períodos em que os estágios são oferecidos pelos cursos participantes da pesquisa	123
Quadro 7 - Estágios oferecidos nas áreas de saúde pública/saúde da comunidade e/ou fisioterapia preventiva, informados pelos coordenadores dos cursos 1 e 2	126
Quadro 8 - Locais de realização de estágios na área de saúde pública informados pelos coordenadores dos cursos participantes da pesquisa	128

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	26
1.1 A CONSTRUÇÃO DO SUS: DA REFORMA SANITÁRIA A ADOÇÃO DO NOVO SISTEMA DE SAÚDE	26
1.2 A EFETIVAÇÃO DO SUS E OS RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE	37
1.3 FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS A PARTIR DAS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES PARA A ÁREA DE SAÚDE	40
1.4 A CONSTRUÇÃO DO CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA	49
1.5 OS CURSOS DE FISIOTERAPIA NO BRASIL E EM MINAS GERAIS	68
2 OBJETIVOS	76
2.1 OBJETIVOS GERAIS	76
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	76
3 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	77
3.1 PARTICIPANTES E FONTES	78

3.1.1	Participantes	78
3.1.2	Fontes	80
3.2	MATERIAIS	82
3.3	PROCEDIMENTOS	82
3.3.1	Procedimentos para elaboração do questionário	82
3.3.1.1	Escolha do instrumento de coleta de dados	82
3.3.1.2	Elaboração do questionário	83
3.3.2	Realização do pré-teste	84
3.3.3	Contato com os participantes e envio do questionário	86
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	88
3.5	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	88
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	92
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS CURSOS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO	92
4.2	PERFIL DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA PARA A FORMAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE	98
4.2.1	Disciplinas oferecidas para atuação na área de promoção de saúde	99

4.2.1.1	Disciplinas para formação geral em saúde pública	101
4.2.1.2	Disciplinas para formação específica do fisioterapeuta em saúde pública	114
4.2.2	Estágios oferecidos para atuação na área de promoção de saúde.....	121
4.2.2.1	Períodos em que os estágios são oferecidos	122
4.2.2.2	Locais em que os estágios são oferecidos.....	128
4.2.2.3	Atividades desenvolvidas nos estágios.....	131
4.2.2.3.a	Práticas que envolvem atividades de educação em saúde	131
4.2.2.3.b	Práticas que envolvem atuação com equipe multiprofissional.....	134
4.2.2.3.c	Práticas que envolvem a atuação do fisioterapeuta na atenção primária, secundária e terciária	136
4.2.2.3.c1	Atenção fisioterapêutica primária	137
4.2.2.3.c2	Atenção fisioterapêutica secundária	140
4.2.2.3.c3	Atenção fisioterapêutica terciária	142
4.2.2.4	Estratégias didáticas utilizadas nos estágios.....	143
4.3	FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS CURSOS NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA: PROFESSORES E COORDENADORES	145
4.4	PERCEPÇÕES DOS COORDENADORES DE CURSO SOBRE A FORMAÇÃO OFERECIDA PELOS CURSOS DE FISIOTERAPIA NA ÁREA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROMOÇÃO DE SAÚDE	148

4.4.1	Formação em atenção primária à saúde	148
4.4.1.1	Local e/ou contexto em que os alunos realizam estágios	151
4.4.1.2	Estratégias metodológicas utilizadas durante a formação	155
4.4.1.3	Estrutura do curso	158
4.4.1.4	Respostas vagas	159
4.4.2	Formação em promoção de saúde	162
4.4.2.1	Estratégias de ensino	163
4.4.2.2	Promoção de saúde como tema transversal do curso	164
4.4.2.2.a	Ações de educação em saúde	168
4.4.2.2.b	Ações de prevenção não especificadas	169
4.4.2.2.c	Ações definidas pela política nacional de saúde	170
4.4.2.2.d	Ações não especificadas	172
4.4.3	Formação para atenção integral em fisioterapia	175
4.4.3.1	Atuação integral	176
4.4.3.2	Atuação “parcialmente integral” ou vinculada a questões culturais	178
4.4.3.3	Atuação nos níveis secundário e terciário	179

4.4.3.4	Respostas vagas	180
4.4.4	Práticas técnico-curativistas <i>versus</i> prevenção de doenças/promoção de saúde	181
4.4.4.1	Aspectos culturais	182
4.4.4.2	Despreparo profissional	184
4.4.4.3	Respostas vagas	185
4.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	186
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	191
	REFERÊNCIAS	199
	APÊNDICE	210

APRESENTAÇÃO

A formação em áreas da saúde tem sofrido alterações ao longo da história em congruência com as mudanças ocorridas no enfoque a elas dado em cada período.

A mudança no paradigma da saúde que vem ocorrendo gradualmente, em várias partes do mundo, em consequência de situações diversas, como a mudança no perfil epidemiológico e os novos desafios sociopolíticos e culturais das últimas décadas, se faz presente também no Brasil, construída e estruturada a partir do Movimento da Reforma Sanitária.

No entanto, na área da saúde parece existir uma indefinição sobre o objeto de trabalho dos profissionais que nela atuam. Existe uma grande tendência em considerar a doença como objeto de trabalho e não a saúde, ou as condições de saúde de um organismo ou de uma população. No caso específico da Fisioterapia existe um agravante: “há uma absoluta atenção à doença”, segundo Rebelatto e Botomé (1999, p.18).

A atenção e a dedicação profissionais são orientadas para as diferentes modalidades de terapia em relação a alguns aspectos das “doenças” de um organismo. Parece que as possibilidades de trabalho da profissão esgotam-se nas perspectivas de *recuperar* as condições de saúde para níveis anteriores a um “episódio de doença” ou de *reabilitar* um organismo, auxiliando-o a ser capaz de fazer; de outras formas, o que já fazia antes (ou pelo menos, parte do que já fazia) ou de *minimizar sofrimento* quando nem “reabilitar” for possível. O próprio nome da profissão já evidencia a seleção feita em relação ao que é considerado como objeto de trabalho nesse campo. A palavra “terapia”, em princípio, exclui algumas modalidades de atuação profissional. Pelo menos a *prevenção* de problemas nas condições de saúde, a *manutenção* de boas condições de saúde e a *promoção* de melhores condições de saúde (conforme a nomenclatura adotada por Chaves, 1980 & Botomé, 1981) também são formas de atuação possíveis e importantes no campo da Saúde. E a Fisioterapia, como campo profissional, deve excluí-las ou também trabalhar com essas possibilidades de atuação? (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p.18).

As discussões a respeito do papel da Fisioterapia em relação aos diferentes níveis de atenção e atuação na Saúde Pública são relativamente recentes, especialmente na atenção primária à saúde. A Fisioterapia, ao longo desse período, tem sido alvo de questionamentos para uma nova abordagem, com a possibilidade de proporcionar novas oportunidades e construir um profissional com um novo perfil, novas habilidades e competências, cumprindo seu papel de profissional da saúde, capaz de contribuir com o fortalecimento do sistema de saúde vigente.

Este tem sido o grande desafio de alguns docentes preocupados em adequar a formação do fisioterapeuta a este novo paradigma. Particularmente, tornou-se a questão principal na condução do curso de Fisioterapia que coordeno, tentando entender as novas práticas e o novo papel do fisioterapeuta dentro do atual contexto social, político, econômico, educacional e cultural, frente às reais necessidades da população.

Em dezembro de 1986, me tornei bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em que tive uma formação estritamente voltada para o tratamento das enfermidades, da assistência curativista e reabilitadora. Na ocasião, Fisioterapia era praticamente sinônimo de Reabilitação.

Ao longo dos primeiros anos de vida profissional, entendia que este era o verdadeiro papel do fisioterapeuta, porém, algumas inquietações foram surgindo, especialmente a partir do momento em que fui contratada para trabalhar na Saúde Pública, integrando a equipe de Hanseníase.

As seqüelas deixadas pela doença tornavam seus “portadores” excluídos, estigmatizados e incapacitados, tornando-se imprescindível uma abordagem multiprofissional. Estávamos diante de um caso típico para o fisioterapeuta “reabilitar”. E fomos treinados para proporcionar algum conforto aos doentes. Equipes eram capacitadas para confeccionar palmilhas, fazer talas de gesso, auxiliar a enfermagem no tratamento de úlceras, entre outras

atividades. O papel do fisioterapeuta na equipe era de fazer prevenção de incapacidades, mas prevenção em indivíduos que já se apresentavam doentes ou com seqüelas da doença.

Percebeu-se, contudo, que era preciso intervir antes que a doença avançasse. A partir do momento em que todos os componentes da equipe tornaram-se necessários para o combate a esta doença infecto-contagiosa, endêmica no Brasil, comecei a perceber a importância de intervir precocemente, mesmo porque a cadeia de transmissão é interrompida quando se realiza o diagnóstico nas suas formas iniciais.

Esta era uma nova abordagem epidemiológica que se descortinava a nossa frente: fazer prevenção e trabalhar verdadeiramente em equipe. Impedir que as pessoas adoecessem ou pelo menos que recebessem o diagnóstico e o tratamento o mais precocemente possível, evitando-se também as seqüelas e minimizando o estigma, ou seja, fazer Promoção de Saúde.

As inquietações foram aumentando e mesmo na atuação em clínica privada, iniciei o trabalho de educação em saúde com os pacientes que apresentavam problemas de coluna, dores nas costas e outros problemas que poderiam ser evitados com prevenção.

O tratamento não me parecia completo se o paciente não entendesse que as condições de sua saúde dependiam muito de suas escolhas pessoais, mas era preciso orientá-lo quanto às formas de se evitar recidivas, ou seja, dar-lhes condições de fazerem essas escolhas.

Mas, por que esperar que o indivíduo se tornasse adulto com queixas, e não agir na infância, se os casos de crianças e adolescentes que apresentavam problemas relacionados à má postura estavam aumentando assustadoramente?

Iniciamos, então, uma pesquisa em algumas escolas do município e um trabalho educativo para alunos, professores e funcionários. O trabalho era gratificante, prazeroso, pois algumas pessoas se encantavam com noções básicas de cuidados com a saúde, e com a possibilidade de poderem, elas mesmas, cuidarem de sua própria saúde.

Em minha formação tive ainda o privilégio de fazer especialização em “Medicina Chinesa e Acupuntura”, que trouxe uma visão diferenciada nas abordagens do ser humano, de forma a percebê-lo como um todo, numa visão holística.

Outro privilégio para um fisioterapeuta foi o de conhecer melhor o Sistema Único de Saúde (SUS), e sua mais nova estratégia de organização: o Programa de Saúde da Família. Fui pioneira entre os fisioterapeutas da região a concluir a “Especialização em Saúde da Família” pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM). Este foi sem dúvida um grande privilégio, pois passei a compartilhar com outros colegas “da saúde”, minhas opiniões, visões de mundo, levando ao conhecimento de muitos as possibilidades de atuação e a relevância dos serviços do fisioterapeuta dentro da saúde coletiva.

Muitas de minhas inquietações e questionamentos foram amenizados, pois houve uma grande identificação com os princípios e diretrizes do SUS e o Programa de Saúde da Família (PSF). Não cabia mais em mim a idéia de trabalhar os próximos anos de minha vida profissional somente com a abordagem curativista. Não era assim que pensava que as coisas teriam que acontecer. Se há meios de se prevenir agravos e de se viver melhor, com mais saúde, mais qualidade de vida, por que insistir somente em tratamentos cada vez mais sofisticados, se as pessoas continuavam cada vez mais infelizes e adoecendo freqüentemente?

Na ocasião desta especialização, trabalhava novamente na Saúde Pública, agora de forma exclusiva, em diversas áreas, como na equipe de hanseníase, na vigilância sanitária, dando suporte às equipes de Saúde da Família que começavam a se estruturar no município. Chegamos a criar e coordenar, juntamente com outros profissionais, um projeto de atividades físicas regulares praticadas numa praça central, sob supervisão de um profissional da Educação Física ou da Fisioterapia, voltado para pessoas a partir de quarenta anos de idade: o Projeto “Agito na Praça”.

Outra oportunidade de crescimento pessoal e profissional aconteceu quando cheguei a ocupar o cargo de coordenadora do Programa de Saúde da Família (PSF) da Secretaria de Saúde de Patos de Minas, motivo de muito orgulho por ser uma representante de nossa classe profissional, e pelo fato do fisioterapeuta ainda não estar inserido, legalmente, na equipe de saúde da família.

Estava sempre às voltas com palestras e alimentava um sonho de trabalhar com docência. Veio a oportunidade e me ingressei nesta missão através de processo seletivo, ministrando aulas de Cinesiologia para o curso de Educação Física do Centro Universitário de Patos de Minas. Em seguida, foi criado o curso de Fisioterapia nesta mesma instituição, ocasião em que fui convidada a assumir o cargo de coordenadora, tornando-se este o grande desafio de minha vida profissional.

As preocupações com relação à formação do profissional, a importância de conhecer o sistema de saúde vigente, as mudanças paradigmáticas do conceito de saúde, as possibilidades de atuação do fisioterapeuta, assim como o entendimento do que é promover saúde, além de simplesmente prevenir doenças e agravos, me levaram à realização deste estudo.

A partir do momento que a formação do fisioterapeuta tem como um de seus pilares, concretizados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (CNE/CES), a atenção primária à saúde envolvendo ações de promoção de saúde; a partir do fortalecimento do sistema de saúde vigente em nosso país e, principalmente da necessidade de se “politizar a rede assistencial, ampliar o sentido de saúde, rediscutir processos de trabalho e fortalecer práticas co-gestoras são condições *sine qua non* para a conquista e preservação de direitos sociais” (CARVALHO, 2005, p.161), é preciso analisar de que forma esta mudança paradigmática vem acontecendo na graduação em Fisioterapia. Tornou-se uma questão especial para quem lida diretamente com a educação em Fisioterapia e acredita verdadeiramente neste papel do fisioterapeuta.

Freire, com sua sensibilidade e sabedoria, faz algumas reflexões sobre a educação em sua “Pedagogia da Indignação”.

Se o sonho morreu e a utopia também, a prática educativa nada mais tem que ver com a denúncia da realidade malvada e o anúncio da realidade menos feia, mais humana. Cabe à educação como prática rigorosamente pragmática – não no sentido deweyano – treinar os educandos no uso de técnicas e princípios científicos. Treiná-los, nada mais. O pragmatismo neoliberal não tem nada a ver com formação. [...] Despolitizando a educação e reduzindo-a ao treino de destrezas, a ideologia e a política neoliberais terminam por gerar uma prática educativa que contradiz ou obstaculiza uma das exigências fundamentais do próprio avanço tecnológico. A de preparar sujeitos críticos capazes de responder com presteza e eficácia a desafios inesperados e diversificados. Na verdade, o treinamento estreito, tecnicista, habilita o educando a repetir determinados comportamentos. O de que precisamos, contudo, é algo mais do que isto. Precisamos, na verdade, de saber técnico real, com o qual respondamos a desafios tecnológicos. Saber que se sabe compondo um universo maior de saberes. Saber que não estranha legítimas perguntas a serem feitas em torno dele: em favor de quem ou de quem; contra quem ou contra quem é usado. Saber que não se reconhece indiferente à ética e à política, mas não à ética do mercado ou à política desta ética. O de que precisamos é a capacidade de ir mais além de comportamentos esperados, é contar com a curiosidade crítica do sujeito sem a qual a invenção e a reinvenção das coisas se dificultam. O de que necessitamos é o desafio à capacidade criadora e à curiosidade que nos caracterizam como seres humanos e não deixá-la entregues ou quase entregues a si mesmas. Pior ainda: dificultar o seu exercício ou atrofiá-las com uma prática educativa que as inibe. [...] Eficácia técnica e ineficácia cidadã a serviço da minoria dominante (FREIRE, 2000, p.123-124).

A escola tem como uma de suas mais importantes missões, o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo em seus alunos, tornando-os capazes de tomar decisões a partir de problematizações, especialmente naquelas relacionadas ao bem-estar da coletividade. Porém, sem que o saber puramente técnico dê espaço para atuações mais progressistas, onde se sonha com uma sociedade menos agressiva, menos injusta, menos violenta, mais humana. O espaço onde se defende a “capacidade do ser humano de avaliar, de comparar, de escolher, de decidir e, finalmente, de intervir no mundo” (FREIRE, 2000, p.58).

Com o objetivo de caracterizar e analisar a formação em promoção de saúde oferecida pelos cursos de graduação em Fisioterapia de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas do Estado de Minas Gerais, foi proposta a realização do presente estudo.

Na primeira parte da introdução deste trabalho, apresentamos uma retrospectiva da construção do Sistema Único de Saúde desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Na segunda parte, abordamos a efetivação do SUS e os recursos humanos na saúde; na terceira, a formação de recursos humanos e as novas diretrizes curriculares para a área de saúde, na quarta, a construção do currículo de graduação em Fisioterapia e, por fim, os cursos de Fisioterapia no Brasil e no Estado de Minas Gerais, para contextualizar o tema central deste estudo.

Em seguida, apresentamos os objetivos do estudo, a abordagem teórico-metodológica, partindo para os resultados e discussões, terminando com as considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A CONSTRUÇÃO DO SUS: DA REFORMA SANITÁRIA A ADOÇÃO DO NOVO SISTEMA DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo processo de construção política e institucional nomeado Reforma Sanitária, voltado para a transformação das condições de saúde da população brasileira, gestado a partir da década de 70, quando vivíamos sob a ditadura militar (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006, p.2).

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir da insatisfação da população e de vários profissionais com o caos em que se encontrava a saúde da população, renegada ao segundo plano nas políticas governamentais do Brasil.

A situação da saúde se agravou durante o período da ditadura militar, após o golpe de 1964, havendo o sucateamento da Saúde Pública, que contava com hospitais em péssimo estado de conservação, entre outros graves problemas, como a ocorrência de fraudes, pois não havia fiscalização dos serviços médicos.

Entre as críticas ao complexo médico-empresarial e o exercício de propostas de descentralização e municipalização, nasciam alternativas traduzidas em cursos, seminários, documentos, reuniões.

Um momento estratégico para a organização do Movimento de Reforma Sanitária foi o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em que foi escrito um documento-base, criticando o regime autoritário e suas conseqüências à saúde. Este

documento estabeleceu alguns princípios que seriam adotados pela Reforma Sanitária, entre eles, saúde como direito universal e inalienável; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel do Estado no sentido de regular para diminuir os efeitos mais nocivos das leis do mercado na área da saúde; descentralização, regionalização e hierarquização; participação popular e controle democrático. Entre as medidas iniciais, destacava-se “criar o Sistema Único de Saúde” (CORDEIRO, 2004, p.346).

Alguns profissionais que haviam se mantidos reprimidos durante a ditadura militar, fortaleceram a idéia do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Insatisfeitos com a situação que a saúde se encontrava, insatisfeitos com o fortalecimento do setor privado, com o aumento da iniquidade, com a assistência seletiva, com a ausência de integralidade da assistência, entre outros fatores, passaram a formular propostas de uma política pública de saúde que contemplasse todos estes aspectos: equidade, integralidade, universalidade da assistência, participação comunitária nas decisões políticas de saúde, hierarquização e regionalização dos serviços e a sua unificação.

O Projeto da Reforma Sanitária ia além da saúde, era uma proposta de transformação social, valorizando a cidadania. “[...] o Projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira” (AROUCA, 1987, apud 12ª Conferência Nacional de Saúde, 2003).

Neste momento, diversos acontecimentos em várias partes do mundo denunciavam a insatisfação dos profissionais em relação à assistência à saúde fundamentada no modelo hospitalocêntrico e médico-centrado.

Dentre estes acontecimentos, talvez o mais importante, tenha sido a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata em 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que “concita a ação

Internacional e Nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento...” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Portanto, nesta Conferência ocorreu a “catalogação da atenção primária à saúde como doutrina universal” (MENDES, 2002, p.2).

No Brasil, a proposta da OMS veio ao encontro das necessidades de se expandir a assistência médica às populações excluídas, especialmente as que viviam nas periferias e nas áreas rurais. Porém, essa era uma proposta seletiva de atenção primária, distante de ser um sistema hierarquizado e resolutivo, que satisfizesse a clientela e repercutisse positivamente nas condições de vida e de saúde da população (CHIORO; SCAFF, 2006, s/p).

Como consequência da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, estabeleceu-se um consenso político que permitiu a conformação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde; saúde como direito de cidadania e dever do Estado; e, a instituição de um sistema único de saúde. E ainda, como desdobramentos práticos a cargo da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, dois processos sofreram grande influência: a implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e a elaboração da nova Constituição Brasileira.

O SUDS foi baseado no “princípio de integração de todos os serviços de saúde, públicos ou particulares” e “deveria constituir uma rede hierarquizada e regionalizada, com a participação da comunidade na administração das unidades locais.” De concreto, houve a integração dos serviços mantidos pelo Estado, de maneira precária, porém sem o envolvimento e a participação das empresas privadas (BERTOLLI FILHO, 2003, p. 64).

É notório que o Brasil passou a vivenciar grandes mudanças no campo da saúde a partir da década de 1980, em especial a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Nos documentos desta histórica Conferência, foi escrito um capítulo fundamentado

nos relatos da I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Ottawa (Canadá, 1986), a qual dispunha sobre as mudanças de paradigma da saúde. Segundo Santos e Westphal (1999, p.76), “Saúde, neste documento inicial foi definida como direito universal e resultante de condições de vida e trabalho”, as quais deveriam ser garantidas através de políticas sociais e econômicas, com o objetivo de reduzir o risco de doença e outros agravos.

Em 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição Federal, marcando a mudança de paradigma como produção social da saúde, que se iniciou a partir do movimento de Reforma Sanitária, em conformidade com a Carta de Otawa, determinando no seu Art. 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Prevê ainda “o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2004).

Mais do que um arranjo institucional, o processo da Reforma Sanitária brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. Da mesma forma, o projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades. Se a Reforma Sanitária é a expressão do nosso desejo de transformação social, sua materialização institucional no SUS é a resultante do enfrentamento desta proposta com as contingências que se apresentam nessa trajetória (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006, p.2).

Vários fatores levaram os constituintes a proporem essa transformação, mas principalmente o consenso na sociedade quanto às inadequações do sistema de saúde até então vigente, caracterizado por um quadro de doenças de todos os tipos, condicionado pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que o sistema de saúde não conseguia enfrentar com precisão.

Irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, com sobre oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros; excessiva centralização implicando por vezes em impropriedade das decisões pela distância de Brasília dos locais onde ocorriam os

problemas; recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países; desperdícios dos recursos alocados para a saúde, estimado nacionalmente em, pelo menos 30%, produzido por incompetência gerencial.

Também se observava baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes; falta de definição clara das competências dos vários órgãos e instâncias político-administrativas do sistema, acarretando fragmentação do processo decisório e descompromisso com as ações e falta de responsabilidade com os resultados; desempenho desordenado dos órgãos públicos e privados conveniados e contratados, acarretando conflito entre os setores público e privado, superposição de ações e mau atendimento à população.

A insatisfação dos profissionais da área de saúde que vinham sofrendo as conseqüências da ausência de uma política de recursos humanos, justa e coerente era outra realidade encontrada, assim como insatisfação da população com os profissionais de saúde pela aparente irresponsabilidade para com os doentes, greves e erros médicos freqüentes e corporativismo se sobrepondo à saúde do povo; baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais; ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos, assim como ausência de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde; inexistência de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços; preocupação excessiva e insatisfação da população com o atendimento à sua saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 03).

O novo modelo de assistência à saúde passou a se caracterizar por ser um sistema único a nível nacional; propor a descentralização e pela criação de novas formas de participação na gestão em que o usuário é incluído.

Ao incluir a saúde como um direito constitucional da cidadania no capítulo da Seguridade Social, avançamos na concretização da democracia, fortalecendo a

responsabilidade do Parlamento e da Justiça, cada dia mais presentes na garantia dos direitos sociais. Mesmo coincidindo com o governo Collor e o início da implantação das propostas neoliberais de ajuste do Estado, a construção do SUS foi realizada na contramão das políticas econômicas, configurando, juntamente com a atuação do Ministério Público, alguns dos mais expressivos resultados dos preceitos democráticos inscritos na CF/88 (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006, p.2).

Os cuidados primários da saúde são compreendidos como aqueles cuidados essenciais de saúde, de qualidade, como parte integrante do sistema de saúde do país, constituindo a função central e o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. Representam o “primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde”, através dos quais os cuidados chegam o mais próximo possível de cada um, seja na comunidade ou no local de trabalho.

Portanto, desde a Declaração de Alma-Ata formulada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978, há uma preocupação com a reorientação dos serviços, com a participação da comunidade, já que enfatizam que a “promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribuir para a melhor qualidade de vida e paz mundial”. E ainda que “os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais”.

Em consonância com esta nova estruturação dos serviços de saúde, o paradigma da promoção de saúde fortalece a ampliação do conceito de saúde, aumenta a consciência da necessidade de reordenação do sistema de saúde que deve considerar o caráter multiprofissional e interdisciplinar de suas práticas.

Para isso, na Carta de Otawa (OPAS, 1986, p.1): “Os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver”. Este documento enfatiza ainda que “[...] a promoção de saúde não é responsabilidade

exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”. Bem-estar que está diretamente relacionado às seguintes condições e recursos fundamentais: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Neste sentido, ser saudável não pode ser apenas não estar doente, no sentido tradicional. Deve significar também a possibilidade de atuar, de produzir a sua própria saúde, quer mediante cuidados tradicionalmente conhecidos, quer por ações que influenciem o seu meio – ações políticas para a redução de desigualdades, educação, cooperação intersetorial, participação da sociedade civil nas decisões que afetam sua existência – para usar uma expressão bem conhecida, o exercício da cidadania (SANTOS; WESTFALL, 1999, p.76).

Um dos princípios do SUS é o de ordenar a integralidade da atenção, não sendo mais sustentável a prática de atenção primária seletiva ou somente o nível primário à saúde. Era preciso buscar um modelo de atenção primária à saúde que conseguisse “concretizar a integralidade das ações e serviços de saúde e que pudesse colocar-se como alternativa ao modelo convencional vigente” (MENDES, 2002, p.9). Era necessário mudar o foco de atenção do indivíduo para a família e a comunidade, incluindo todos os aspectos que interferem nas condições de saúde da referida população.

No mesmo período de implementação do SUS, o país passava por uma fase de incertezas políticas, econômicas e demográficas com a diminuição da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida. Na América Latina, o quadro de transição epidemiológica caracterizava-se por manutenção dos padrões relacionados às doenças infecto - contagiosas, mas o país passou a observar um crescente aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas, além de causas externas como homicídios, acidentes, entre outras.

Todas essas mudanças alertaram para a necessidade de ajustes do sistema de saúde, adequando-se à nova realidade nacional, regional e local. O país passou a viver o

período denominado “crise da saúde”, e como toda crise, gerou a necessidade de alterações profundas para que os problemas fossem minimizados.

Mudanças no modo de pensar saúde e fazer saúde, espelhados nas propostas do SUS, suas diretrizes e seus princípios. Apesar destes princípios e diretrizes já se encontrarem documentados, profissionais, gestores, usuários e prestadores não conseguiram segui-los no seu cotidiano, mantendo, na maioria das vezes, a prática do modelo médico-centrado, hospitalocêntrico, biologista (as doenças e suas curas sempre ocorrem no nível biológico), fragmentado, com a assistência médica voltada para o indivíduo (o objeto das ações em saúde é um indivíduo, tratado por outro indivíduo), e não à atenção à saúde. Atenção à saúde que incorpora novos processos de trabalho, novas abordagens, novas oportunidades, com uma prática diversificada.

Várias alternativas para organização da atenção primária à saúde foram propostas no país, destacando-se a da Medicina Geral e Comunitária, a da Ação Programática em Saúde, a do Médico da Família, a da Defesa da Vida. Quase todas impulsionadas pela Reforma Sanitária Brasileira, porém era necessária vontade política capaz de romper com a força do setor privado e fazer com que o SUS se efetivasse concretamente, na contramão das políticas neoliberais.

Surgiram ações pontuais no Brasil, na tentativa de minimizar os problemas da população, como no Ceará que implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este programa passou a ser modelo para outros municípios e Estados, chegando até o Ministério da Saúde os resultados positivos que já se faziam presentes. Espelhando-se no PACS e em programas bem sucedidos em outros países como Inglaterra, Cuba e Canadá, o Ministério da Saúde decidiu, ao final de 1993, criar o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente também conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), o qual significou mais um ciclo de expansão da atenção primária à saúde no país. Segundo Mendes (2002, p.9),

“pela primeira vez agregava-se à dimensão quantitativa da expansão, uma dimensão qualitativa”.

O objetivo geral do PSF é o de contribuir, a partir da atenção básica, para a reorientação do modelo assistencial, de acordo com os princípios do SUS, “imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

O PSF é uma estratégia do Ministério da Saúde, de organização do sistema, coerente com a ótica da produção social da saúde e que consiste segundo Santos e Westphal (1999), principalmente de uma delimitação territorial de abrangência com o desenvolvimento de ações focalizadas na promoção de saúde e estimuladora de ações intersetoriais.

Pela primeira vez existe uma proposta voltada para a atenção da família, da comunidade e não mais do homem isolado de todo o seu contexto sócio-econômico-cultural. É formado por uma equipe composta pelo médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde, e mais recentemente o odontólogo, o auxiliar de consultório dentário (ACD) e o técnico em higiene dental (THD). Nesta nova proposta, o médico passa a não mais ocupar o papel central da equipe de saúde, mas assume o papel de um membro desta equipe.

As ações do PSF são direcionadas e estruturadas a partir dos princípios e diretrizes do SUS como a universalidade, a equidade e a integralidade, esta última caracterizada por ações de saúde combinadas e voltadas para a prevenção, promoção, cura e reabilitação. O indivíduo passa a ser visto como um ser humano social, sujeito a riscos de vida. “Desta forma, o atendimento deve ser feito para a Saúde e não somente para as doenças” (MENDES, 2002, p.9).

Com o objetivo de “Promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” o Ministério da Saúde aprovou, em 30 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), através da Portaria nº. 687. Considerando a necessidade de implantação de diretrizes e ações para a promoção da saúde em consonância com os princípios do SUS, este documento reforça a necessidade de incorporação e implementação destas ações na atenção básica, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade do Brasil. Essa ênfase na atenção básica deverá ser voltada às ações de cuidado com o corpo e a saúde; entre elas, alimentação saudável, prevenção e controle do tabagismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.19).

Portanto, a promoção de saúde é um paradigma do SUS que contribui na construção de ações que possibilitem responder também às necessidades sociais em saúde, enfocando os aspectos que determinam o processo saúde-doença no Brasil como violência, habitação inadequada e/ou ausente, desemprego, fome, dificuldade de acesso à educação, subemprego, falta de saneamento básico, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada. E, hoje, o que mais chama a atenção de autoridades vinculadas à área como um dos maiores determinantes da saúde populacional: a iniquidade; potencializando formas mais amplas de intervir em saúde.

Promoção de saúde é uma estratégia de produção de saúde, e “exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.17).

Percebe-se que, a partir do conceito de promoção de saúde definido na I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, conhecido a partir da Carta de Ottawa, como: “um processo que confere ao povo os meios para assegurar um maior controle e melhoria de sua própria saúde, não se limitando a ações de responsabilidade do setor saúde” (OPAS, 2006, p.1), a população passa a ser co-responsável por sua saúde, e são

implementadas ações inter e intrasetoriais que possam provocar impacto positivo na sua qualidade de vida.

Portanto, a proposta de promoção de saúde reconhece que além dos indivíduos existem “estruturas e processos cuja alteração depende de políticas públicas, movimentos sociais”. Ressalta ainda a importância das “mudanças culturais associadas às visões-de-mundo, grandemente influenciadas pelos meios de comunicações, interesses de grupos econômicos e políticos e efeito reflexivo do próprio estado atual das coisas (consumismo, desperdício, perda de valores)” (PILON, 2001, p.34).

Para construir a idéia de promoção de saúde, é preciso “enfrentar duas questões fundamentais e interligadas: a necessidade de reflexão filosófica e a conseqüente reconfiguração da educação (comunicação) nas práticas de saúde” (CZERESNIA; FREITAS, 2003, p.51).

Portanto, outros problemas viriam juntamente com toda esta mudança na abordagem da saúde: a reconfiguração da educação, a formação dos profissionais que atuam ou irão atuar na saúde, ou seja, o paradigma político-assistencial tornou-se também político-pedagógico.

No campo da saúde o momento histórico de tensão se revela pela incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger a saúde das pessoas na medida requerida pelas circunstâncias históricas. Tendo em vista a transição epidemiológica, o desafio da equidade e a necessidade de contenção de custos, há necessidade de reorientação da atenção, ampliando a promoção e articulando-se com as ações de cura e reabilitação, buscando a utilização mais racional da tecnologia e dos diferentes equipamentos de saúde. [...] é indispensável redefinir a relação entre os profissionais da Saúde e a população e redefinir os papéis na produção social da saúde (FEUERWERKER, 2003, p.24).

No entanto, como incentivar mudanças tão profundas na educação diante dessa nova proposta, principalmente com o descrédito da maioria da população com as políticas governamentais e diante de toda uma “campanha” (de interesses) contra o SUS? Como tem se

dado a efetivação do sistema de saúde vigente, e a formação dos recursos humanos para as mudanças em sua atuação?

1.2 A EFETIVAÇÃO DO SUS E OS RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE

[...] o SUS constitui o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos portadores de HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer (SESPA, p. 01, 2005).

Após sua implantação, tornou-se imprescindível que os profissionais e a comunidade entendessem o que é o SUS, seus princípios e suas diretrizes, pois como anteriormente citado, essa é uma proposta de alterações profundas, envolvendo vários aspectos, entre eles a participação comunitária nas decisões sobre saúde.

A partir da proposta de atenção integral à saúde, houve a necessidade de se repensar a formação em saúde, pois havia (há) uma grande dificuldade de se encontrar profissionais capacitados e com o perfil adequado para trabalhar com esta nova proposta. Proposta de integralidade, intersetorialidade, com mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde e entre profissionais de saúde e usuários, em que cada membro da equipe deve conhecer o seu verdadeiro papel. Este vem se concretizando como um dos maiores desafios para a real efetivação do SUS.

Mudanças nas metodologias de ensino, também se faziam (fazem) necessárias, levando docentes e discentes à reflexão sobre as reais necessidades da população, e ao tipo de assistência que seja mais adequada às diversas situações; às práticas docentes, aos modos de ensinar.

Porém, o modelo pedagógico adotado pela educação superior no Brasil, com algumas exceções, ainda é fragmentado, dissociando as áreas básicas das áreas específicas, centrada no médico, com acúmulo de conhecimento técnico-científico, incentivadora das especializações precoces, ou seja, dentro de uma visão cartesiana da saúde.

A capacitação de profissionais já existentes na rede pública tornou-se fundamental. Com o incremento e implantação do Programa de Saúde da Família, como uma estratégia de reorganização da atenção à saúde, abriu-se um mercado de trabalho sedutor nesta área, com propostas de mudanças que muitos almejavam.

Era urgente que a abordagem nas universidades também fosse alterada: não era concebível formar cidadãos com exclusiva visão assistencialista, mas necessário uma visão mais ampla, que concebe a saúde para além da ausência de enfermidades. Uma educação crítico-reflexiva diante dos problemas do mundo e, principalmente, com profissionais que entendam e estejam aptos a trabalhar com conceitos como promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde, além do conhecimento das realidades locais, a partir das quais as estratégias de ações sejam fundamentadas. Portanto, num modelo de atenção estratégica, e não mais voltado somente ao atendimento à demanda de doenças e queixas. Partindo-se do conhecimento das necessidades da população, do delineamento de um diagnóstico prévio da situação encontrada, propor estratégias de ações intersetoriais (se for o caso), além da co-participação/co-responsabilização da população.

No Art. 200, Inciso III da Constituição Federal, são definidas as atribuições do SUS em seus três níveis de governo, dentre outras, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. A Lei 8080, promulgada em 1990, passou a operacionalizar as disposições constitucionais e no seu Art. 14 cita que “Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as Instituições de Ensino profissional e superior”. Ainda no seu Art.15, Inciso IX “Participação na formulação e na execução da política de

formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde”. No Art.16, Inciso IX “promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Lei 8.080,1990).

Para assumir seu papel de gestor federal do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde criou pelo Decreto nº.4.726 de 09 de junho de 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). A relação Educação e Trabalho em Saúde passou a ser a marca deste Departamento, realizando o encontro das práticas de formação com as práticas da gestão e atenção no setor, respeitando-se o controle social.

Além do compromisso com a proposição de políticas relativas à formação e desenvolvimento profissionais e educação permanente dos trabalhadores dos níveis técnico e superior, o DEGES promove a integração entre os setores saúde e educação para que as instituições formadoras respondam às demandas do setor saúde.

A necessidade de fortalecimento do vínculo entre a saúde e a educação, tem sido reforçada em todas as Conferências Nacionais de Saúde desde a implantação do SUS, considerado como uma das deliberações mais importantes para a formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde. A reestruturação curricular dos cursos da área da saúde, no nível superior, jamais deixou de ser uma das solicitações básicas, “adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS” de acordo com a X Conferência Nacional de Saúde (apud CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002, p. 377).

As propostas de mudança na formação dos profissionais de Saúde orientadas pelas novas diretrizes curriculares e apoiadas pelo Ministério da Saúde estão voltadas para a

superação de alguns problemas encontrados diante de mudanças paradigmáticas do conceito de saúde.

Pretende-se com elas chegar a ter profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade. Pretende-se que a universidade esteja aberta às demandas sociais e seja capaz de produzir conhecimento relevante e útil para a construção do sistema de saúde. Pretende-se também transformar o modelo de atenção, fortalecendo a autonomia dos sujeitos na produção de saúde. (FEUERWERKER, 2003, p.25).

Com relação aos currículos dos cursos de graduação nas áreas da saúde em nível superior, na XI Conferência Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006), foi aprovada, quanto à formação de profissionais e papel da universidade, a inclusão e/ou ampliação de disciplinas sobre saúde coletiva.

Entre as ações específicas do Ministério da Saúde para o biênio 2006 – 2007, foram priorizadas, entre outras, as ações voltadas à divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), sendo uma delas “Discutir nos espaços de formação e educação permanente de profissionais de saúde a proposta da PNPS e estimular a inclusão do tema nas grades curriculares” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.27).

Percebe-se, que apesar da implantação do SUS, seus paradigmas estão levando os profissionais que nele atuam a reflexões sobre os aspectos epidemiológicos dos agravos à saúde da população, entre outras questões com mudanças culturais do profissional e da população sobre o que é cuidar da saúde, fazer saúde, promover saúde. Mas alguns questionamentos ainda se fazem presentes: de que forma as pessoas estão conhecendo essas novas abordagens em saúde? E os novos profissionais, têm recebido uma formação que os preparem para atuar diante deste paradigma? As instituições formadoras estão se adequando para a real efetivação do SUS?

1.3 FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS A PARTIR DAS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES PARA A ÁREA DE SAÚDE

[...] as alterações que vêm caracterizando o chamado período pós-modernidade, onde o que se observa é o mundo globalizado, a ausência de fronteiras, o acesso aparentemente universal à informação, o endeusamento da tecnologia, a transformação do modo de produção e subsequente retomada das qualidades necessárias aos trabalhadores para inserção no mundo do trabalho (competitivo e exigente), estão requerendo “ajustes” dos aparelhos formadores, sob pena de que os egressos da escola não se encaixem às novas demandas geradas pela reestruturação dos interesses do capital (FRIGOTTO 1996, apud SORDI; BAGNATO, 1998, p.83).

A partir de todas as propostas de mudanças no pensar e no fazer saúde, houve a necessidade de se debater sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (CNE/CES) e neste momento as profissões da saúde se mobilizaram de maneira expressiva. “Os movimentos de mudança na graduação buscavam que a noção de diretrizes indicasse como possibilidade a desejável perspectiva transformadora da formação dos profissionais de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 03).

As diretrizes foram aprovadas em sua maioria entre 2001 e 2002 e afirmaram que a “formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (formação de biomédicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos e terapeutas ocupacionais)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.03).

Foram definidas competências gerais para o exercício profissional da área de saúde no campo da tomada de decisões, “que lhes permitam desenvolver trabalho visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas.” Devem possuir ainda habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada para a atenção a ser efetuada (FEUERWERKER, 2003, p.25).

Outras competências também são citadas como fundamentais para o exercício profissional como no campo da comunicação, com profissionais acessíveis e receptivos na interação com os pacientes e a comunidade; facilidade na comunicação verbal, não-verbal, escrita e saber manter a confidencialidade das informações. O profissional deve ser capaz de trabalhar em equipe multiprofissional, demonstrando compromisso, responsabilidade, empatia, liderança, habilidades para tomada de decisões e gerenciamento eficaz e efetivo. Devem ainda gerenciar a força de trabalho, recursos físicos, materiais e de informação, além de serem gestores, empregadores ou líderes na equipe de saúde. Deverão se manter em contínuo processo de construção de conhecimentos, aprendendo a aprender, e se manterem responsáveis pelo treinamento e educação dos futuros profissionais.

No campo da Atenção à Saúde, todos os profissionais de Saúde devem estar aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação ao nível individual e coletivo; assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde; realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da bioética (ética da vida); ter em conta que a responsabilidade da atenção à saúde somente se encerra com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (FEUERWERKER, 2003, p.25).

Com o objetivo de se alcançar as habilidades e competências necessárias e o perfil do profissional esperado, várias iniciativas para reorientar os modos de ensinar e aprender na saúde foram feitas como: Interiorização do Trabalho em Saúde, Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), Capacitação e Formação em Saúde da Família, Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), de Aperfeiçoamento ou Especializações de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outras. Todas elas possibilitaram a mobilização de pessoas e instituições e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças nas práticas do sistema de saúde, porém de forma limitada por não conseguirem alcançar as instituições formadoras no sentido de alimentar processos de mudança.

Como ainda é limitado o contingente de dirigentes acadêmicos e docentes com compreensão acerca das mudanças necessárias, da complexidade dessas mudanças e dos elementos indispensáveis à sua condução, através de articulação interministerial, aproximando o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, foram propostas estratégias de apoio à implantação das mudanças, incentivando o ensino-aprendizado sobre o SUS através do AprenderSUS.

[...] o AprenderSUS deverá ampliar o pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação, apoiar processos de transformação institucional que demonstrem compromisso com o SUS, situar a adoção da integralidade como eixo norteador da mudança na formação de graduação, estipular e implementar políticas integradoras com o setor da educação para o apoio a implementação das diretrizes curriculares nacionais e o aumento do compromisso social da área da saúde com o SUS, estimular e implementar práticas articuladoras de especialização em serviço e redefinição do papel dos hospitais de ensino no SUS, incluindo compromissos com a educação permanente, a produção de conhecimento relevante, a ampliação da resposta assistencial na rede de cuidados à saúde e a produção de serviços relevantes ao SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.06).

Porém, esses compromissos deveriam se nortear pela “construção de práticas entre o SUS e as Instituições de Ensino Superior orientadas pela integralidade da atenção, o trabalho em equipe de saúde e o conhecimento do sistema de saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SGETES/DEGES, 2004, p.03).

Um documento resultante da ação direta do Conselho Nacional de Saúde (CNS) como proposta política para a área, tornando obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis com o Sistema Único de Saúde, a partir da Resolução nº. 330 de 04 de novembro de 2003 é a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS).

Para a NOB-RH/SUS, a formulação de diretrizes curriculares deve contemplar as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das várias regiões do país; a implementação de uma política de capacitação de docentes orientada para o SUS; a formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de

gestão e a garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SGETES/DEGES, 2003, p.11).

Outras estratégias têm sido utilizadas pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento do SUS a partir do conhecimento de seus princípios e diretrizes por todos os que nele atuam, irão atuar ou dele se utilizarão como, por exemplo, o já citado Programa de Incentivo a Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED) orientado pelo apoio financeiro à implementação das DCN em Medicina para vinte escolas selecionadas.

Este programa privilegiou somente alguns cursos pré-selecionados em detrimento de outros que também pleiteavam os mesmos incentivos. O Ministério da Saúde percebeu então, que na verdade deveria apoiar a gestão do ensino em coerência com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, utilizando como critério para suporte financeiro, técnico ou operacional aquelas instituições de educação superior que assim se comportassem.

A partir do seminário “Os Estudantes Universitários da Área da Saúde e o SUS”, Brasília, 2003, com objetivo de apresentar proposta de parceria entre o Ministério da Saúde e o Movimento Estudantil, iniciou-se um projeto-piloto no início de 2004, com a participação de cerca de 100 estudantes, de diversas IES, em dez cidades do Brasil para a realização do VER – SUS/ Brasil.

O VER-SUS/Brasil é um projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil, objetivando a vivência e o aprendizado *in loco* das diversas realidades do SUS, seu funcionamento e sua estrutura, incluindo financiamento, estratégias de controle e auditoria, formulação de políticas técnicas, ordenamento do trabalho e da rede assistencial, interpretação demográfica e epidemiológica e a descentralização da gestão e ainda, o exercício do controle social sobre o setor saúde.

Como desdobramento deste projeto, o VER – SUS Extensão é outro projeto em parceria do Ministério da Saúde com as Pró-Reitorias de Extensão Universitária das Universidades Públicas para o desenvolvimento de dois programas: Estágios Rurais Interprofissionais no SUS e Vivências em Educação Popular no SUS.

Um dos objetivos dessa estratégia é a formação de profissionais voltados para as necessidades de saúde da população e o Sistema Único de Saúde, por meio do fortalecimento e ampliação dos processos de mudança da graduação e articulação entre as instituições de ensino na área da Saúde e os serviços. Também será possível, através do programa contribuir para a implementação de políticas públicas de saúde em diferentes localidades, com abertura para ações intersetoriais por meio da extensão universitária pela integração com outros cursos como agronomia, economia, direito, comunicação e pedagogia, por exemplo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A consolidação de uma política intersetorial para a formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde teve outro marco histórico importante em novembro de 2005, quando os Ministros de Estado da Saúde e da Educação assinaram as três portarias a seguir:

- Portaria Interministerial nº 2.118/05, de 03 de novembro de 2005, a partir da necessidade de se estabelecer cooperação técnica e científica na área de recursos humanos em saúde, “institui cooperação técnica entre os dois ministérios para a formação de recursos humanos na área da saúde, tanto no nível superior quanto no nível técnico”;
- Portaria Interministerial nº 2.117/05 de 03 de novembro de 2005, que “institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde”, a qual institui a residência multiprofissional em saúde para a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho destinado às “categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica”;
- Portaria nº 2.101/05 que cria o Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (Pró – Saúde), o qual apresenta como objetivo geral “incentivar transformações do processo

de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença”. Inspirado no antigo PROMED, aperfeiçoado a partir da avaliação do mesmo, visa apoiar as IES na implementação das diretrizes curriculares. Os esforços se concentraram nas áreas de medicina, enfermagem e odontologia, justificados pela presença destes profissionais formalmente na principal estratégia de reorganização da Atenção Básica do Ministério da Saúde, que é a Saúde da Família.

Embora implantada em 84% dos 5.560 municípios brasileiros, um de seus pontos mais críticos, ainda é a inadequação da formação dos recursos humanos, para atuar segundo este modelo de assistência em saúde. As Equipes da Saúde da Família são formadas basicamente, pelo médico, enfermeiro e mais recentemente, pelo dentista, além do agente comunitário de saúde (ACS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SGTES, 2006).

Para apoiar as iniciativas de mudanças curriculares nos cursos de graduação em saúde, o Ministério da Saúde fez uma parceria com a Rede UNIDA, através da SGTES. Criado em julho de 2004, e se constituindo num espaço de “articulação e parceria numa perspectiva multiprofissional”, o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), é formado pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Rede Unida, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional (RENETO). O FNEPAS tem por objetivo “contribuir para a mudança na graduação das profissões da saúde, com base nas diretrizes curriculares e tendo como eixo a integralidade na formação e na atenção”. Pretende incentivar pesquisas e

documentações sobre experiências inovadoras, tendo como foco as necessidades locais e o fortalecimento e desenvolvimento do SUS, contribuindo para as mudanças curriculares na graduação.

Outras ações do Ministério da Saúde, através da SGTES, são oficinas de trabalho em parceria com o MEC por meio do Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), direcionadas aos avaliadores da Educação Superior com o objetivo de discutir a articulação entre a saúde e a educação, que aconteceram no final de 2005.

Tendo como referências o Sistema Único de Saúde (SUS), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação da Área da Saúde e o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), os participantes elaboram propostas a serem apresentadas aos Ministérios da Educação e da Saúde, no sentido de que a avaliação “*in loco*” contribua para a incorporação do arcabouço teórico-metodológico do SUS na formação dos profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SGTES, 2006).

No caso específico da graduação em Fisioterapia, a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), em convênio de cooperação técnica firmado com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), e o Ministério da Saúde/Departamento de Educação e Gestão em Saúde (MS/SGTES), organizou várias oficinas regionais com o objetivo de contribuir para as mudanças no processo de formação dos profissionais fisioterapeutas. O acordo prevê a realização destas oficinas e encontros, que vêm sendo realizados desde novembro de 2005.

Nos dias 24 e 25 de abril de 2006, em Brasília, foi realizada a Oficina Preparatória das Oficinas Regionais para Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Fisioterapia. Participaram do evento, docentes, discentes e profissionais de Fisioterapia para um amplo debate, com o objetivo geral de “estabelecer estratégias para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Fisioterapia no Brasil e propor mecanismos para superação das dificuldades encontradas no processo” (ABENFISIO, 2006).

A oficina preparatória foi um importante e estratégico passo para a discussão das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Fisioterapia, contudo, a maior contribuição virá das oficinas regionais, pois será por intermédio do trabalho feito nas bases, em especial pela ampliação do debate com os mais diversos atores do campo da saúde que se alcançará a mudança almejada para a formação e para um cuidado qualificado na Fisioterapia (ABENFISIO, 2006).

Em 2006, nas Oficinas Regionais foram apresentadas cinco questões norteadoras para discussão e posterior elaboração de síntese e conclusão a serem enviadas para debate em um encontro nacional e assim, propor as mudanças que se acharem cabíveis de serem implementadas para o fortalecimento do SUS e a qualificação do profissional de Fisioterapia. As referidas questões foram as seguintes, segundo programação da ABENFISIO:

1. Como podemos avançar em nosso conhecimento sobre o SUS, permitindo seu pleno entendimento e favorecendo a construção de relações parceiras e democráticas entre as IES (ensino, pesquisa e extensão), serviço e comunidade?
2. Como CONSTRUIR uma atenção fisioterapêutica integral, e qual o papel/contribuição que esta atuação representa na atenção integral à Saúde?
3. O SUS e o mercado de trabalho: como potencializar a inserção do Fisioterapeuta no Sistema de Saúde (atenção, gestão, educação e controle social) de forma QUALIFICADA e coerente aos princípios e diretrizes?
4. Como desenvolver a integração entre SUS e formação acadêmica (Projeto Político Pedagógico: matriz curricular, metodologias de ensino e avaliação), considerando seus diferentes interesses e necessidades, dos serviços, do ensino e da população?
5. Como trabalhar a Educação Permanente na formação docente de forma a apoiar a incorporação dos princípios e diretrizes do SUS, conceito ampliado de saúde e a transformação da prática profissional? (ABENFISIO, 2006).

Portanto, vários são os esforços para a definitiva mudança nos currículos nos cursos de graduação das áreas de saúde. No caso da graduação em Fisioterapia, identificamos as parcerias realizadas pelos Ministérios da Educação e da Saúde, com vários órgãos e associações, no sentido de fortalecer os princípios e diretrizes do SUS e consolidar os objetivos da Reforma Sanitária Brasileira. Mas, como tem sido construído o currículo de graduação em Fisioterapia? Ainda voltado para as especialidades ou se adequando às exigências das realidades da população e de novas oportunidades de atuação?

1.4 A CONSTRUÇÃO DO CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

É preciso revisitar as velhas questões e as velhas práticas, buscando renová-las, porém, superando a nova aparência de mudança, os pequenos retoques, que apenas disfarçam as “marcas de um tempo”, que teoricamente, dizemos querer negar. É preciso distinguir claramente a diferença entre o novo e a novidade em educação, especialmente nesta virada de século, onde se proclama o “fim das ideologias” e onde se pasteurizam as concepções de direito e cidadania (SORDI; BAGNATO 1998, p.85).

A atuação da Fisioterapia no Brasil tem uma história de mais de 80 anos, apresentando diferentes etapas que se fazem relevantes para a construção da identidade profissional, mantendo-se o vínculo com o modelo biomédico de atuação com forte tendência em reabilitar. Essas características sofreram a influência de fatores ligados “a sua gênese, um fator legal que obedecendo à gênese limitou áreas e campos de atuação e a formação acadêmica determinada pelos preceitos das ciências biomédicas”, em especial da medicina (HADDAD et al, 2006, p.202).

Surgiu, em 1951, o primeiro curso de formação de técnicos em fisioterapia na Universidade de São Paulo, acessível para estudantes com segundo grau completo. No ano de 1954, foi criada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), na Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro que, em 1956, começou a ministrar o Curso Técnico em Reabilitação.

Estes “técnicos em Fisioterapia” que se formaram, se organizaram e fundaram a Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF), em 1959, em São Paulo, em que se decidiu, por maioria de votos e por coerência, adotar a denominação de fisioterapeuta mais usual entre os países latinos, no lugar de fisioterapeuta de origem anglo-saxônica, e que vinha sendo a forma de tratamento do profissional (HADDAD et al, 2006, p.202).

Esta Associação marcou o início da luta em favor de um curso de nível superior para a formação do fisioterapeuta que até então não passava de um auxiliar do médico, aquele que somente aprendia a ligar e desligar aparelhos, além de reproduzir mecanicamente determinadas técnicas de massagem e exercícios, sob prescrição médica (HADDAD et al, 2006, p.204). “O fisioterapeuta recebia uma prescrição com a descrição da técnica a ser aplicada, seu tempo de aplicação e intensidade, quando fosse o caso, e o local do corpo onde seria feita a aplicação” (GAVA, 2004, p. 28).

Os cursos técnicos de Fisioterapia no Brasil foram reconhecidos em 1963, através do Parecer 388/63, elaborado por peritos do Conselho Federal de Educação, órgão subordinado ao Ministério da Educação. Foi estabelecido um currículo mínimo para os cursos técnicos, que deveriam ter duração de três anos e os profissionais por eles formados receberiam a denominação de Técnicos em Fisioterapia. Esses cursos tinham um padrão mínimo internacional, mas ainda não ofereciam autonomia à classe. Algumas citações importantes deste Parecer, aprovado em 10 de dezembro de 1963:

- 1- (...) A referida Comissão insiste na caracterização desses profissionais como auxiliares médicos que desempenham tarefas de caráter terapêutico sob a orientação e responsabilidade do médico (...)
- 2 – Não compete aos últimos (fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) o diagnóstico da doença ou da deficiência a ser corrigida. Cabe-lhes executar, com perfeição, aquelas técnicas, aprendizagens e exercícios recomendados pelo médico, que conduzem à cura ou reabilitação dos parcialmente inválidos para a vida social. Daí haver a Comissão preferido que os novos profissionais paramédicos se chamassem Técnicos em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, para marcar-lhes bem a competência e atribuições. O que se pretende é formar profissionais de nível superior [...] (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p.52).

A partir da leitura das citações acima, pode-se perceber que apesar do profissional a ser formado ser de “nível superior”, este se encontrava totalmente subalterno às vontades e determinações do médico que era o centro ou chefe da equipe de saúde e, a quem todos se submetiam. Ainda é reforçado no texto do Parecer o objeto de trabalho do fisioterapeuta como sendo a assistência curativa ou reabilitadora dos “parcialmente

inválidos”, assim como a “preferência da Comissão” em chamar esses profissionais de “técnicos” “para marcar-lhes bem a competência e atribuições”. Nada mais humilhante para uma classe profissional que se dizia de “nível superior” e com formação “de nível internacional”.

A ABF passou a se preocupar com o número crescente de profissionais inabilitados para o exercício profissional e durante o regime militar conseguiu que os Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica assinassem o Decreto-Lei nº. 938 de 13 de outubro de 1969, o qual reconhecia o fisioterapeuta e os cursos superiores de Fisioterapia. O decreto estabelecia que:

Art. 1º: É assegurado o exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, observando o disposto no presente Decreto-Lei.

Art. 2º: O Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.

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

[...] Art. 5º: Os profissionais fisioterapeutas poderão ainda, no campo de atividade específica:

I – dirigir serviços em órgão e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;

II – exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;

III – supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos (DIÁRIO OFICIAL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília, 14 de outubro, 1969. Seção 1. p. 3.658 apud GAVA, 2002, p.35).

Também nesse documento fica claro que ao fisioterapeuta cabe executar métodos e técnicas com a finalidade de “restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”, ou seja, mais uma vez reforçando a atuação deste profissional dentro da visão curativista, reabilitadora ainda sustentada pelo termo “paciente” como aquele indivíduo já acometido de uma morbidade. Por outro lado, confere direitos de exercer cargos e funções diversas além da prática específica de métodos e técnicas fisioterapêuticas, ampliando o seu mercado de trabalho. Pela primeira vez o fisioterapeuta ganha autonomia para exercer sua profissão sem se manter subalterno às decisões do médico.

Em 1964, antes do Decreto-Lei nº. 938, foi realizado no Rio de Janeiro, o Primeiro Congresso Brasileiro de Fisioterapia. O Segundo Congresso aconteceu em 1972 em São Paulo, sendo estes e outros, fundamentais para a organização de idéias e planejamento dos rumos da profissão. “Estes eventos culminaram com outra decisão histórica que foi a Lei nº. 6.316 de 17 de dezembro de 1976, que criou o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) (...)”, além dos primeiros Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) (GAVA, 2002, p.36).

A criação desses Conselhos permitiu que a profissão fosse fiscalizada, que se determinasse o número de profissionais, de cursos existentes no país, assim como de estabelecimentos que possuíam o profissional como responsável técnico do setor de Fisioterapia, ou seja, deu um caráter regulamentador e fiscalizador à profissão. Seu Art. 13º indica a forma de identificação profissional mediante carteira profissional, estabelecendo seu exercício na administração pública, direta ou indireta, hospitais, asilos, creches, ambulatórios, clínicas, ou exercício de cargo, função ou emprego de assessoria, chefia ou direção.

Novamente, percebe-se que de maneira indireta determina como tipo de atenção a ser prestada, ações remediadoras, curativas, recuperadoras ou reabilitadoras, em conformidade com a política assistencialista da época. Política centrada não na promoção de saúde, mas centrada nas doenças que acometiam os indivíduos (HADDAD et al, 2006, p.205).

Ficou estabelecido, com a Resolução COFFITO nº 10, de 03 de julho de 1978, o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com destaque para alguns artigos:

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 técnicos e científicos a seu alcance para prevenir ou minorar o sofrimento do ser humano e evitar seu extermínio.

[...] Art. 21 - O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional participam de programas de assistência à comunidade, em âmbito nacional e internacional (COFFITO, 2006).

Pela primeira vez, o conteúdo de um documento oficial “(...) parece ir além da concepção de uma assistência em nível (ou âmbito) curativo ou reabilitador (...)”. Os termos “promoção de saúde” e “assistência à comunidade”, dão um novo perfil ao profissional da Fisioterapia, que passa a atuar antes que qualquer patologia ou seqüela tenha acometido o indivíduo. O termo paciente é substituído pelo termo cliente, excluindo-se a “patologia como condição para o recebimento da atenção profissional”.

Ainda nesse documento, vislumbra-se a possibilidade de atuação de uma forma menos elitizada da profissão. A Fisioterapia, até então, era vista como uma profissão distante das comunidades e da população em geral, privilegiando os diversos convênios e seus conveniados e uma pequena parcela da população que tinha condições de pagar pelo tratamento. Seria a primeira previsão da possibilidade oficial de atuação na Saúde Pública, trabalhando também com a Promoção de Saúde e a prevenção de agravos? Rebelatto e Botomé, em sua obra “Fisioterapia no Brasil – Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais”, levantam alguns questionamentos:

O que é “assistir” uma comunidade? É simplesmente tratá-la ou reabilitá-la? O que é um profissional atuante na “área da Saúde”? É aquele que espera a comunidade ser acometida de doença para iniciar uma intervenção? Que outros níveis ou âmbitos de assistência devem ser de responsabilidade do profissional da área da Saúde? O fisioterapeuta é um profissional da área da Saúde? Se sim, quais seriam, ou precisariam ser, suas atividades na “assistência à comunidade”? (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 60).

Não se pode esquecer que a Fisioterapia sofreu a influência da realidade política vivida no período compreendido entre 1964 e 1984, quando o país estava sob controle de militares, e estas modificações legais interferiram diretamente no exercício e no processo formador desses profissionais.

Estabelecida a legislação que regulamentava a profissão, “esta passou a servir de referência para os documentos do Ministério da Educação e Cultura, que disciplinavam os

cursos de graduação”. Apesar de muitos avanços, os fisioterapeutas permaneceram até 1984 como técnicos em reabilitação no plano de classificação de cargos no serviço público federal. O Decreto nº 90.640/84 passou a reconhecê-los “como profissionais distintos do referido quadro, com plenos poderes” (HADDAD et al, 2006, p.207).

Portanto, a partir do momento que a Fisioterapia se tornou reconhecida como profissão de nível superior, como uma ciência com várias áreas de conhecimento, que deve lidar com a atenção integral à saúde, não poderia se diferenciar somente pelo tempo de escolaridade.

Há necessidade de criar condições para que, de fato, esse profissional seja alguém apto a corresponder às necessidades sociais cuja responsabilidade de atendimento deve ser garantida pelo ensino de terceiro grau (o “nível superior”). E os objetivos do ensino superior são mais que apenas “domínio de técnicas” ou “capacidade para auxiliar outro profissional”. Administrar condições e planejar atuação a partir de necessidades sociais diagnosticadas, utilizar conhecimento científico (e não apenas repeti-lo ou aplicar conhecimento técnico) e fazer pesquisa (pelo menos bibliográfica, aplicada ou de avaliação) são exigências que precisam caracterizar o “nível superior” de ensino. Isso, necessariamente, existe não porque o profissional de nível universitário deva ter mais “enfeites acadêmicos”, mas porque ele tem outras e maiores responsabilidades diante das necessidades sociais do País (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 68).

Com relação à documentação oficial relativa à formação do Fisioterapeuta, o primeiro documento tornado público foi a Portaria Ministerial nº 511, de 1964, assinalando que os cursos são destinados à formação técnica em Fisioterapia, baseado no Parecer nº. 388/63. Neste documento são estabelecidas as disciplinas que deverão compor o currículo, divididas em matérias comuns e matérias específicas do curso. Matérias Comuns: Fundamentos de Fisioterapia, Ética e História da Reabilitação e Administração Aplicada; e Matérias Específicas do curso de Fisioterapia: Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada. Estabelece também a duração do curso em três anos letivos. Embora o tempo de duração tenha sido ampliado para três anos, sua formação continuou tecnicista, mantendo-se a atuação profissional à tutela médica (HADDAD et al, 2006, p. 209).

Após toda a trajetória da Fisioterapia no Brasil, a partir da década de 1980, a atuação passa por transformações, com mudanças no paradigma do objeto de trabalho do fisioterapeuta, até este momento limitado à recuperação e reabilitação.

Alterações no currículo mínimo aconteceram em 28 de fevereiro de 1983, a partir da Resolução nº. 4, emitida pelo Conselho Federal de Educação com mudança na carga horária total do curso para 3.240 horas/aula, distribuídas em quatro anos e divididas em quatro ciclos: Ciclo de Matérias Biológicas, Ciclo de Matérias de Formação Geral; Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes; Ciclo de Matérias Profissionalizantes (GAVA, 2004, p. 38).

O Ciclo de Matérias Biológicas deveria constar-se de: Biologia; Ciências Morfológicas, compreendendo Anatomia Humana e Histologia; Ciências Fisiológicas, compreendendo Bioquímica, Fisiologia e Biofísica; Patologias, compreendendo Patologia Geral e Patologia de órgãos e sistemas.

O Ciclo de Matérias de Formação Geral devendo constar de: Ciências do Comportamento, compreendendo Sociologia, Antropologia, Psicologia, Ética e Deontologia; Introdução à Saúde Humana, compreendendo Saúde Pública; Metodologia de Pesquisa Científica, incluindo Estatística.

O ciclo de matérias Pré-Profissionalizantes para a formação do Fisioterapeuta constando de: Fundamentos de Fisioterapia, compreendendo História da Fisioterapia e Administração em Fisioterapia; Avaliação Funcional, compreendendo Cinesiologia, Bases de Métodos e Técnicas de Avaliação em Fisioterapia; Fisioterapia Geral, compreendendo Eletroterapia, Termoterapia, Fototerapia, Hidroterapia e Mecanoterapia; Cinesioterapia, compreendendo Exercício Terapêutico e Reeducação Funcional; Recursos Terapêuticos Manuais, compreendendo Massoterapia e Manipulação (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 83 e 84).

Pode-se notar que houve um grande avanço na estrutura curricular do curso de Fisioterapia, após a regulamentação da profissão. O número de disciplinas sofreu um aumento considerável com a presença de matérias como as de formação geral, constituídas por disciplinas como Sociologia, Introdução à Saúde Pública e Metodologia de Pesquisa. É a primeira vez que abordagens que incluem a questão da Saúde Pública aparecem, mesmo que de maneira introdutória, no currículo deste profissional.

Segue-se ainda no Art. 5º o Ciclo de Matérias Profissionalizantes para a formação do Fisioterapeuta constando de: Fisioterapia Aplicada às Condições Neuro-músculo-esqueléticas, compreendendo Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia, à Neurologia e à Reumatologia; Fisioterapia Aplicada às Condições Cardio - pulmonares, compreendendo Fisioterapia Aplicada à Cardiologia e à Pneumologia; Fisioterapia Aplicada às Condições Gineco-obstétricas e pediátricas compreendendo: Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia e Fisioterapia Aplicada à Pediatria; Fisioterapia Aplicada às Condições Sanitárias, compreendendo: Fisioterapia Preventiva; Estágio Supervisionado, constando de Prática de Fisioterapia Supervisionada (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 85).

O fisioterapeuta começa a vislumbrar uma forma de atuação preventiva, ainda discreta, mas que viria a se constituir em ações e disciplinas como a atuação na área de Ergonomia, cuidando da saúde dos trabalhadores.

Alguns fisioterapeutas ainda se sentiam inquietos com relação ao novo currículo. Rebelatto e Botomé (1999, p. 87), consideraram que o mais sensato era partir de uma investigação das verdadeiras necessidades da comunidade brasileira, conscientes das particularidades locais e regionais e, somente a partir desses dados, estruturar uma matriz curricular com o perfil do profissional que se pretende formar, definindo o objeto de trabalho deste profissional.

No caso particular da Fisioterapia, a detecção de quais problemas da população poderiam ou deveriam ser de responsabilidade dos futuros profissionais pode ser um ponto de partida para a formação de indivíduos cuja atuação não se caracteriza exclusivamente pela aplicação de técnicas, muitas vezes não condizentes com os problemas da população-alvo. Isso exige profissionais capazes de estar adequando o conhecimento existente aos problemas reais e produzindo novos conhecimentos que permitam um trabalho mais eficiente em relação a esses problemas (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 89).

A educação passou por outras mudanças marcadas pela Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB nº 9.394/96). Isso aconteceu em 20 de dezembro de 1996, trazendo mudanças consideráveis em especial na educação superior. Esta Lei trouxe uma estrutura mais flexível aos currículos e em relação à criação de novos cursos, os quais devem passar por uma avaliação criteriosa do Estado. A partir da conquista de autonomia das Universidades para elaborarem seus currículos, os cursos começaram a incorporar a prevenção nas suas estruturas curriculares.

Outro destaque deve ser dado ao fato de que a LDB “além de trazer uma autonomia universitária avaliada e uma flexibilidade aos cursos, tira de cena o currículo mínimo e coloca em destaque as Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico” (GAVA, 2004, p. 66).

“A nova LDB gerou a necessidade de uma discussão ampla entre os envolvidos nos processos de formação” (HADDAD et al, 2006, p. 210). O Ministério da Educação convocou então, as Instituições de Ensino Superior, em seu edital de 10 de dezembro de 1997, para apresentarem proposta de Diretriz Curricular para o Curso de Fisioterapia.

Vários encontros se sucederam durante o ano de 1998, com o envolvimento de diversas entidades representativas envolvidas como: COFFITO, CREFITOS, ABF, colegas e coordenadores de cursos de Fisioterapia, discentes e profissionais interessados, com o objetivo de definir as propostas que a seguir foram encaminhadas para o Conselho Nacional de Educação. Esta proposta, segundo Gava (2004), serviu de base para a elaboração dos

Projetos Pedagógicos de todos os cursos de Fisioterapia que surgiram após 1997, pois a aprovação das Diretrizes só se deu em 2002.

O COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), preocupado com o perfil do profissional, promoveu um trabalho de elaboração da Resolução COFFITO – 80, na qual alguns conceitos por ela definidos acabaram servindo de base para a formulação da Proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais de 12 de setembro de 2001. A primeira consideração contida nesta Resolução é:

[...] - Considerando que a Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função; [...] (COFFITO, 2006).

Pela primeira vez a Fisioterapia é citada como uma ciência, o que acabou sendo um marco inicial para que as pesquisas se tornassem mais presentes no meio acadêmico. Esta primeira consideração foi tão importante que foi reproduzida no perfil profissional da Proposta de Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia, em 2001.

Outras considerações da Resolução COFFITO - 80 merecem ser citadas:

[...] - considerando que como processo terapêutico lança mão de conhecimentos e recursos próprios, com os quais, baseando-se nas condições psico-físico-sociais, busca promover, aperfeiçoar ou adaptar através de uma relação terapêutica, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida;
-considerando que utiliza, para alcançar os fins e objetivos propostos nas suas metodologias, a ação isolada ou conjugada de fontes geradoras termoterápicas, crioterápicas, fototerápicas, eletroterápicas, sonioterápicas e aeroterápicas, bem como agentes cinésio – mecano – terapêuticos, e outros, decorrentes da evolução e produção científica nesta área [...] (COFFITO, 2006).

Nestas considerações ficam delimitados os recursos utilizados pelo fisioterapeuta em sua prática profissional, apesar de alguns aspectos serem compartilhados por outros profissionais “reabilitadores” da saúde como fonoaudiólogos, educadores físicos,

reforçando a importância de uma prática multiprofissional, também citada na consideração seguinte.

[...] - considerando que por sua formação acadêmico-profissional, pode o fisioterapeuta atuar juntamente com outros profissionais nos diversos níveis de assistência à Saúde, na administração de serviços, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisas; [...] (COFFITO, 2006).

Esta consideração torna-se importante por apontar a possibilidade de atuação do fisioterapeuta nas equipes de saúde, e nos diversos níveis de assistência, inclusive ocupando cargo de liderança na equipe, como cita Gava (2004), que “geralmente, eram ocupados por médicos”.

Em 12 de setembro de 2001, o Ministério da Educação, através do Conselho Nacional de Educação, aprovou o Parecer CNE/CES que dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

Serviram como instrumentos norteadores da proposta deste Parecer, utilizados para reorientar os diferentes sistemas e níveis de ensino, assim como as ações em saúde, os seguintes documentos: Constituição Brasileira de 1988; Legislação Nacional do Ensino Superior; Lei Orgânica do SUS 8080 de 19 de setembro de 1990; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996; Relatório Final da 11^a Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19 de dezembro de 2000; Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999, documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA e instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões de saúde.

Importante ressaltar a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI, a qual se constitui de referencial fundamental para que haja, nas instituições formadoras, possibilidades de desenvolvimento de procedimentos que permitam um aprender com “competências, habilidades e conteúdos, dentro de referenciais nacionais e internacionais, e capacitados a atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS” (HADDAD et al, 2006, p. 211).

No relatório desse Parecer, no item “Princípios das Diretrizes Curriculares”, foi reforçada a importância de se manter:

[...] a articulação entre Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea, dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Desta forma o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação (MEC, 2006).

Ainda neste mesmo relatório é definido o objeto das diretrizes curriculares, que foi citado anteriormente:

[...] permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (MEC, 2006).

A Fisioterapia, área fundamental da saúde sofreu alterações nas suas diretrizes curriculares a partir do momento em que se tornaram necessárias ações interdisciplinares na atenção, passando a ter a partir da Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002, como perfil do formando um profissional capacitado entre outras coisas, “a atuar em todos os níveis de atenção à saúde”. E, ainda “aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo [...]”. Devendo ser “capaz de

pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos”, e ainda, “tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo”.

No objetivo das diretrizes é identificada uma preocupação em proporcionar um processo de ensino-aprendizagem em que os alunos dos cursos de graduação em saúde aprendam a aprender, o que envolve não só o domínio de conteúdo teórico de técnicas intervencionistas, mas engloba “aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades” (HADDAD et al, 2006, p. 211).

A Resolução CNE/CES 4/2002 defende ainda, que o curso de graduação em Fisioterapia deve assegurar a formação generalista de profissionais com competências e habilidades específicas, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, com formação humanista, crítica e reflexiva, capazes de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde com base no rigor científico e intelectual.

Existem padrões de qualidade que orientam a organização dos cursos de Fisioterapia, os quais descrevem recomendações e determinações que dizem respeito à manutenção das condições pedagógicas de qualidade sob o ponto de vista teórico/metodológico e científico, assim como técnico/profissional para a formação de recursos humanos em Fisioterapia. Entre as recomendações nele contidas estão as orientações sobre a construção coletiva do Projeto Pedagógico, sua integração aos serviços de saúde

locais, a manutenção de convênios para fins de estágios e outras práticas (HADDAD et al, 2006).

As práticas de ensino na área têm sido durante décadas, direcionadas à preparação para o exercício autônomo da profissão. Portanto, as graduações em Fisioterapia ainda têm retroalimentado um modelo de atenção clínica, ambulatorial, hospitalar, voltada para a recuperação e reabilitação, conferindo maior “status” àqueles profissionais que atuam em áreas como a Fisioterapia Respiratória, Fisioterapia em Cardiologia, ou àquelas centradas em especializações que praticamente conferem ao fisioterapeuta outra denominação como “osteopata”, “rpgista”, “acupunturista”, entre outras.

Vários exemplos da preocupação com uma ampla visão do trabalho da Fisioterapia vêm surgindo progressivamente nas IES, segundo Schmidt (2002, p. 69), na forma de projetos de extensão durante os primeiros anos de formação acadêmica, porém ainda se reconhecendo um grande número de ações nos níveis de atenção secundário e terciário, com as práticas se concentrando em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Esta prática além de não ser condizente com o modelo de atenção integral à saúde proposto pelo SUS, ainda reforça a prática tradicional dos fisioterapeutas que consiste em “assistência à doença, ocorrendo de forma fragmentada por áreas específicas de conhecimento e, de maneira geral, afastada dos reais problemas de saúde da população” (HADDAD et al, 2006, p. 204).

O que se pode observar é que a Fisioterapia enquanto ciência, profissão, área da saúde, evoluiu de forma extraordinária nos últimos anos, com o avanço no desenvolvimento de pesquisas e descobrindo outros recursos, técnicas, campos de atuação, nos seus aspectos biotecnológicos, nas especializações, no desenvolvimento de seu currículo e na delimitação do perfil do profissional.

Vive-se hoje uma crise apesar de todo este avanço: provou-se e comprovou-se a importância da Fisioterapia nos estados mórbidos, mas tem-se a impressão que a classe

sente-se insegura com relação ao paradigma da promoção de saúde. Deseja-se atuar neste nível, mas ainda existem dúvidas, enganos, sobre sua atuação em promoção de saúde, a qual muitas vezes é confundida ou disfarçada pela utilização de práticas curativistas enquanto se diz fazer promoção de saúde, ou ainda enganos na correta interpretação do seu conceito.

No entanto, o fisioterapeuta está capacitado para atuar dentro desta nova concepção da saúde? A sua formação tem sido estruturada e realmente tem-se enfatizado a promoção de saúde e o campo de atuação que se constitui a Saúde Pública ou coletiva? Como o fisioterapeuta vê o Sistema Único de Saúde e as possibilidades de atuação no nível de atenção primária? O fisioterapeuta acredita no sistema de saúde vigente e percebe a importância e necessidade de seu fortalecimento?

O que se observa no contexto atual é que os egressos dos cursos da área de saúde ainda mantêm as concepções anteriores sem ações concretas no sentido de transformar a realidade social existente. Segundo Sordi e Bagnato (1998, p. 84),

Esta dicotomia tem servido, em nosso entendimento, para que a grande massa dos egressos da área da saúde adentre ao mercado de trabalho, ávidos por exibir suas habilidades cognitivas e psicomotoras, o seu domínio da tecnologia e, simultaneamente, sua pequena familiaridade com as questões de fundo social. Parecem desapegados dos compromissos éticos que deveriam reger as relações humanas na sociedade. O que importa é competir, vencer individualmente, negando pelas ações, a possibilidade de se construir a cidadania coletiva.

De acordo com as Resoluções do Congresso Brasileiro de Ensino em Fisioterapia, publicadas no documento intitulado “Carta de Vitória”, após a realização do mesmo, numa localidade chamada Pedra Azul, pertencente ao município de Domingos Martins há 46 km de Vitória, Espírito Santo, em abril de 2003, foi analisada a situação atual do ensino em Fisioterapia. Chegou-se à constatação de que “a estrutura, metodologia de ensino e organização curricular não estão baseadas nas demandas sociais e políticas públicas de saúde.” E ainda sobre a estrutura e organização curricular: “existência de estruturas

curriculares de cursos de Fisioterapia que contemplam apenas a atenção secundária e terciária” (ABENFISIO, 2006).

Segundo Deliberato (2002, p. 3),

O fisioterapeuta, como profissional da área da saúde, não só 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, como também é, em nossa opinião, o que mais padece desse infortúnio, já que é frequentemente visto como “o profissional da reabilitação”, ou seja, aquele que atua exclusivamente no momento em que a doença, a lesão ou a disfunção já está estabelecida.

As diretrizes dos cursos de graduação em Fisioterapia foram homologadas em fevereiro de 2002, tendo sua publicação no Diário Oficial da União, Brasília, em 04 de março de 2002. Diante de mudanças relativamente recentes na história do ensino de graduação em Fisioterapia, algumas questões tornam-se pertinentes. Acredita-se que a maioria dos professores das IES, teve sua formação sob a ótica curativista, em que o que se propunha era uma formação para uma assistência elitizada, seja em consultórios, clínicas ou hospitais, mas, principalmente dentro da rede privada de assistência à saúde. Professores que, na maioria das vezes, jamais vislumbraram a possibilidade de atuação na rede pública, que dirá fazendo promoção de saúde. Profissionais que vêem promoção e prevenção em Fisioterapia como prevenção de Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT); prevenção de problemas posturais; prevenção do risco de quedas em idosos, entre outros. Mas, que por outro lado, preparam seus próprios colegas (docentes) em cursos de pós-graduação *latto sensu* ou *stricto sensu* voltados basicamente para as especialidades, para o cuidado com o paciente, ou seja, o cuidado principal com a doença, com os estados mórbidos e somente de forma menos expressiva, dentro dos conteúdos desses cursos, contemplando alguma disciplina de prevenção em Fisioterapia.

Será que a abordagem da Fisioterapia em promoção de saúde ou sua atuação na atenção primária à saúde é menos importante? É menos interessante? Propicia menor status ou

menores rendimentos financeiros ao profissional? Como este docente está preparado para atuar diante de todas essas mudanças? Qual é a sua própria (pessoal) formação em Saúde Pública? E a sua experiência profissional nesta área? Como desenvolver abordagens pedagógicas que desloquem o foco da doença para a vida? Como perceber a Fisioterapia como profissão da saúde e não da doença? Também os alunos e a própria sociedade, estão preparados para essas mudanças?

Os próprios cursos de graduação deveriam se constituir em “espaços de discussão e reflexão, operacionalizando a proposta de “empowerment” em termos não apenas das populações envolvidas, mas de seus próprios alunos [...]” (PILON, 2000, p. 37). Desta feita, os profissionais formados a partir de experiências como estas, seriam mais sensíveis e comprometidos com a proposta de promoção de saúde.

Em 15 de abril de 2002, o então Presidente Fernando Henrique Cardoso, através da Lei Nº 10.424, acrescenta capítulo e artigo à Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, entre outros assuntos, regulamentando a assistência domiciliar no SUS.

Nesta Lei ficam incluídos os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio, atuando nos níveis de prevenção, terapia e reabilitação, porém somente após indicação do médico, em concordância do paciente e de sua família.

Com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde, a Portaria nº 1.065, de 4 de julho de 2005, criou os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. Nesta Portaria ficam incluídos profissionais de diferentes áreas de conhecimento, entre eles o fisioterapeuta, como descrito no Art. 2º que determina que os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família sejam “constituídos por profissionais de

diferentes áreas de conhecimento, compondo com os profissionais da Saúde da Família uma equipe que atue em um território definido, compartilhando a construção de práticas em saúde frente aos problemas identificados” (PORTARIA nº 1.065, 4 de julho de 2005).

Cita ainda que os Núcleos sejam constituídos por quatro modalidades de ação em saúde: alimentação/nutrição e atividade física; atividade física; saúde mental; e reabilitação (PORTARIA nº 1065, 2005).

No seu Art. 5º determina que para a implantação do Núcleo com todas as modalidades de ação, o município deva assegurar, “para fins de financiamento, a presença de psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais”.

E ainda no Art. 7º define que a modalidade de reabilitação deve respeitar a seguinte composição: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do fisioterapeuta e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados.

Pode-se perceber que apesar de ser a primeira menção formal ao fisioterapeuta ser incluído em uma assistência juntamente com a equipe de Saúde da Família, este é enquadrado nas atividades de reabilitação, apesar de ter que estar apto a atuar nos três níveis de atenção pelo perfil do formando citado nas Diretrizes Curriculares. Ao mesmo tempo em que se propõe uma atuação integral, permite-se uma atuação voltada exclusivamente para a reabilitação, ou seja, aos estados mórbidos. Essa determinação é justificada na mesma Portaria, quando considera a reabilitação como um “processo de desenvolvimento de capacidades, habilidades, recursos pessoais e comunitários que facilitem a independência e a participação social das pessoas com deficiência frente à diversidade de condições e às necessidades presentes no cotidiano”. E ainda que “o processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a inclusão social, deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de

modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber popular e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território”.

Esta Portaria determina também, que os Núcleos possam ser implantados em municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes (com exceção da Amazônia Legal), e os serviços deste devem estar articulados com as equipes de Saúde da Família, sendo que deverá existir um Núcleo para cada nove a onze equipes.

É notório, que a demanda por serviços de reabilitação em Fisioterapia é extremamente alta, e para o qual um profissional fisioterapeuta não conseguirá manter uma assistência de qualidade para uma população de referência de nove a onze equipes. Sabe-se que cada equipe presta assistência a cerca de mil famílias, ou seja, cerca de quatro mil habitantes, portanto, o fisioterapeuta estará responsável por quarenta mil habitantes em média, em cada Núcleo. Apesar de ser um início da inclusão formal de outros profissionais da saúde nas equipes de Saúde da Família, os Núcleos de Atenção Integral não têm sido realmente concretizados, sendo uma das justificativas a inexistência de recursos financeiros para sua implantação.

Portanto, pode-se perceber que, o maior vínculo encontrado entre o fisioterapeuta e o Sistema Único de Saúde “está relacionado ao setor privado, por intermédio de convênios estabelecidos com as clínicas e os prestadores de serviços de Fisioterapia. A presença desse profissional no setor público ainda é pequena, senão nula, em algumas regiões” (SCHMIDT, 2002, p.28).

No entanto, várias são as conquistas experimentadas, como a participação do profissional no Programa de Atenção à Criança Asmática, implementado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG; a inclusão no Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (PADI), no Rio de Janeiro, através do Instituto Fernandes Figueira, filiado à Fiocruz; a participação em equipes de Saúde da Família como em

Camaragibe/PE, com a construção de novas práticas fisioterapêuticas, diante das realidades encontradas locorregionalmente (SCHMIDT, 2002, p.29).

1.5 OS CURSOS DE FISIOTERAPIA NO BRASIL E EM MINAS GERAIS

A profissão, uma das mais jovens da área da saúde, vem experimentando um crescimento vertiginoso, fruto dos esforços de uma categoria profissional que conta atualmente com cerca de 80.000 profissionais (HADDAD et al, 2006).

Segundo Schmidt (2002), em 1970 existiam apenas seis cursos de graduação e 700 profissionais formados numa população de noventa milhões de habitantes. Em 1991, o número de cursos era de 48, e em 2004 podia-se contar 339 cursos em todo o país, representando um crescimento de 606,3% neste período.

Segundo dados do INEP/MEC, coletados em dezembro de 2006, existem hoje, 450 cursos/habilitações em Fisioterapia em todo o Brasil. Destes cursos, a grande maioria está concentrada na Região Sudeste do país, somando 258 cursos (57,34%), seguida pela Região Sul com 69 cursos; 64 na Região Nordeste; 36 na Região Centro – Oeste; 23 na Região Norte.

A distribuição dos cursos por Estado reflete a realidade de cada Unidade da Federação, como mostra a tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Distribuição dos Cursos de Graduação em Fisioterapia por Unidade da Federação, em 2006.

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	NÚMERO DE CURSOS DE FISIOTERAPIA	PERCENTUAL
ACRE	01	0,23%
ALAGOAS	04	0,89%
AMAPÁ	03	0,67%
AMAZÔNIA	04	0,89%
BAHIA	19	4,23%
CEARÁ	07	1,56%
DISTRITO FEDERAL	07	1,56%
ESPÍRITO SANTO	10	2,23%
GOIÁS	15	3,34%
MARANHÃO	02	0,45%
MATO GROSSO	07	1,56%
MATO GROSSO DO SUL	07	1,56%
MINAS GERAIS	64	14,22%
PARÁ	05	1,12%
PARAÍBA	10	2,23%
PARANÁ	32	7,12%
PERNAMBUCO	09	2,0%
PIAUI	08	1,78%
RIO DE JANEIRO	47	10,45%
RIO GRANDE DO NORTE	04	0,89%
RIO GRANDE DO SUL	21	4,67%
RONDÔNIA	05	1,12%
RORAIMA	01	0,23%
SANTA CATARINA	16	3,56%
SÃO PAULO	137	30,45%
SERGIPE	01	0,23%
TOCANTINS	04	0,89%
TOTAL	450	100%

Fonte: INEP/MEC; 2006.

Podemos perceber que dos 450 cursos oferecidos em todo o Brasil, 30,45% estão localizados em São Paulo, seguidos de 14,22% em Minas Gerais. Estes são os dois Estados com maior número de cursos de Fisioterapia, somando juntos 44,67% do total de

curso no Brasil. Incluindo-se o Estado do Rio de Janeiro, totalizam 55,12%, ou seja, mais da metade dos cursos do país.

A Figura 1 abaixo, retrata dados publicados em 2006 pelo INEP/MS referentes ao número de cursos de graduação em Fisioterapia no período de 1991 a 2004. Este crescimento merece reflexões e discussões.

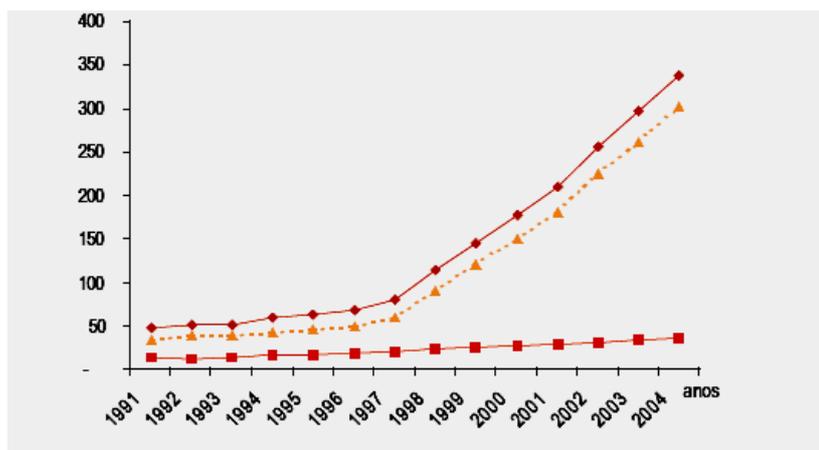


Figura 1 - Crescimento do Número de Cursos de Fisioterapia no Brasil no período de 1991 – 2004.

Fonte: INEP/MS, 2006, p. 214.

O COFFITO registrou o número total de 16.068 fisioterapeutas no ano de 1995, e segundo dados do INEP/MS, no ano de 2005 foram registrados oficialmente 79.382 profissionais, representando um crescimento absoluto de 63.314 (394%) fisioterapeutas de 1995 até 2005.

De acordo com os dados publicados pelos Ministérios da Educação (INEP) e da Saúde (SGTES), com a finalidade de apresentar a trajetória dos cursos de graduação na área da saúde, o número de fisioterapeutas nos diversos Estados do Brasil e a relação entre o número de fisioterapeutas para cada 1.000 habitantes, notamos algumas particularidades: o maior percentual está registrado no CREFITO 3 (São Paulo) e o maior índice fisioterapeuta/1.000 habitantes está registrado no CREFITO 2 (Rio de Janeiro e Espírito Santo), ambos da Região Sudeste do país.

Por outro lado, observamos que o menor percentual de profissionais registrados e o menor índice fisioterapeuta/1.000 habitantes está presente no CREFITO 12, que é composto por cinco Estados (Amazonas, Amapá, Maranhão, Pará e Roraima). Portanto, ficam espelhados nestes dados os problemas de distribuição dos profissionais nas diversas regiões do país.

Segundo Almeida apud Schmidt (2002, p.26), a “OMS estabeleceu que a proporção entre fisioterapeutas e população deveria ser, em média, de um profissional para 1.500 habitantes”.

Segue ainda na figura 2, a distribuição dos cursos de Fisioterapia por regiões da Federação, onde se notam realidades bem diferentes vividas nas várias regiões, com uma disparidade da Região Sudeste em relação às demais regiões (HADDAD et al, 2006). Porém, nota-se que a Região Norte apresentou o maior crescimento percentual (1.300%), sendo que o número de escolas desta região passou de 1 para 14. Na Região Centro-Oeste esse crescimento percentual foi de 950%, enquanto as Regiões Sudeste, Sul e Nordeste apresentaram crescimento de 603,4%, 555,6% e 485,7% respectivamente. É importante observar que a criação de novos cursos foi incentivada a partir de 1996, coincidindo com as novas Leis de Diretrizes e Bases da Educação (LDB).

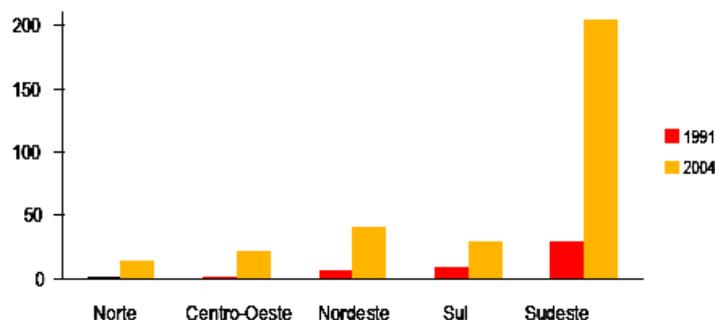


Figura 2 - Distribuição dos Cursos de Fisioterapia no Brasil por Região.
Fonte: INEP/MS, 2006, p. 215.

A tabela 2 mostra que, em 2004, o Estado de Minas Gerais contava com 50 cursos de graduação em Fisioterapia presenciais, porém pelos dados obtidos, através de publicações, no site oficial do INEP/MEC, atualmente existem 64 cursos no Estado. Destes, quanto à categoria administrativa, quatro são Instituições Públicas Federais, e todas as outras Instituições Privadas, sendo 25 Privadas no sentido estrito, 20 IES Privadas Filantrópicas, 02 Privadas Confessionais, 05 Privadas Comunitárias, 05 Privadas Comunitárias – Filantrópicas, 04 Privadas – Comunitárias – Confessionais – Filantrópicas.

São oferecidas 7.063 vagas, distribuídas entre os turnos diurno, noturno, integral, com carga – horária total variando desde 2.800 h/a a 6.020 h/a, sendo que destes, quarenta apresentam carga horária entre 4.000 e 5.000 horas/aula. Observa-se que de 2004 a 2006 houve um aumento de 1.006 vagas oferecidas para a graduação em Fisioterapia somente em Minas Gerais.

Constatamos que o maior aumento do número de IES que oferecem cursos de graduação em Fisioterapia ocorreu a partir de 1999, sendo os anos de 2003 e 2004 marcados como o período de maior crescimento do número de cursos, somando cada um destes anos, nove novos cursos, ou seja, um total de dezoito cursos criados em dois anos. A maioria dos cursos é oferecida em período integral, porém é crescente o número de cursos que são oferecidos no período noturno ou diurno e noturno, com aulas em um só período, demonstrando a redução da carga horária total destes.

Notamos que, a partir da homologação das Diretrizes Curriculares dos cursos de Graduação em Fisioterapia ocorrida em 2002, houve um maior aumento do número de cursos criados no Estado; lembrando ainda do Parecer CNE aprovado em 2001.

Tabela 2 – Número de Cursos de Fisioterapia criados por ano no Estado de Minas Gerais.

ANO DE INÍCIO DE FUNCIONAMENTO	CATEGORIA JURÍDICA	NÚMERO DE IES
1969	Privada	01
1979	Pública Federal	01
1989	Privada	02
1992	Privada	01
1993	Pública Federal	01
1994	Privada	01
1996	Privada	01
1997	Privada	03
1999	Privada	04
2000	Privada	04
2001	Privada	07
2002	Privada (05); Pública Federal (01).	06
2003	Privada	09
2004	Privada	09
2005	Privada	05
2006	Privada (08); Pública Federal (01).	09
Total	Privada (60); Pública Federal (04).	64 IES

Fonte: INEP/MEC, 2006.

Constatamos também que estes 64 cursos estão presentes em 40 municípios diferentes, sendo que a capital mineira detém 17,74% dos cursos do Estado (11 cursos), e Juiz de Fora 8,06%.

As 64 IES do Estado de Minas Gerais apresentam a seguinte organização acadêmica:

- 26 Universidades;
- 19 Faculdades;
- 03 Institutos Superiores ou Escolas Superiores;
- 15 Centros Universitários;
- 01 Faculdade Integrada.

Quanto ao regime letivo adotado por elas, constatamos: 62 IES em regime semestral, 01 em regime anual e 01 em regime quadrimestral.

Quanto à carga horária mínima oferecida por estes 64 cursos:

- Até 3.000 h/a: 03 Cursos;
- Acima de 3.000 até 4.000 h/a: 18 cursos;
- Acima de 4.000 até 5.000 h/a: 40 cursos;
- Acima de 5.000 h/a: 02 cursos;
- 01 curso não há relato no site do INEP e nem no site da própria IES.

Das 7.063 vagas oferecidas ao todo no Estado para cursos de Fisioterapia, segundo dados do INEP coletados em 23/12/2006, 5.320 são oferecidas somente nos turnos diurno ou integral e 1.743 no turno noturno. Das 5.320 vagas oferecidas nos turnos diurno e integral, 2.069 são oferecidas nos cursos que funcionam em período integral. Um total de 20 IES oferece curso de Fisioterapia no turno noturno, e 29 em período integral.

Portanto, desde o início de sua história, houve um grande avanço na formação do fisioterapeuta, especialmente após a implementação das DCN, que “preconizam o desenvolvimento de habilidades e competências que serão responsáveis pela formação de um profissional capacitado a intervir nas diferentes condições de saúde” desde a promoção até a reabilitação, de acordo com os princípios do SUS, apesar de ainda não estar efetivamente inserido nos programas do sistema de saúde vigente. Resta o anseio de que as políticas e estratégias governamentais permitam a sua inclusão no SUS, proporcionando o acesso a todas as classes sociais e à sua atenção integral à saúde (HADDAD et al, 2006, p. 238-239).

Diante deste contexto, pretendemos neste estudo, realizar uma análise da situação atual das estruturas curriculares dos cursos de graduação em Fisioterapia, no Estado de Minas Gerais, em instituições públicas e privadas, em relação à formação para atuação na promoção de saúde.

Alguns fatores são relevantes dentro do estudo, como o grande número de profissionais existentes no Brasil, o crescente aumento dos cursos de graduação, as mudanças ocorridas na área da saúde com novas propostas de atuação, em que se pretende formar profissionais com um novo perfil e apresentando novas habilidades e competências para atuar em todos os níveis de atenção. Profissionais que tenham uma visão global e humanista do cidadão dentro de seu contexto sócio-econômico-político-cultural. Este profissional deverá estar comprometido com o fortalecimento do sistema de saúde vigente no país, trabalhando em equipe, mantendo-se em processo de educação permanente, com uma visão crítica, reflexiva e por que não dizer política, do pensar e fazer saúde, atuando de maneira efetiva em promoção de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- Caracterizar a formação em promoção de saúde oferecida pelos cursos de graduação em Fisioterapia de Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas do Estado de Minas Gerais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o conteúdo descrito nos programas das disciplinas e dos estágios curriculares oferecidos na área de Saúde Pública/Saúde da Comunidade e Fisioterapia Preventiva, que possibilitem o desenvolvimento de habilidades e competências para atuação na atenção primária à saúde, especificamente na promoção de saúde;

- Conhecer as percepções dos coordenadores de curso sobre as ações da fisioterapia na promoção de saúde.

3 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Metodologia, segundo Minayo (1994, p. 22) “é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”.

Todas as ciências caracterizam-se pela utilização de métodos científicos e não há ciência sem o emprego destes métodos (MARCONI; LAKATOS, 2005, p.83).

Sendo assim, pode-se dizer que:

O método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros – traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista (MARCONI; LAKATOS, 2005, p. 83).

Buscando responder aos objetivos propostos por este estudo e às questões apresentadas com relação à capacitação/habilitação do aluno dos cursos de Fisioterapia do Estado de Minas Gerais para atuação na atenção primária à saúde, especialmente em promoção de saúde, optou-se pelo enfoque qualitativo.

Segundo Minayo (1994, p.22):

[...] qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação.

Portanto, na pesquisa qualitativa importa entender o processo em que as pessoas constroem significados e descrever o que são estes significados. O que interessa é o significado que as pessoas dão a determinado fenômeno. Estes devem ser apreendidos pelo pesquisador que os interpretará a partir da categorização dos dados coletados.

Os pesquisadores que optam por uma metodologia qualitativa “tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda” (MINAYO, 1994, p.203).

3.1 PARTICIPANTES E FONTES

3.1.1 Participantes

O universo da pesquisa se constituiu dos cursos de Fisioterapia de Instituições de Ensino Superior de natureza pública ou privada do Estado de Minas Gerais – Brasil.

Foram incluídos no estudo os cursos que já se apresentavam, em agosto de 2006, com turmas no último ano da graduação. Este critério de inclusão tornou-se uma necessidade, visto que seriam analisados os conteúdos programáticos e ementas de disciplinas e estágios relacionados à Saúde Pública e Fisioterapia Preventiva e estes últimos acontecerem, em várias instituições, somente no último ano do curso.

Em dezembro de 2006, segundo dados do INEP/MS, o Estado de Minas Gerais possuía 64 IES, quatro públicas federais e sessenta privadas, representadas na tabela do Apêndice F. Considerando o critério de inclusão estabelecido, a população deste estudo se

limitou inicialmente a quarenta cursos de Fisioterapia que na ocasião, se encontravam com turmas no último ano de graduação.

No entanto, dentre as quarenta IES que formaram o universo da pesquisa, duas foram excluídas. Em uma delas o curso foi extinto (relato de funcionários do mesmo, não oficializados pelo INEP/MEC), e na outra não existe turma desde julho de 2006 (também relatado por funcionário da IES, sem nenhuma menção no site do INEP/MEC). Portanto, chegou-se a um total de trinta e oito IES.

É importante ressaltar que o curso que a pesquisadora coordena não foi incluído no estudo, por dois motivos: o curso está ainda em processo de criação, com turmas no quarto período, sendo automaticamente excluído e o fato da pesquisadora ser a coordenadora.

Das trinta e oito instituições que se enquadravam nos critérios de inclusão e para as quais foi enviado o questionário, conforme será descrito adiante, apenas quinze coordenadores responderam ao questionário, constituindo assim, os participantes desta pesquisa.

Esse total de quinze questionários respondidos e recebidos corresponde a um percentual de 41,02% do total de convites realizados. Segundo Marconi e Lakatos (2005, p. 203), “em média os questionários expedidos pelo pesquisador alcançam 25% de devolução”. Consideramos, portanto, que obtivemos um ótimo percentual de questionários respondidos e devolvidos. Uma das facilidades encontradas e até relatadas pelos coordenadores foi devido à possibilidade de devolução do material através de correio eletrônico, meio de comunicação que se faz cada vez mais presente entre os docentes, agilizando e facilitando sobremaneira as comunicações.

Os coordenadores foram escolhidos para representarem as IES e responderem aos questionários por se tratarem de profissionais com uma visão geral do curso e terem condições para disponibilizar informações e documentos necessários para a presente pesquisa.

3.1.2 Fontes

Foram utilizados ainda como fonte de dados para a pesquisa:

a) documentos oficiais que regulamentam o Ensino Superior e mais especificamente o Ensino de Fisioterapia:

- Lei nº. 6.494/1977, Legislação Específica de Estágio;
- Resolução COFFITO nº. 139/1992; dispõe sobre as atribuições do exercício das responsabilidades técnicas nos campos assistências da Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dos estágios;
- Resolução COFFITO nº. 153/1993;
- as Leis de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº. 9.394/ 1996;
- o documento “Padrão Mínimo de Qualidade para Cursos de Fisioterapia” (1998);
- o Parecer CNE/CES nº. 1210/2001, Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional;
- a Resolução CNE/CES 4/2002, as Novas Diretrizes Curriculares para o Ensino de Fisioterapia (2002);
- Resolução nº. 450/2003 do Conselho Estadual de Educação de Minas Gerais;
- a Carta de Vitória (2003);

- o Parecer CNE/CES nº. 329/2004, a carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial; e,
- o relatório final da Oficina Regional para Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Fisioterapia – Regional Belo Horizonte – MG, ocorrida em 17 e 18 de agosto de 2006, na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.

b) documentos específicos das Instituições participantes da pesquisa:

- três Projetos Político-Pedagógicos (cursos 1, 2 e 3);
- os conteúdos programáticos das disciplinas e estágios na área de Saúde Pública e Fisioterapia Preventiva de quatro IES (cursos 1, 2, 3 e 13).

Com relação a essa documentação solicitada, algumas dificuldades foram apontadas pelos próprios coordenadores, especialmente das IES privadas. Foram sugeridas solicitações de “instituição para instituição”; outras relataram ainda não disporem do PPP, mas sim do projeto de criação do curso; outros estão passando por reformas; existem os que citaram não ser possível enviar a “matriz curricular, e nem o projeto pedagógico, tendo em vista a política interna desta IES”; e ainda aqueles que foram sinceros relatando que “[...] esses documentos pertencem à instituição e não a um professor. Por mais que o mesmo ocupe um cargo administrativo, ele não detém o direito de passar informações à terceiros sobre o funcionamento de setores ou da gestão didático-pedagógica”, receosos de que o seu PPP pudesse sofrer plágio, ser “vendido” (comercializado) ou sua estrutura ser corrompida.

Por esses motivos a dificuldade encontrada para se conseguir os documentos solicitados.

c) documentos que regulamentam o SUS e as ações no âmbito da atenção primária à saúde:

- leis e portarias que regulamentam o atendimento na atenção primária à saúde no SUS.

d) textos e artigos científicos que discutem o tema central deste trabalho.

3.2 MATERIAIS

Foram utilizados como materiais:

- questionário (Apêndice A);
- os conteúdos programáticos das disciplinas e estágios relacionados ao estudo e disponibilizados pelos cursos de graduação em Fisioterapia do Estado de Minas Gerais, participantes do estudo (cursos 1, 2, 3, 13);
- os Projetos Político-Pedagógicos dos cursos (cursos 1, 2 e 3).

3.3 PROCEDIMENTOS

3.3.1 Procedimentos para elaboração do questionário

3.3.1.1 Escolha do instrumento de coleta de dados

O questionário foi escolhido como técnica de investigação, após considerarmos a distância em que a maioria dos participantes se encontra e, principalmente, na tentativa de atingir o maior número possível de IES.

Segundo Marconi e Lakatos (2005, p.203), “o questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”.

3.3.1.2 Elaboração do questionário

Segundo Gil (1999, p.129), a construção de um questionário consiste em “[...] traduzir os objetivos da pesquisa em questões específicas.” Portanto, a elaboração do questionário visou construir perguntas cujas respostas pudessem contribuir com os objetivos do estudo.

Para tanto, o questionário (Apêndice A) constitui-se dos seguintes temas: características dos cursos tais como: o tempo em que é oferecido; o regime letivo adotado; turnos; número de vagas anuais. Dados específicos como alterações na matriz curricular após a homologação das DCN; disciplinas e estágios nas áreas de saúde pública/saúde da comunidade e/ou fisioterapia preventiva; períodos e locais em que os estágios são oferecidos; atividades desenvolvidas nos estágios.

Outros temas constituíram o questionário como o ponto de vista dos coordenadores com relação à preparação teórica e prática do egresso/profissional para atuação na atenção primária à saúde e em promoção de saúde; e de que forma se dá esta preparação.

Houve a necessidade de se questionar sobre o tipo de ações de promoção de saúde o fisioterapeuta está capacitado para desenvolver; se os professores responsáveis pelas disciplinas relacionadas à promoção de saúde tiveram experiência prática na atenção primária

à saúde e se o próprio coordenador teve a oportunidade de cursar, na graduação, disciplinas relacionadas à saúde pública e fisioterapia preventiva.

Também foram temas constituintes do questionário: a opinião dos coordenadores sobre a preparação dos alunos para atuação nos três níveis de atenção, se existe um nível de atenção mais focado em fisioterapia; e se os cursos estão ainda mais envolvidos com a prática técnico-curativista do que com a prevenção de doenças e promoção de saúde.

Por último, foi reservado um espaço para que se acrescentasse alguma observação que o coordenador achasse importante e que não havia sido perguntado, ou alguma sugestão sobre o estudo.

3.3.2 Realização do pré-teste

Com o objetivo de testar o instrumento de coleta de dados, foi realizado um pré-teste que, segundo Marconi e Lakatos (2005, p.205) “permitirá que sejam identificadas possíveis falhas como inconsistência das questões, ambigüidades, perguntas supérfluas, entre outras”.

Para a realização do pré-teste selecionamos um curso de Fisioterapia do interior do Estado de São Paulo, por não fazer parte do estudo em questão, mas ser de uma IES privada, com turmas no último ano de graduação, ou seja, de acordo com os critérios de inclusão utilizados neste estudo. Ser de uma IES privada tornava-se interessante já que no grupo selecionado para o estudo, a grande maioria das instituições era de natureza jurídica privada.

Foi feito o convite ao coordenador do curso que gentilmente aceitou participar após consentimento enviado por e-mail, conforme explicitado no item aspectos éticos.

Após a realização do pré-teste identificamos a necessidade de modificar as seguintes questões:

a) na **questão 9** “Em que locais são oferecidos os estágios?” a partir da resposta dada pelo coordenador do curso, na qual citou locais de estágio que não são tão comuns à maioria dos cursos, percebemos a necessidade de alterar o enunciado da questão e o tipo de questão, de aberta para fechada. Desta forma, a questão passou a ser formulada da seguinte maneira: “Assinale com um X em que local (is) o(s) estágio(s) é (são) oferecido(s)”. Em seguida, a observação para assinalar mais de uma alternativa, caso necessário, e nove opções de locais de estágios (ambulatorios, asilos, clínicas, creches, empresas, escolas, hospitais, núcleo de atenção integral, unidades básicas de saúde/posto de saúde/unidade de saúde da família) e uma opção aberta para a pessoa descrever outro local.

b) a **questão 12** “No seu ponto de vista o egresso/profissional está preparado para atuar na promoção de saúde? Se sim, de que forma?” foi desmembrada em duas, mantendo na primeira a pergunta sobre o egresso/profissional estar preparado para atuar na promoção de saúde apresentando as opções “sim” e “não” para serem assinaladas. Desta forma, esta questão de aberta se transformou em fechada. A segunda pergunta oriunda da questão doze foi formulada da seguinte maneira: “De que forma se dá a preparação para desenvolver ações de promoção de saúde na área da fisioterapia, em termos teóricos e práticos?”.

Houve a necessidade de se desmembrar a questão em duas, pois a resposta obtida no pré-teste foi vaga para a compreensão das formas de preparação do aluno. Era necessária a compreensão mais detalhada desse preparo dos alunos, por esse motivo acrescentamos a expressão “em termos teóricos e práticos”.

3.3.3 Contato com os participantes e envio do questionário

Estabelecida a seleção das IES que se encontravam dentro dos critérios de inclusão do estudo, procedemos aos contatos iniciais com os coordenadores de cursos através do telefone e/ou correio eletrônico durante o mês de outubro de 2006.

Independentemente do meio de comunicação utilizado, foram realizadas cerca de cinco tentativas de contatos telefônicos e/ou correio eletrônico com os coordenadores destes trinta e oito cursos para convite à participação, exposição do estudo e solicitação de autorização para o envio por e-mail da carta de apresentação e do questionário.

Verificado o interesse dos coordenadores na participação do estudo e autorização para o envio do questionário por correio eletrônico, estes passaram a ser devidamente enviados. Solicitamos confirmação do recebimento e foi estipulada uma data limite para o reenvio do questionário respondido, assim como dos documentos solicitados (projeto político-pedagógico e conteúdos programáticos das disciplinas relacionadas ao tema do estudo).

A data limite inicialmente compreendeu um período de quinze dias a partir do envio do questionário, no entanto foi estendida para trinta dias pelas dificuldades encontradas e solicitação dos participantes.

Alguns coordenadores confirmaram o recebimento do e-mail, afirmaram sua participação, porém estavam bastante ocupados naquele período, relatando que enviariam assim que possível. Muitos não enviaram o questionário respondido, talvez exatamente pelo acúmulo de atividades sob responsabilidade do coordenador de curso, que também é docente.

Quatro instituições se dispuseram a enviar os documentos. Destas, três encaminharam os projetos político - pedagógicos e conteúdos, e somente uma os conteúdos

das disciplinas, restando a possibilidade de trabalhar com maior enfoque com os questionários respondidos, apesar da utilização dos documentos que enriqueceram o estudo, particularmente as ementas das disciplinas relacionadas.

Excluindo-se esta dificuldade, os coordenadores, de uma forma geral, foram extremamente receptivos e interessados, apesar da sobrecarga de trabalho de cada um.

O questionário (Apêndice A) foi enviado aos coordenadores dos cursos de Fisioterapia, juntamente com uma carta de apresentação do projeto (Apêndice D) e, ainda acompanhado pelas instruções de preenchimento do mesmo e de explicações sobre seus objetivos. O envio do questionário foi feito por e-mail, como citado. Neste caso, a carta de apresentação (Apêndice D) continha instruções para que o consentimento em participar da pesquisa fosse expresso através da resposta ao questionário (Apêndice A).

Foi solicitado aos participantes que enviassem também por e-mail o Projeto Político Pedagógico do curso e os conteúdos programáticos das disciplinas relacionadas à Saúde Pública e Fisioterapia Preventiva, caso constassem de sua matriz curricular, e/ou outras disciplinas que considerassem pertinentes à temática do estudo. Este foi o recurso utilizado para a realização deste estudo.

Após quinze dias do envio do questionário, foi feito novo contato telefônico e/ou por e-mail, reforçando a importância da pesquisa e solicitando a devolução do questionário preenchido, assim como dos documentos solicitados. A partir desse contato, esperamos mais sete dias e fizemos novo contato telefônico e/ou por e-mail. Caso o participante não realizasse a devolução do questionário e o envio dos documentos, sua IES seria automaticamente excluída do estudo. Após trinta dias do envio dos questionários, encerramos o recebimento dos mesmos.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi fundamentada na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde referente às diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. Para tanto, submetemos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca para sua apreciação e aprovação, conforme parecer em anexo (Apêndice E).

Nenhum questionário foi encaminhado por superfície, todos foram enviados por e-mail e recebidos da mesma forma. A resposta do questionário pelo coordenador via correio eletrônico significou o consentimento em participar da pesquisa.

Com a finalidade de se manter o anonimato dos cursos e coordenadores sobre os quais as informações foram obtidas, estes receberam uma codificação, sendo identificados da seguinte maneira: a) Curso 1; b) Curso 2; c) Curso 3; e assim, sucessivamente até o Curso 15.

Após a finalização do presente estudo, será elaborado um relatório com os principais dados obtidos, encaminhando-os para as instituições participantes.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para as repostas às questões abertas do questionário adotamos dois tipos de procedimentos dependendo do tipo de resposta obtida. Para as repostas com informações objetivas, procedemos a descrição das mesmas através de estatística descritiva e para aquelas

questões que envolveram respostas mais subjetivas, realizamos os procedimentos da análise de conteúdo.

Segundo Bardin (1977, p.37) a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Esta é uma técnica que pode ser utilizada para conhecer as diferenças e semelhanças entre documentos sem produzir uma escala de melhor ou pior. “A análise de conteúdo requer que as descobertas tenham relevância teórica” (FRANCO, 2005, p.16). Tem como ponto de partida a mensagem, e permite ao pesquisador fazer inferências sobre qualquer um dos elementos da comunicação.

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo tenta ultrapassar os significados manifestados a partir de uma literatura de primeiro plano. Para isso relaciona as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Correlacionam os textos descritos e analisados com fatores que determinam suas características (MINAYO, 1994).

Na tentativa de atingir os significados para os objetivos propostos no presente estudo, esta se deu através da análise temática do conteúdo.

Segundo Minayo (1994, p. 209),

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Inicialmente, foi realizada uma pré-análise que é a fase de organização propriamente dita, com o objetivo de “sistematizar os ‘preâmbulos’ a serem incorporados quando da constituição de um esquema preciso para o desenvolvimento das operações sucessivas” (FRANCO, 2005, p. 47), seguida de uma leitura exaustiva (leitura flutuante) dos questionários e documentos coletados. Esta etapa nos permitiu a reunião dos objetos propostos, além de determinar o corpus da investigação, ou seja, os documentos que seriam submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 1977, p. 94).

Procedemos inicialmente com a leitura das respostas de cada questionário. Em seguida, cada questão com sua respectiva resposta foi recortada e colada separadamente, montando-se folhas com as respostas de todos os cursos referentes a mesma pergunta. Passamos à exploração do material, através da codificação efetuada segundo regras precisas dos dados do texto, transformando-os e agregando-os em unidades que “permitissem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”.

A codificação escolhida foi a classificação e a agregação, ou seja, a escolha de categorias para posterior interpretação e conclusão juntamente com os dados obtidos através das questões fechadas.

Para estas questões, utilizamos da estatística descritiva, já que nosso enfoque neste estudo é do tipo qualitativo.

A partir da frequência de repetição das unidades de significação apresentadas nas respostas dos coordenadores dos cursos participantes do estudo às questões abertas, as unidades passaram a ser agregadas em categorias. Definidas as categorias e separadas as respostas condizentes com cada uma delas, partimos para a fase de interpretação dos dados e conclusão.

Para a interpretação dos dados utilizamos o diálogo com os diferentes autores que discutem o tema deste trabalho através de textos e artigos, bem como da legislação pertinente, documentos produzidos a partir de congressos, conferências e oficinas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tomando como documento principal a Resolução 4, de 19 de fevereiro de 2002, ou seja, as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Fisioterapia, e em função dos objetivos propostos para a realização deste estudo, os resultados e discussões dos dados são apresentados a partir, inicialmente, de um conjunto de dados que possibilitaram a caracterização dos cursos participantes da pesquisa e do perfil dos mesmos em relação às disciplinas e estágios oferecidos na área de promoção de saúde.

Outro conjunto de dados foi organizado a partir de dois eixos de análise: formação dos docentes e coordenadores de cursos e as percepções dos coordenadores de curso sobre a formação dos alunos em atenção primária à saúde e promoção de saúde.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CURSOS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO

Para a caracterização dos cursos utilizamos as informações coletadas a partir do questionário (Apêndice A) e do site do INEP, referente ao tempo de existência do curso na IES, regime letivo adotado, turno, número anual de vagas oferecidas e carga horária total dos cursos, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Cursos participantes do estudo, segundo tempo de oferta, regime letivo, turno, número de vagas e carga horária total (CHT).

CURSO	TEMPO EM QUE O CURSO É OFERECIDO	REGIME LETIVO	TURNO	NÚMERO DE VAGAS ANUAIS	CHT (Carga Horária Total)
CURSO 1	13 ANOS	Semestral	Integral	40	3.415 h/a
CURSO 2	36 ANOS	Anual	Diurno e Noturno	50	5.032 h/a
CURSO 3	10 ANOS	Semestral	Diurno	100	6.020 h/a
CURSO 4	13 ANOS	Semestral	Integral	60	4.080 h/a
CURSO 5	05 ANOS	Semestral	Noturno	100	4.878 h/a
CURSO 6	NÃO RESPONDEU	Semestral	Diurno	90	3.820 h/a
CURSO 7	9 ANOS E 06 MESES	Semestral	Diurno	Não Respondeu	4.515 h/a
CURSO 8	03 ANOS E 06 MESES	Semestral	Integral	50	3.690 h/a
CURSO 9	NÃO RESPONDEU	Semestral	Integral	60	3.990 h/a
CURSO 10	06 ANOS E 06 MESES	Semestral	Diurno	100	4.590 h/a
CURSO 11	04 ANOS	Semestral	Diurno e Noturno	70	4.294 h/a
CURSO 12	17 ANOS	Semestral	Diurno	60	4.480 h/a
CURSO 13	05 ANOS E 07 MESES	Semestral	Integral	100	4.810 h/a
CURSO 14	04 ANOS	Semestral	Diurno	80	4.284 h/a
CURSO 15	09 ANOS	Semestral	Diurno e Noturno	200	3.812 h/a

Fonte: Questionário aplicado aos coordenadores de cursos de Fisioterapia/ INEP/MS, 2006.

Em relação ao tempo de existência dos cursos, destacamos dois cursos com mais de dezessete anos de existência, e onze cursos que iniciaram suas atividades a partir de 1996, após a promulgação da LDB. Destes, dois são cursos de instituições públicas federais e treze de IES privadas. Dois coordenadores não relataram o tempo de existência dos cursos.

É importante relatar que a LDB foi sancionada em 20 de dezembro de 1996, pelo então Presidente Fernando Henrique Cardoso, que governou segundo o contexto neoliberal. Conforme cita Carvalho (2005, p. 32), dentro deste contexto, “o setor privado é incentivado a prover serviços tais como de saneamento, de segurança, de transporte, de saúde e de educação”, e ainda que “saúde, no projeto neoliberal, deixa de ser um bem comum para se colocar como mercadoria cujo acesso deve passar pelas regras do mercado”.

O projeto neoliberal traz como proposição principal a “modernização da administração pública, entendida como ampliação da eficiência e descentralização, denominada *autonomia institucional*” (ROCHA; ROCHA, 2004, p.18). Haveria um incentivo à privatização da educação superior, passando antes por estruturas denominadas organizações sociais, com uma lógica de funcionamento semelhante à lógica de prestação de serviços para o mercado, em que seu financiamento depende da captação de recursos junto ao mercado (anuidades).

A retração financeira do Estado para todas as áreas, inclusive a da educação, vai redirecionar o financiamento do ensino, trazendo, como vimos, o fortalecimento dos princípios empresariais, da livre concorrência na oferta dos serviços, do lucro e da competitividade (ROCHA; ROCHA; 2004; p. 20).

O setor privado da educação foi (é) “incentivado” a abrir cursos da forma como determinassem seus colegiados, não se atentando para formas racionais diante das demandas locais e regionais. Testemunhamos a crescente abertura de cursos especialmente na Região Sudeste do país, mesmo que esta seja a região com maior número de profissionais e cursos de Fisioterapia.

Infelizmente, saúde e educação sempre foram os atores principais nas campanhas políticas eleitoreiras, e cada novo governo quer determinar novas ações, práticas inovadoras para cada setor, muitas vezes atrasando ou desvirtuando programas constitucionais como o SUS, de acordo com interesses diversos contrários ao bem-estar da população, ou das necessidades da mesma, para satisfazer as necessidades e interesses de poucos.

Dos quinze cursos analisados, catorze (93,34%), possuem regime letivo semestral e somente uma IES (6,67%) mantém o regime letivo anual, nenhuma o quadrimestral. As DCN, no seu Art. 11 determinam que “a organização do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que

indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular” (CNE/CES, 2002). Portanto, não existe uma definição padrão para o regime letivo, sendo flexibilizado através das DCN.

Quanto ao turno em que o curso é oferecido, obtivemos o seguinte resultado: dez IES oferecem os cursos em um turno somente, e cinco em período integral. Destes, uma IES (6,67%) oferece o curso somente no turno noturno, três (20%) oferecem nos turnos diurno e noturno, ou seja, dois cursos ao mesmo tempo; seis (40%) IES oferecem cursos somente no turno diurno e cinco (33,34%) em período integral.

O documento “Padrão Mínimo de Qualidade para Cursos de Fisioterapia”, publicado pelo Ministério da Educação e do Desporto, elaborado pela Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia (CEEFisio), em 1998, recomenda que “nos cursos noturnos as práticas terapêuticas desenvolvam-se no período diurno” e que esta observação deverá vir explicitada “já no edital do vestibular” (BRASÍLIA, 1998, p. 4).

Esta recomendação merece questionamentos: não seria iludir o aluno de que terá condições de trabalhar durante o período em que estiver fazendo o curso? De que forma iniciar mais precocemente atividades práticas específicas da Fisioterapia, em complexidade crescente desde a observação até a prática assistida, como propõem as diretrizes curriculares em seu Art. 13º?

Não existem determinações do Ministério da Educação quanto ao turno de funcionamento dos cursos de graduação em Fisioterapia, além do exposto acima. Além do mais, este se tornou um dos tópicos de discussão da CEEFisio “quando da formulação da proposta para as Diretrizes Curriculares do curso de Fisioterapia”. A referida Comissão não concordou com cursos seqüenciais, à distância ou noturnos, o que acabou sendo eliminado do texto final das Diretrizes Curriculares (SCHMIDT, 2002, p. 88).

Em relação à carga horária total dos cursos, todas as IES em estudo oferecem seus cursos de graduação em Fisioterapia, com carga horária total (CHT) acima de 3.200 h/a, sendo que seis cursos possuem carga horária superior a 4.500 h/a.

Esta é outra questão que tem se tornado motivo de várias manifestações: a carga horária total mínima para se manter um ensino de qualidade. Manifestações de distintas instituições e organizações representativas se colocaram contra a redução da CHT proposta no Parecer CNE/CES nº. 329/2004.

O referido documento dispõe sobre a carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. Aprovado em 11/11/2004, apresenta quadro demonstrativo por curso de graduação, com a respectiva indicação de carga horária mínima, resultante de consulta à sociedade. O documento sugere a carga horária mínima de 3.200 h/a para os cursos de fisioterapia, porém acusa o recebimento de manifestações do COFFITO, o qual sugere 4.500 h/a como CHT mínima, integralizadas de 4 a 6 anos. Até o presente momento não houve homologação da CHT mínima para os cursos de fisioterapia, em resposta ao número de manifestações apresentadas ao Ministério da Educação.

As manifestações foram apresentadas: em ofício do Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde, de 02 de dezembro de 2004, encaminhado ao Presidente do Conselho Nacional de Educação; ofício do presidente do COFFITO ao Ministro da Educação, encaminhado em 19 de novembro de 2004; ofício CREFITO – 2, assinado pela presidente do CREFITO 2, o presidente da Sociedade Brasileira de Fisioterapeutas (SBF) e pela presidente da ABENFISIO, encaminhado ao Ministro da Educação em 26 de novembro de 2004; manifestação pública de coordenadores, professores e representantes acadêmicos de cursos de Fisioterapia do Estado do Paraná, publicada na página do COFFITO com data de 02 de dezembro de 2004; carta aberta ao Presidente da República, assinada pelo presidente do CREFITO – 3, de 08 de dezembro de 2004; manifesto da ABENFISIO - SC de 04 de

dezembro de 2004; manifesto do CREFITO – 5 de 10 de dezembro de 2004; nota de repúdio da Associação dos Conselhos Profissionais em Santa Catarina (ASCOP), em 21 de fevereiro de 2005.

Existe um consenso em que se mantenha um mínimo de 4.500 horas, para os cursos de graduação em Fisioterapia. Porém, nada ainda está estabelecido. Volta-se a fazer questionamentos: caso seja homologado o mínimo de 4.500 horas, como desenvolvê-lo em um turno somente? Em um curso de Fisioterapia existem aulas práticas em disciplinas básicas e específicas, portanto, como manter a proporção de alunos por docente nessas aulas, quando o recomendado são 15 alunos por professor (laboratórios), ou 6/1 nas práticas /clínicas em um só turno? Que parâmetros deverão ser utilizados para se determinar uma CHT mínima para uma formação de qualidade do profissional segundo as DCN? Como capacitar um profissional com habilidades e competências para atuar nos três níveis de atenção à saúde, de acordo com as DCN, numa carga horária total de 3.200 horas? Não se corre riscos de se enfatizar uma formação estritamente técnica, perdendo-se a visão do todo? Ou ainda, a visão do todo sem qualificação técnica?

Se nos reportamos ao Padrão Mínimo de Qualidade para Cursos de Fisioterapia, o número de vagas/ano/vestibular deve “respeitar as condições pedagógicas das aulas teóricas e práticas”, determinando para as aulas teóricas a proporção de cinquenta alunos por docente. Ao observamos a tabela 3, constatamos que apenas cinco cursos (33,34%) estão em conformidade com o estabelecido. Os demais ultrapassam bastante o recomendado, chegando-se até 100% acima deste.

Quanto ao número de vagas oferecidas pelas IES, ao todo são 1.160 vagas entre catorze IES que responderam à questão. Seis cursos oferecem sessenta ou menos vagas anuais, quatro cursos oferecem cem vagas anuais, três cursos oferecem de setenta a noventa vagas anuais, um curso oferece duzentas vagas anuais e um coordenador não respondeu a

questão. A partir da LDB (1996), foi assegurada às universidades, a atribuição de “fixar o número de vagas de acordo com a capacidade institucional e as exigências do seu meio” (LDB; Art.53; Inciso IV; 1996).

No entanto, de acordo com os documentos acima citados podemos concluir que estão sendo oferecidas muitas vagas anualmente, com uma tendência a aumentar essa oferta. Porém, não significa que todas as vagas têm sido preenchidas, mas demonstrando a lógica mercantilista das IES, especialmente as privadas, numa corrida desenfreada na tentativa de dominação do mercado educacional e podemos colocar em questão se há demanda por este número de profissionais.

Podemos então entender que, frente às quinze instituições estudadas, mais da metade iniciou suas atividades com cursos de Fisioterapia após a promulgação da LDB, em sua maioria com regime letivo semestral em apenas um turno, e oferecendo de trinta a cinquenta vagas por semestre, totalizando uma carga horária total, em sua maioria acima das 3.200 h sugeridas pelo Parecer 329/2004.

4.2 PERFIL DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA PARA A FORMAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE

Para a construção deste perfil dos cursos tomamos como referência, além das respostas dos coordenadores aos questionários, os seguintes documentos: a Resolução 4, de 28 de fevereiro de 1983, do Conselho Federal de Educação, a Resolução COFFITO – 80, de 1987, e a Resolução 4, de 19 de fevereiro de 2002, da CNE/CES, ou seja, as DCN.

De acordo com as Diretrizes Curriculares (Art. 4º e 5º) para os cursos de Fisioterapia, estes deverão assegurar a formação de profissionais com competências e habilidades para: atenção à saúde, desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde em nível individual e coletivo, assegurando uma prática integrada e contínua com outras instâncias do sistema de saúde, capaz de pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade e procurar soluções para os mesmos, realizando serviços dentro do mais alto padrão de qualidade e dos princípios da ética/bioética.

Para que se alcance este propósito de formação são relacionados nas DCN os conteúdos que o curso deverá contemplar. Afinal, as mudanças nas diretrizes curriculares dando ênfase na atenção em saúde, tendo como eixo norteador o SUS, envolvendo a mudança do perfil profissional para atender esta demanda se operacionalizam principalmente através das disciplinas e estágios.

Desta forma, a caracterização do perfil da formação do fisioterapeuta em promoção de saúde, foi realizada a partir da análise das disciplinas e estágios oferecidos na área da Saúde Pública, Saúde da Comunidade, Fisioterapia Preventiva e/ou outras denominações utilizadas pelas IES para disciplinas e estágios na área de saúde pública. E esta análise é apresentada em dois tópicos, um referente às disciplinas e outro aos estágios.

4.2.1 Disciplinas oferecidas para atuação na área de promoção de saúde

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia (CNE/CES, 2002, Art.6º).

Os conteúdos essenciais para o curso de graduação em Fisioterapia devem contemplar: Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Sociais e Humanas, incluindo conhecimentos relativos às políticas de saúde, educação, trabalho e administração. Conhecimentos Biotecnológicos e Conhecimentos Fisioterapêuticos, incluindo “conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção” (CNE/CES, 2002).

Os conteúdos específicos da Fisioterapia deverão abordar “[...] os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção”, devendo ainda ser assegurada a prática de estágio curricular supervisionado, com “intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde etc.” (CNE/CES, 2002).

Para construirmos um perfil dos cursos de Fisioterapia estudados, em conformidade com os documentos citados, procedemos com alguns questionamentos sobre as disciplinas oferecidas na área de saúde pública com o objetivo de identificar conteúdos que atendam as necessidades de formação em promoção de saúde.

Foi feita a seguinte pergunta na questão número seis: “Este curso de graduação oferece disciplinas nas áreas de Saúde Pública/Saúde da Comunidade e/ou Fisioterapia Preventiva?”. Esta questão trazia na sua primeira parte as opções “sim” e “não”, e caso a resposta fosse “sim”, os coordenadores deveriam citar “qual (is)” disciplinas são oferecidas pelo curso que coordena.

Todos os coordenadores assinalaram a opção “sim”, e citaram as disciplinas envolvidas com as áreas questionadas, conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2- Disciplinas relacionadas às áreas de saúde pública/saúde da comunidade e/ou fisioterapia preventiva oferecidas pelos cursos pesquisados.

CURSOS	DISCIPLINAS
CURSO 1	Fisioterapia Preventiva (obrigatória), Sistemas de Saúde e Epidemiologia (opcional).
CURSO 2	Saúde Pública, Fisioterapia Preventiva; Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva.
CURSO 3	Saúde Pública; Epidemiologia e Saúde Coletiva; Parasitologia; Metodologia de Pesquisa III.
CURSO 4	Saúde Pública
CURSO 5	Políticas Públicas de Saúde; Saúde Coletiva.
CURSO 6	Saúde Pública; Antropologia; Sociologia; Fisioterapia Preventiva.
CURSO 7	Fisioterapia Preventiva; Saúde da Comunidade; Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva.
CURSO 8	Fisioterapia Preventiva; Saúde Pública; Ergonomia.
CURSO 9	Introdução ao Estudo da Saúde; Fisioterapia Preventiva; “estágio curricular em postos de saúde”.
CURSO 10	Saúde Pública; Fisioterapia Preventiva; Fisioterapia na Saúde Coletiva I e II; Prática Clínica II (Intercâmbio Municipal em ESF).
CURSO 11	Introdução à Saúde Coletiva; Epidemiologia; Fisioterapia Preventiva; Ergonomia.
CURSO 12	Saúde Pública; Fisioterapia Preventiva; Ergonomia; Projeto Comunitário.
CURSO 13	Saúde Pública I e II; Ergonomia; Estágio Supervisionado no Programa Saúde da Família.
CURSO 14	Saúde Coletiva; Fisioterapia Preventiva.
CURSO 15	Saúde e Sociedade I e II; Fisioterapia Preventiva.

Fonte: Questionários respondidos.

A partir das disciplinas citadas e apresentadas no quadro 2, identificamos duas categorias de disciplinas: aquelas com conteúdos para formação geral em saúde pública e, uma outra categoria de disciplinas com conteúdos específicos para a atuação do fisioterapeuta na atenção primária e promoção de saúde.

4.2.1.1 Disciplinas para formação geral em saúde pública

Nesta categoria identificamos as disciplinas relacionadas ao estudo do homem e suas características biológicas e culturais, e de suas relações sociais, ou seja, fundamentais para se entender o indivíduo dentro de seu contexto social. No presente estudo, foi citado

pelos coordenadores, as disciplinas “Antropologia” e “Sociologia”, presentes no mesmo curso (curso 6), que estão relacionadas nas DCN.

Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde – doença nas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conteúdos relativos às políticas de saúde, educação, trabalho e administração (CNE/CES, 2002).

Segundo Nunes (2005), o estudo das ciências sociais em saúde começou a se estruturar nos anos 20 do século passado, nos Estados Unidos, com maior ênfase a partir dos anos 50. Na América Latina, teve seu início nos anos 60, se firmando a partir dos anos 70.

No Brasil, a sociologia desenvolveu-se na área acadêmica por volta de 1930, alcançando maior ênfase a partir dos anos 60, em que se realizava a investigação da dinâmica da desigualdade, a partir do estudo das condições demográficas, alimentação, nutrição, moradia, trabalho, economia, lazer, saúde, educação, entre outros.

As primeiras investigações antropológicas sobre fatores socioculturais em saúde foram feitas nos serviços de saúde no final dos anos 30 e durante os anos 40.

Após várias críticas ao modelo de ensino que era praticado no país, centrado no biológico e seu papel orientador da formação médica, houve a inclusão e/ou o redimensionamento de algumas disciplinas no currículo como a epidemiologia, a bioestatística, ciências da conduta, entre outras. “Trata-se da integração conhecida como ‘biopsicossocial’”, tratando-se de descrever o indivíduo, a comunidade, ou seja, a chamada medicina integral (NUNES, 2005).

Várias situações, acontecimentos e insatisfações levaram alguns cientistas a estudos mais abrangentes dos problemas relacionados à saúde e às ciências sociais, em especial a partir dos anos 80. Muitos estudos foram realizados neste período, referentes à

relação entre as políticas de saúde e economia, estudos sócio - epidemiológicos, entre outros, fundamentando a importância dos conhecimentos de sociologia e antropologia por aqueles que atuam na área da saúde.

Com o objetivo de mostrar o perfil dos cursos com relação a suas disciplinas relacionadas à Sociologia e Antropologia, segue o quadro 3 com as ementas relacionadas nos PPP enviados pelos coordenadores dos cursos 1 e 2.

Quadro 3 - Disciplinas relacionadas às Ciências Sociais dos cursos que enviaram as ementas para realização do estudo.

CURSOS	DISCIPLINA	PERÍODO	EMENTA	CH (Carga Horária)
Curso 1	Sociologia da Saúde	1º	A sociologia da saúde e da doença e o contexto social; abordagem histórica da sociologia; conceitos de sociologia; método científico e método empírico; conceitos de saúde e de doença; importância da integração da sociologia no campo da saúde e suas implicações sociais; abordagem analítica e crítica do sistema de saúde em seu contexto econômico, político e social.	60 h/a
Curso 2	Ciências Sociais (Antropologia e Sociologia).	1º ano (regime letivo anual).	Introdução do aluno no estudo da sociedade, estrutura e organização social, estratificação e classes. Aplicação ao panorama brasileiro. Aquisição do instrumental teórico que permite ao aluno proceder a análise, interpretação e explicação dos fenômenos sociais, assim como ter uma visão abrangente da dinâmica da realidade social, fundamentalmente da realidade brasileira contemporânea e da influência dessas diferentes dinâmicas. Análise, através da pesquisa dos sistemas de relação bio-psico-social dos aspectos determinantes da vida social, política e econômica, e sua importância na transmissão cultural, partindo de técnicas e objetivos próprios da atividade social e política, tornando possível e condicionando a vida coletiva. Compreensão do aluno capacitando-o a relacionar a problemática específica de populações na qual o fisioterapeuta trabalhará, com processos culturais e políticos.	36 h/a

Fonte: Documentos enviados pelos coordenadores dos cursos 1 e 2

Nas ementas citadas acima, percebemos a importância das disciplinas relacionadas com o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo dos alunos, diante da abordagem da sociologia e antropologia no contexto da saúde pública. Portanto, relacionadas ao desenvolvimento do perfil do profissional a que se referem às DCN.

Se a formação estiver reduzida à esfera técnica, ou seja, estritamente profissional, sem uma visão integral que abranja a dimensão da cidadania, significa que se está adotando uma abordagem reducionista do conceito de competência.

Diante disso, torna-se também necessário não se esquecer que as competências variam “historicamente, de acordo com os contextos sociais, econômicos e culturais, e dependem dos embates entre as visões de mundo dos diversos atores sociais” (MARQUES, 2002, p. 26).

Para que se realizem as ações propostas, é necessário acrescentar ao processo de formação do profissional de saúde, o conceito de qualidade, garantindo a humanização do cuidado com a saúde, envolvendo aspectos éticos, entre outros (MARQUES, 2002, p. 26).

Deve-se garantir que as disciplinas como Sociologia e Antropologia e outras das ciências sociais e humanas como Saúde e Sociedade estejam presentes na matriz curricular dos cursos de graduação das áreas da saúde, e no caso deste estudo, da Fisioterapia, para que se entenda o conceito ampliado de saúde e tudo o que envolve esse conceito.

Como formar indivíduos na área de saúde sem o conhecimento relativo à este contexto, se na própria definição de saúde presente na Constituição Federal, em seu Art. 196, “Saúde é um direito de todos [...] garantido mediante políticas sociais [...]”, o novo conceito de saúde, as mudanças relacionadas a este conceito, pautadas no paradigma da produção social da saúde, em que um dos maiores determinantes dos riscos de adoecimento consiste nos determinantes sociais de saúde, como, por exemplo, a iniquidade. Afinal, o conceito de saúde passou de mera ausência de doenças para a noção de bem-estar físico, psíquico,

incluindo-se uma adequação de vida social. Segundo Santos; Westphal (1999) modificou-se a prática sanitária, passando-se da antiga – curativista – para a atual – a vigilância da saúde.

Ocorreu o que se denomina mudança de paradigma nas ciências da saúde. Santos; Westphal (1999; p. 71), definem paradigma segundo Khun (1975) como “o conjunto de elementos culturais, conhecimentos e códigos teóricos, técnicos ou metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica”. Portanto, ainda experimentamos as mudanças que estão ocorrendo no campo das práticas sanitárias, incluindo os determinantes sociais da saúde.

Por que enfatizar os determinantes sociais? Segundo o Ministério da Saúde (2006), porque os determinantes sociais têm um impacto direto na saúde; estruturam outros determinantes da saúde e são as ‘causas das causas’.

Portanto, apesar de sua inclusão na matriz curricular ainda ser bastante tímida, incipiente, ela já se iniciou e cada vez mais haverá a necessidade de se trabalhar seus conteúdos.

As disciplinas na área da Saúde Pública ou Saúde Coletiva foram citadas pelos coordenadores de todos os cursos, totalizando vinte e quatro disciplinas sob diferentes denominações. As disciplinas são: Sistemas de Saúde e Epidemiologia; Epidemiologia e Saúde Coletiva; Fisioterapia na Saúde Coletiva I e II; Introdução à Saúde Coletiva; Saúde Coletiva; Saúde e Sociedade I e II; Saúde da Comunidade; Introdução ao Estudo da Saúde; Saúde Pública e Políticas Públicas de Saúde.

A LDB em seu Art. 53 dispõe sobre as atribuições no exercício da autonomia das universidades, entre outras, autonomia para “fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes”.

Não existe nem na LDB, nem nas DCN, a obrigatoriedade de identificação de forma padronizada das disciplinas dos cursos de Graduação em Fisioterapia, portanto, existe

uma liberdade concedida às IES para denominarem as disciplinas conforme escolha de seu colegiado, desde que contemplem os conteúdos relacionados nas DCN.

Desta forma, se justificam os diferentes nomes dados à disciplina que contempla os conteúdos de conhecimentos relativos às políticas de saúde/saúde pública, para que se atenda ao sistema de saúde vigente no país, e a proposta de atenção integral.

Desde a Resolução 4, de 28 de fevereiro de 1983, a disciplina Saúde Pública vem sendo incluída nos conteúdos de conhecimentos gerais no curso de Fisioterapia. No entanto, como estratégia de fortalecimento do SUS, esta abordagem passou a constituir-se no eixo principal da formação nas áreas de saúde, tornando-se um dos principais pontos de avaliação dos cursos pelo MEC.

Em março de 2006, foi publicado um documento pelo Ministério da Educação, através da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) e INEP, intitulado “Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação”. Este documento teve como referência as DCN dos cursos, os padrões de qualidade da educação superior e os princípios e diretrizes do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES). Será utilizado para o reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos de Bacharelado, Licenciatura e Tecnologias, na modalidade presencial e à distância.

A qualidade das ações acadêmico-administrativas dos cursos depende, segundo o mesmo documento, do quadro docente, do corpo técnico-administrativo, dos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos, da infra-estrutura física e logística e do ambiente educacional.

Na categoria avaliativa que envolve a organização didático-pedagógica, encontra-se a avaliação do PPP do curso e a coerência do currículo face às DCN, como indicador imprescindível.

O parágrafo único das DCN determina que “A formação do Fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência [...]”.

Para que se desenvolvam habilidades e competências para atender ao SUS, torna-se necessário a existência de disciplinas que abordem o assunto, já que este é um dos problemas enfrentados para a efetivação do mesmo. Esta é uma nova área de conhecimentos em Fisioterapia, que passa a ter uma visão política da saúde e a compreender que seu papel enquanto profissional de saúde vai além de conhecimentos específicos, tecnológicos e com atuação voltada para a doença.

No relatório final da Oficina Regional para Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Fisioterapia – Regional Belo Horizonte – MG, ocorrida em 17 e 18 de agosto de 2006, na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG, foi documentado que “Foi consensual a necessidade de se obter maior clareza de conceitos relativos ao SUS, para orientação do processo formador”.

Essa foi uma observação feita às respostas obtidas com a primeira questão norteadora da referida oficina. A questão era a seguinte: “Como podemos avançar em nosso conhecimento sobre o SUS, permitindo seu pleno entendimento e favorecendo as relações parceiras e democráticas entre as IES (ensino, pesquisa e extensão), serviço e comunidade?”

As respostas foram as seguintes:

- Otimização das vias de esclarecimentos dos professores das IES sobre os princípios e diretrizes do SUS para que o processo de formação seja contextualizado à realidade do sistema de saúde.
- Capacitação dos Coordenadores de Curso e Docentes, a ser “gerenciada” pela ABENFISIO.
- Formação de um espaço tripartite de articulação na formação acadêmica: gestão do SUS, serviço e IES, favorecendo a desburocratização do sistema para implantação de projetos de ensino, pesquisa e extensão.
- Ampliação da responsabilidade das disciplinas curriculares sobre a compreensão e contextualização do SUS.
- Promoção de articulação entre Gestão do SUS, ABENFISIO e COFFITO.

- Rompimento com a visão de que estágio é treinamento técnico de teorias estudadas ao longo do curso, aplicando as habilidades e competências definidas nas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fisioterapia.
- Instituição de políticas de valorização de projetos de extensão: bolsas, incentivos a professores e estudantes;
- Garantia de modelo de extensão universitária como relação horizontal com a comunidade, sem assistencialismo.
- Garantia de processo educativo obrigatório em saúde pública e gestão para o docente.
- Integração do conhecimento e atuação de professores, funcionários e gestores através da criação de grupos de vivência e discussão.
- Criação de espaços coletivos de vivência e discussão também para promover a educação dos estudantes enquanto usuários, observadores e profissionais em formação inseridos no SUS.
- Diversificação dos cenários de aprendizagem e garantir inserção precoce do estudante na comunidade.
- Criação de responsabilidades para professores, gestores e funcionários pelas parcerias entre IES, serviços e comunidade, reafirmando seu compromisso social com o Estado e com a formação (ABENFISIO, 2006).

Portanto, notamos uma preocupação e uma busca por formas de se melhorar o entendimento sobre o SUS, e o que importa é que este conteúdo está presente nos cursos participantes desta pesquisa, possibilitando a inserção de “novos conceitos de saúde na formação do fisioterapeuta, além de outros aspectos do setor saúde” (SCHMIDT, 2002, p.109). Vale ressaltar que esta análise está pautada somente nos nomes das disciplinas, visto que apenas três coordenadores enviaram as ementas relacionadas à Saúde Pública (cursos 2, 3 e 13), apresentadas no quadro 4.

Quadro 4 – Disciplinas relacionadas à Saúde Pública e suas características, de acordo com documentos enviados pelos coordenadores.

CURSO	DISCIPLINA	PERÍODO	EMENTA	C. H.
Curso 2	Saúde Pública	1º	Estudo das condições da Saúde Pública da população brasileira no setor sócio cultural e compreensão das formas de atuação do profissional de saúde.	72 h/a
Curso 2	Bioestatística e Epidemiologia (presente no PPP).	3º	Abordagem de conhecimentos de estatística e epidemiologia, subsidiando a leitura e o trabalho científico na área de saúde e fornecendo ao aluno o conhecimento das principais medidas estatísticas utilizadas nas pesquisas científicas. Capacitação do aluno para aplicação destes conhecimentos, em pesquisas e trabalhos relacionados à sua prática profissional.	54 h/a
Curso 3	Saúde Pública	1º	Abordagem crítica e reflexiva da Saúde Pública no Brasil no que diz respeito aos temas: Conceito de Saúde, nosologia das principais endemias, Projetos nacionais e municipais em atenção à saúde, níveis de assistência à saúde e noções de gestão em Saúde Pública.	40 h/a
Curso 3	Epidemiologia e Saúde Coletiva	1º	Abordagem teórico-científica dos fundamentos da epidemiologia associada às políticas sociais de desenvolvimento a nível nacional e municipal e abordagem crítica e reflexiva dos princípios e diretrizes do SUS.	40 h/a
Curso 3	Parasitologia	2º	(Não enviado pela IES).	40 h/a
Curso 3	Metodologia da Pesquisa III	3º	Abordagem crítica e reflexiva da Metodologia da pesquisa qualitativa, elaboração dos projetos de pesquisa com perspectiva qualitativa com enfoque sociológico e da saúde pública.	20 h/a
Curso 13	Saúde Pública I	4º	Estudar o processo histórico-social do sistema de saúde no Brasil e a construção das políticas públicas de saúde até o advento do Sistema Único de Saúde – SUS. Analisar a situação de saúde no Brasil conhecendo as patologias de impacto para Saúde Pública e programas de promoção/prevenção das mesmas.	36 h/a
Curso 13	Saúde Pública II	7º	Estudar o processo histórico-social do sistema de saúde no Brasil e a construção das políticas públicas de saúde, até o advento do Sistema Único de Saúde – SUS, que propõe um modelo assistencial de vigilância à saúde, definindo suas estratégias de organização e as responsabilidades em cada nível de governo.	36 h/a 18 h/a teóricas; 18 h/a práticas.

Fonte: Documentos enviados pelos coordenadores dos cursos pesquisados.

Na ementa da disciplina “Saúde Pública” referente ao curso dois, notamos uma abordagem “das condições da Saúde Pública da população brasileira no setor sócio cultural”. Leva-nos a refletir sobre as condições da saúde pública nos reportando ao conceito ampliado de saúde.

Num segundo momento, a ementa faz referência à “compreensão das formas de atuação do profissional de saúde”. Essa é uma colocação interessante já que a partir dela podem ser feitas reflexões não somente sobre as formas de atuação, mas também sobre os níveis de atuação profissional, diante do novo paradigma da saúde.

Apesar de não ter citado como resposta a questão sobre as disciplinas relacionadas à saúde pública oferecida pelo curso dois, a disciplina “Bioestatística e Epidemiologia” está presente no PPP do curso enviado pela IES participante do estudo, e tem sua importância ressaltada dentro da graduação em área de saúde.

A ementa da disciplina “Saúde Pública” do curso três, faz referência a uma “Abordagem crítica e reflexiva da Saúde Pública no Brasil [...]”. Esse tipo de abordagem é sugerido pelas DCN, levando o aluno a reflexões e críticas sobre a saúde pública no país, assim como sobre os temas apresentados a seguir: “conceito de Saúde, nosologia das principais endemias, projetos nacionais e municipais em atenção à saúde, níveis de assistência à saúde e noções de gestão em Saúde Pública”.

As discussões a respeito do conceito de saúde são fundamentais para o entendimento do paradigma da saúde. O conhecimento sobre os projetos realizados a nível nacional e que muitas vezes são direcionados a todo o país, e, principalmente, o conhecimento dos projetos municipais em atenção à saúde, são de relevância indiscutível para que se consiga visualizar o que existe e construir propostas de realização e execução de novos projetos em nível local.

O conhecimento da nosologia das principais endemias e dos níveis de assistência à saúde, leva a reflexões sobre ações estratégicas de saúde. E as noções de gestão em Saúde Pública, vão ao encontro das competências e habilidades que o profissional fisioterapeuta deve desenvolver ao longo de sua formação, de acordo com as DCN.

A ementa da disciplina “Epidemiologia e Saúde Coletiva”, também oferecida pelo curso três, faz referência a “abordagem teórico-científica dos fundamentos da epidemiologia associada às políticas sociais de desenvolvimento a nível nacional e municipal”. Esta abordagem, somada a abordagem citada da disciplina “Saúde Pública”, ambas oferecidas no primeiro período deste curso, fazem com que se desperte no aluno uma

visão reflexiva sobre os determinantes de saúde e sobre as possíveis formas de intervenção, especialmente sobre a realidade local.

Em seqüência faz referência a uma abordagem crítica e reflexiva dos princípios e diretrizes do SUS. Como citado anteriormente, os conhecimentos sobre a política de saúde vigente, seus princípios e suas diretrizes são essenciais para a compreensão da saúde pública do país.

Apesar de ser uma disciplina que aborda a doença, a “Parasitologia” traz reflexões sobre as principais doenças de origens parasitárias ainda comuns no Brasil. Na maioria das vezes, são doenças de fácil controle através de medidas preventivas realizadas utilizando-se de educação em saúde. A ementa da referida disciplina não foi disponibilizada por nenhuma das instituições.

A disciplina “Metodologia da Pesquisa III”, deste mesmo curso, também enfoca a saúde pública, quando aborda a “elaboração de projetos de pesquisa com perspectiva qualitativa com enfoque sociológico e da Saúde Pública”.

Percebemos que nesta instituição existe uma preocupação e um interesse em construir com o seu aluno conhecimentos acerca da saúde pública no Brasil, levando-o a realizar reflexões e críticas sobre a atuação do profissional de saúde. Deve-se destacar ainda que essa abordagem tem início nos períodos iniciais do curso, parecendo existir um trabalho de interação interdisciplinar. São oferecidas cinco disciplinas relacionadas a saúde pública do 1º ao 3º períodos. Percebemos ainda, uma preocupação com o desenvolvimento da formação científica de seus alunos, voltada também para a área de saúde pública.

A ementa das disciplinas “Saúde Pública I e II”, referentes ao curso treze, faz uma abordagem do “processo histórico-social do sistema de saúde no Brasil e a construção das políticas públicas de saúde até o advento do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Acreditamos que esse conhecimento histórico seja realmente necessário, pois muitos profissionais da área da saúde desconhecem a história da saúde pública no Brasil. A partir do conhecimento histórico torna-se mais fácil a compreensão das realidades atuais, e ainda proporcionam uma visão ampliada dos aspectos sócio-econômico-culturais relacionados à saúde pública.

A segunda parte desta ementa refere-se a “analisar a situação de saúde no Brasil conhecendo as patologias de impacto para Saúde Pública e programas de promoção/prevenção das mesmas”. Realizar a análise da situação de saúde no Brasil a partir do conhecimento das patologias de impacto para a saúde pública, parece ser uma visão de certo modo reducionista dos aspectos relacionados à saúde, apesar de sua relevância para a elaboração de estratégias de ações preventivas e promotoras de saúde.

A segunda parte da ementa da disciplina “Saúde Pública II”, oferecida no sétimo período do curso treze, parece fazer uma abordagem mais aprofundada do SUS, e de suas estratégias de organização, quando cita que o mesmo “propõe um modelo assistencial de vigilância à saúde, definindo suas estratégias de organização e as responsabilidades em cada nível de governo”.

Esta disciplina (Saúde Pública) acaba levando à diferentes abordagens pelas IES em estudo, sendo oferecida em diferentes períodos, apesar de estar presente principalmente nos períodos iniciais; e cargas horárias também livres, variando de acordo com os objetivos de cada curso. Porém, como já citado, o importante é que passou a fazer parte da matriz curricular e cada vez se faz mais presente nos cursos de graduação em Fisioterapia.

Schmidt (2002, p.108), faz uma observação interessante em seu estudo, quando se refere à disciplina Saúde Pública. Em sua dissertação sobre “Os Cursos de Fisioterapia no Paraná frente aos Conceitos Contemporâneos de Saúde”, realizado em Londrina, em 2002, comprovou a existência da disciplina nos cursos pesquisados naquele Estado. Mas, lembra

que “a prática profissional mostra outra realidade, com uma falta de tradição e uma ausência quase completa da visão e do domínio das questões de saúde pública do país por parte desses profissionais”. E ainda acredita que o tratamento dado à essa disciplina na formação acadêmica merece maior reflexão.

Por outro lado, a disciplina “Epidemiologia” que hoje apresenta uma importância crucial para uma ação integral do profissional, foi citada em nosso estudo, sua existência em apenas três IES, sendo, inclusive oferecida como disciplina optativa em uma delas (Curso 1, sem ementa). Verificamos que ainda não se apresenta de forma efetiva nos currículos de Fisioterapia. Por mais que a presença desta disciplina no curso de Fisioterapia pareça incipiente, demonstra, por outro lado, o início de uma mudança a partir de sua valorização na formação do profissional da área.

Não podemos perder de vista que as Diretrizes Curriculares datam de 2002, muito recente para mudanças tão profundas. Devemos também pensar na possibilidade do conteúdo de epidemiologia estar presente no conteúdo de outras disciplinas como, por exemplo, Saúde Pública, como é o caso do curso treze. No conteúdo programático da disciplina “Saúde Pública I”, foi citado como unidade de ensino “Epidemiologia” e seus aspectos básicos.

Segundo Czeresnia e Freitas (2003, p.49), os conceitos epidemiológicos são a base do discurso sanitário preventivo. Epidemiologia é definida como a “ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (e fenômenos e processos associados) em populações humanas”. Também é definida como a abordagem dos fenômenos da saúde-doença por meio da quantificação, “entendida no sentido amplo como o estudo do comportamento coletivo da saúde e da doença” (PEREIRA, 2000, apud FRANCO; PASSOS, 2005, p. 31). Atualmente pode-se dizer que a epidemiologia “constitui a principal ciência de informação em saúde” (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002, p. 1).

O Art. 6º das DCN cita que os conteúdos essenciais para o curso de graduação em Fisioterapia “devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional proporcionando a integralidade do cuidar em Fisioterapia”, devendo contemplar estudos epidemiológicos (CNE/CES, 2002).

Portanto, como atuar em promoção de saúde sem os conhecimentos de epidemiologia? Esta se tornou uma disciplina básica para se programar as formas de atuação e o desenvolvimento de estratégias de ações condizentes com a realidade encontrada.

4.2.1.2 Disciplinas para formação específica do fisioterapeuta em saúde pública

Conforme os dados apresentados no quadro 2, doze (80%) cursos, segundo informações disponibilizadas pelos seus coordenadores, oferecem as disciplinas Fisioterapia Preventiva e Ergonomia (cursos 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15).

As disciplinas que retratam atuações da fisioterapia numa visão preventiva são aquelas que estão vinculadas “a uma atuação em nível primário, podendo-se conceber como uma ampliação do campo profissional, que busca garantir a visão de um modelo de atenção integral à saúde” (SCHMIDT, 2002, p.109).

Algumas vezes a Fisioterapia Preventiva parece intimamente relacionada (outras vezes somente relacionada) à Fisioterapia em Ergonomia, abrangendo a Saúde do Trabalhador, como ocorreu no XVI Congresso Brasileiro de Fisioterapia (São Paulo, 2005).

Naquele Congresso fazia parte da programação uma Mesa Redonda com o tema Fisioterapia Preventiva, em que as experiências (dignas de aplausos) de seus integrantes,

eram relacionadas somente à “Saúde do Trabalhador”, sendo motivo de questionamento de minha parte. Por esse motivo, e por se tratar de uma forma de prevenção em fisioterapia, esta disciplina tornou-se integrante dessa categoria de análise dos dados.

O quadro 5, a seguir, traça um perfil das disciplinas relacionadas à Fisioterapia Preventiva, com os dados coletados nas ementas enviadas pelos coordenadores dos cursos 1, 2 e 13.

Quadro 5 - Disciplinas relacionadas a Fisioterapia Preventiva dos cursos em que os coordenadores enviaram as ementas para realização do estudo

CURSOS	DISCIPLINA	PERÍODO	EMENTA	CARGA HORÁRIA
Curso 1	Fisioterapia Preventiva – Fisioterapia e Políticas de Saúde	8º	Conceitos da Sociologia das profissões. Processo de profissionalização do fisioterapeuta na área da saúde. História e contextualização da Política de Saúde no Brasil.	75 h/a
Curso 2	Fisioterapia Preventiva	2º ano (regime letivo anual).	Atuação fisioterápica preventiva em situações específicas de atendimento primário, nas áreas: ortopédica, traumatológica, reumatológica, pediátrica, ginecológica, obstétrica, geriátrica, cardiológica, pneumológica, esportiva, prevenção dos males posturais e acidentes do trabalho.	54 h/a
Curso 2	Ergonomia	3º ano (regime anual).	Fundamentar a atuação da Fisioterapia no campo da prevenção de doenças ocupacionais e alterações posturais presentes nas atividades de vida diária, fornecendo elementos teóricos e práticos para que o aluno desenvolva ações preventivas junto a essas alterações.	36 h/a.
Curso 13	Ergonomia	6º	Atenção a grupos especiais, escola de postura, saúde do idoso, saúde do escolar, saúde do trabalhador, condições ambientais, construções, saneamento e coleta de lixo, formas de relacionamento comunidade e serviços da saúde.	54 h/a, (18 h/a de teoria e 36 h/a de prática).

Fonte: Documentos enviados pelos coordenadores dos cursos 1, 2 e 13 do estudo.

Analisando a ementa do curso 1, percebemos a importância dos conceitos que são trabalhados, desde a sociologia das profissões; o processo de profissionalização do fisioterapeuta na área da saúde; a história e contextualização da Política de Saúde no Brasil. Essa disciplina apresenta como objetivo “desenvolver capacidade crítica-reflexiva sobre os

diferentes aspectos da realidade da população, percebendo a importância do fisioterapeuta como ator social neste cenário” (PPP, CURSO 1).

Existe a preocupação de se estudar o processo de profissionalização do fisioterapeuta na área de saúde, ao que parece fazendo uma reflexão sobre sua atuação na saúde pública.

Já o curso dois, no plano de ensino da disciplina “Fisioterapia Preventiva”, descreve como objetivo “propiciar ao aluno conhecimento das possibilidades da atuação da fisioterapia nos diferentes níveis de prevenção”; devendo capacitá-lo “quanto ao conhecimento prático dos recursos e técnicas fisioterápicas utilizadas nos diferentes níveis de prevenção”, preparando-o para “atuar em projetos de ação comunitária, como membro integrante da equipe de saúde”.

Nestes objetivos da disciplina percebemos haver uma preocupação com a atuação fisioterapêutica nos diferentes níveis de atenção, integrando equipe de saúde, e ainda propondo um reconhecimento prático dos recursos e técnicas utilizadas para essa atuação.

Apesar de sua ementa referir-se a atuação fisioterápica em situações “específicas de atendimento primário, nas áreas: ortopédica, traumatológica, reumatológica, pediátrica, ginecológica, obstétrica, geriátrica, cardiológica, pneumológica, esportiva, prevenção dos males posturais e acidentes do trabalho”, notamos a importância de ações preventivas, mesmo que sejam relacionadas a áreas específicas de atuação profissional.

Esse atendimento está relacionado a áreas especializadas como ortopedia, pediatria, ao passo que no objetivo da disciplina está explícito capacitar o aluno “quanto ao conhecimento prático dos recursos e técnicas fisioterápicas utilizadas nos diferentes níveis de prevenção”, reforçando a ideia de ações tecnicistas. Parece contraditório o que está relacionado na ementa e o que se apresenta no objetivo da disciplina. Consideramos que realmente estejamos confusos ainda com relação a alguns conceitos, mas consideramos

também as tentativas de buscar formas de atuação em atenção primária. Como citado por um dos coordenadores, “não existe um modelo de atuação”, estamos construindo este modo de atuação.

Percebemos diferentes abordagens, dos cursos 1, 2 e 13, relacionadas à mesma disciplina: Fisioterapia Preventiva. Em uma instituição (Curso 1), existe uma abordagem política, preocupada com o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo dos alunos, levando-os à percepção da importância da inclusão do fisioterapeuta como “ator social” dentro do sistema de saúde vigente.

Na outra instituição (Curso 2), parece-nos existir a preocupação com a atuação fisioterapêutica nos diversos níveis de atenção à saúde, porém com um enfoque voltado para as especialidades (modelo flexeneriano), o que possibilitou supor que esta disciplina se desenvolve a partir das disfunções apresentadas em cada área citada (ortopedia, reumatologia, etc.), porém sendo ressaltadas as ações preventivas.

Esta suposição foi confirmada quando se passou a analisar o conteúdo programático com a descrição das unidades de estudo como, por exemplo, a Unidade II, sobre “Fisioterapia Preventiva na Comunidade” que inclui: “orientação familiar, detecção precoce da patologia, divulgação, dinâmica”. A expressão “detecção precoce da patologia” faz referência ao nível secundário de prevenção.

A disciplina está subdividida em unidades como foi dito, entre elas: atuação em empresas, construções civis e instituições escolares; prevenção das algias vertebrais e outras patologias; atuação da fisioterapia preventiva no hospital geral; atuação preventiva em ortopedia e traumatologia; em problemas respiratórios; em cardiologia; em ginecologia e obstetrícia; em pediatria; em queimados; em geriatria e gerontologia; na prática esportiva e em hanseníase.

Esta é uma abordagem ampla, dentro das diversas especialidades em que o fisioterapeuta vem atuando; uma abordagem nos três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário.

Rebelatto e Botomé (1999, p.181), fazem uma observação quanto aos objetivos das disciplinas dos cursos de graduação do país, reafirmando “a ausência de propostas práticas de orientação da aprendizagem na direção de novas alternativas de assistência à saúde”. Afirmam que os objetivos insistem na ênfase em preparar o aluno para executar técnicas de tratamento “sem propor ou sugerir outras possibilidades de atuação profissional”, como as utilizadas em prevenção e/ou promoção de saúde, como técnicas de educação em saúde, participação em reuniões de conselho municipal de saúde, e outras.

Segundo Schwingel (2002, p. 234, apud BARROS), “[...] raros são os colegas que têm por prática comparecer às conferências de saúde e aos conselhos de saúde”. O autor considera imprescindível a presença do fisioterapeuta nestes espaços, em que as decisões sempre terão alguma repercussão sobre nossa atuação profissional, ainda que restrita à clínica privada.

De acordo com as Resoluções do Congresso Brasileiro de Ensino em Fisioterapia, ocorrido em abril de 2003, e relacionadas no documento intitulado “Carta de Vitória”, foi desenvolvido um “Referencial de Qualidade no Ensino em Fisioterapia”, partindo-se da análise da situação atual do ensino em fisioterapia.

Neste documento é proposta a garantia da transversalidade dos conteúdos das disciplinas “Fisioterapia Preventiva” e “Ética” “ao longo de todo o curso de graduação”, como um dos requisitos para se alcançar a qualidade da formação em Fisioterapia (ABENFISIO, 2006).

Podemos considerar que as duas abordagens (Cursos 1 e 2) são importantes e fazem parte da Fisioterapia Preventiva, mesmo que ainda exista uma preocupação maior com a doença do que com a saúde, apesar da mudança do paradigma da saúde.

A disciplina “Ergonomia” é citada por quatro cursos (curso 8, 11,12 e 13), mas tivemos acesso somente às ementas dos cursos 2 e 13, que gentilmente as enviaram para a realização do presente estudo.

Apesar de não ser citada na resposta do curso dois, esta disciplina faz parte da matriz curricular vigente e do PPP do curso, os quais foram enviados pelo coordenador.

Percebemos que na ementa da disciplina no curso dois, existe uma abordagem preventiva, porém relacionada a fatores de risco pré-existentes: “prevenção de doenças ocupacionais e alterações posturais”, além de preparar o aluno para desenvolver ações preventivas “junto a essas alterações”, ou seja, prevendo-se encontrar alterações nos indivíduos a serem assistidos. Este quadro nos leva a refletir sobre nossa dificuldade em realizar ações que não estejam relacionadas à patologias ou áreas especializadas. Consideramos, no entanto, que estas iniciativas merecem ser valorizadas e incentivadas para que possamos aprender, a partir das práticas intervencionistas, a fazer promoção de saúde.

Também o curso treze enviou o conteúdo programático da disciplina “Ergonomia”, como citado anteriormente, oferecida no sexto período num total de 54 horas/aula, distribuídas em 18 horas/aula de teoria e 36 horas/aula de práticas.

Segundo o que foi descrito nesta ementa, reconhecemos uma abordagem mais ampla, diferenciada pela inclusão de “condições ambientais, construções, saneamento e coleta de lixo”, intimamente relacionadas ao conceito de promoção de saúde.

Outra questão que ainda não havia sido abordada pelos cursos estudados e de importância singular envolve “formas de relacionamento comunidade e serviços de saúde”. Consideramos que esta é uma abordagem que leva o aluno a reflexões sobre esse tipo de

relacionamento, as dificuldades encontradas na adesão da comunidade aos serviços de saúde, o conhecimento das realidades locais, enfim todos os aspectos que envolvem um relacionamento.

Essa ementa nos faz pensar numa atuação intersetorial da promoção de saúde, envolvendo outros setores além da saúde como o da infra-estrutura, saneamento, planejamento urbano, entre outros. Desta forma tornando possível uma visão ampliada do conceito de saúde, além de uma visão crítica, política, em que o profissional de saúde se vê inserido em ações multiprofissionais, intersetoriais e interdisciplinares.

Entre os elementos comuns que devem ser desenvolvidos nos cursos de graduação em áreas da saúde, destaca-se a competência para trabalhar em conjunto com outros profissionais da área. Neste contexto, destaca-se a interdisciplinaridade, definindo-a, segundo Saupe et al.(2005), “como a relação articulada entre diferentes profissões da saúde”, ou seja, “a possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas de cada profissão”.

Para que a interdisciplinaridade se torne uma forma natural de trabalho, e se mantenha como um dos conceitos nucleares para a consolidação das políticas públicas de saúde, é necessário que:

[...] ultrapasse as arrogâncias pessoais, a necessidade de exercer poder sobre os outros e a tradição de centralizar os profissionais, deslocando para a periferia do processo o sujeito que sofre por adoecimento, por falta de conhecimento ou energia para se cuidar, logo necessitando de atenção, assistência, informação [...] (SAUPE et al., 2005, p. 524).

A integralidade sendo o eixo da reforma sanitária que justifica o trabalho em equipe, contribui para as práticas interdisciplinares, na atuação de diferentes profissionais, especialmente na equipe de saúde da família. Aí são necessárias habilidades para identificação

de problemas e dificuldades, além da superação destas dificuldades, contribuindo para o crescimento interno do cotidiano da equipe.

Portanto, a escola deve assegurar uma formação voltada para competências e habilidades, mas não aquela competência técnica de quem consegue realizar a mesma tarefa com perfeição, mas competência para também avaliar o contexto político, social e humano.

Competências e habilidades que permitem aos alunos o debate amplo, uma visão crítica das realidades encontradas, transcendendo a perspectiva biológica, através de conhecimentos construídos, levando o estudante ao “enfrentamento de aprendizagens significativas, fazendo-o se sentir desafiado frente a situações reais de vida e trabalho” (MARQUES, 2002, p. 20).

4.2.2 Estágios oferecidos para atuação na área de promoção de saúde

Com relação ao desenvolvimento dos estágios curriculares, segundo o parágrafo único das DCN, deverá ser assegurada a prática de intervenções preventivas e curativas nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde, etc. (CNE/CES, 2002).

De acordo com a Carta de Vitória, citada anteriormente, também fica deliberado que os currículos devem “contemplar experiências práticas desde os períodos iniciais do curso de forma a preparar o aluno para o estágio curricular, oportunizando a atuação fisioterapêutica em atenção primária, secundária e terciária, de forma equilibrada” (ABENFISIO, 2006).

Direcionados pelos objetivos deste estudo, questionamos os coordenadores das IES sobre o oferecimento de estágios nas áreas de Saúde Pública/Saúde da Comunidade e/ou Fisioterapia Preventiva. Os coordenadores foram unânimes e responderam sim.

Desta forma, a caracterização do perfil dos profissionais de fisioterapia para atuação na área de promoção de saúde no que diz respeito aos estágios foi realizada em função do período em que os estágios são realizados, locais, descrição das atividades propostas e estratégias didáticas.

4.2.2.1 Períodos em que os estágios são oferecidos

Sob este aspecto, na questão oito, perguntamos “A partir de que ano ou semestre o(s) estágio(s) é (são) oferecido(s)?”. Os coordenadores dos cursos 1 e 3 incluíram em suas respostas os locais em que os estágios são oferecidos. Os demais coordenadores não fizeram, neste momento, menção aos locais de seus estágios. O quadro 6, a seguir, apresenta os resultados obtidos.

Quadro 6 - Períodos em que os estágios são oferecidos pelos cursos participantes da pesquisa.

CURSOS	INÍCIO DOS ESTÁGIOS/PERÍODOS EM QUE SÃO OFERECIDOS	LOCAIS EM QUE SÃO OFERECIDOS
CURSO 1	9º período	UBS (PSF e UBS tradicional); ambulatório do Hospital Universitário; clínicas conveniadas.
	10º período	Ambulatório de Fisioterapia pediátrica; APAE; Hospital Universitário; Hospital Municipal da Prefeitura; clínicas conveniadas.
CURSO 2	4ª série (regime letivo anual).	
CURSO 3	1º e 2º períodos (observação e pesquisa de campo); 8º período (estágio supervisionado).	Postos de saúde e internatos rurais.
CURSO 4	3º período.	
CURSO 5	Currículo 1(8º e 10º período); currículo 2 (1º, 2º e 8º períodos).	
CURSO 6	7º período.	
CURSO 7	10º período.	
CURSO 8	4º período (ensino clínico); 6º ao 8º períodos (estágio supervisionado).	
CURSO 9	8º período.	
CURSO 10	Do 7º ao 10º período.	
CURSO 11	7º e 8º períodos.	
CURSO 12	2º, 4º e 6º períodos (observação); 7º e 8º períodos (estágio supervisionado curricular).	
CURSO 13	7º e 8º períodos.	
CURSO 14	7º e 8º períodos.	
CURSO 15	8º período (currículo integralizado em 4 anos); 10º período (currículo integralizado em 5 anos).	

Fonte: Questionários respondidos.

Observamos que existe uma tendência de se iniciarem os estágios nos primeiros anos do curso. Nestes casos, os estágios parecem ser de caráter observacional. Essa tendência também foi encontrada em relação aos estágios curriculares a partir do sexto período, apesar de dez IES ainda manterem seus estágios somente a partir do sétimo período (cursos 1, 2, 5 {currículo 1}, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14 e 15).

De acordo com o Art. 13 das DCN, item 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).

Alguns documentos legais como a Lei nº. 6.494, de 7 de dezembro de 1977 (Legislação Específica de Estágio), e no caso da Fisioterapia a Resolução nº. 139, de 28 de novembro de 1992 e a Resolução nº. 153, de 30 de novembro de 1993, do COFFITO, dispõem sobre as atribuições do exercício das responsabilidades técnicas nos campos assistenciais da Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dos estágios.

No Art. 7º da Resolução 139 fica determinada como atribuição do profissional responsável técnico, “observar que os estágios curriculares, sempre que oferecidos, o sejam de acordo com a Lei nº. 6.494/77”. Estes estágios devem seguir os seguintes critérios:

- I – Só poderá ser realizado, com a interveniência, obrigatória, da Instituição de Ensino Superior.
- II – Só poderá ocorrer a partir do 6º período da graduação, por ser parte do ciclo de matérias profissionalizantes, consoante com a Resolução CFE nº. 4/83 (COFFITO, 2006).

Parece existir uma incoerência entre as DCN e as leis que dispõem sobre estágios para cursos superiores de Fisioterapia. Não foi encontrado nenhuma outra Resolução ou documento referente aos estágios após a homologação das DCN.

O COFFITO faz referência à Lei de Estágios de 1977 e à Resolução do Conselho Federal de Educação nº. 4, de 28 de fevereiro de 1983, em que o currículo era subdividido em quatro ciclos (currículo mínimo). Portanto, a partir das recomendações das novas diretrizes (2002), de se iniciar as atividades práticas de Fisioterapia gradualmente, desde o início do curso, nenhuma alteração ou novos critérios foram acrescentados à Lei, deixando as IES inseguras quanto a iniciar precocemente seus estágios, receosos de estarem infringindo a Resolução do COFFITO.

Este órgão é fiscalizador do exercício profissional e das práticas de estágios curriculares, podendo punir o profissional responsável técnico que for conivente com as

práticas que estiverem fora das determinações da Resolução. Por esse motivo a insegurança dos profissionais e IES.

Por outro lado, podemos refletir sobre a proposta das DCN de integrar teoria e prática, porém num nível diferente do estágio profissionalizante. As DCN fazem referência ao início gradual “devendo possuir complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida (atividades clínico – terapêuticas)”. Olhando por este lado, as Resoluções do COFFITO não impedem, legalmente, a realização dos estágios observacionais ou do ensino clínico, além de pesquisa de campo, como relatados pelos coordenadores dos cursos 3, 8 e 12. De qualquer forma falta, no COFFITO, um documento que regule esse estágio de uma forma mais explícita.

O que podemos perceber é que houve uma mudança no perfil do aluno que as IES estão recebendo, assim como do perfil do aluno que se pretende formar, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, em consonância com as DCN. Como diminuir a desmotivação dos alunos para o aprendizado, decorrente da desvinculação entre teoria e prática? Os alunos de hoje não aceitam mais essa desvinculação, até mesmo pelas próprias metodologias (ativas) adotadas por alguns docentes os quais deverão agir como facilitadores e mediadores do processo ensino-aprendizagem. O PPP do curso deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, pesquisa e a extensão/assistência, segundo o Art. 9º das DCN.

Consideramos que o mais sensato e urgente, seria um posicionamento do COFFITO em relação aos estágios, baseado no que propõem as diretrizes e que, felizmente encontra-se relacionado no plano de ação divulgado por este Conselho para a gestão 2004-2008.

Na publicação feita através da Revista “COFFITO” nº. 25 (2006, p.17), com relação aos estágios curriculares e práticas, a ação a ser realizada é a seguinte: “Reavaliar as

Resoluções 139 e 153 do COFFITO, referente à regulamentação dos estágios curriculares junto às Instituições de Ensino”. Esperamos que com essa reavaliação os estágios e práticas possam estar em acordo com as propostas metodológicas das diretrizes curriculares.

Os coordenadores dos cursos 1 e 2 enviaram as ementas dos estágios supervisionados que são oferecidos por seus cursos, nas áreas relacionadas à saúde pública/saúde da comunidade e/ou fisioterapia preventiva. No quadro 7, a seguir, apresentamos como os estágios são desenvolvidos por cada curso.

Quadro 7 - Estágios oferecidos nas áreas de saúde pública/saúde da comunidade e/ou fisioterapia preventiva, informados pelos coordenadores dos cursos 1 e 2.

CURSOS	ESTÁGIO	PERÍODO	EMENTA	C. H.
Curso 1	Estágio supervisionado em fisioterapia em atenção primária à saúde.	9º	Proporcionar ao acadêmico de Fisioterapia a prática profissional na atenção primária à saúde, consolidar e complementar conceitos teóricos das disciplinas precedentes e desenvolver habilidades e competências neste nível de atenção, buscando atuação interdisciplinar com os demais profissionais.	200 h/a.
Curso 2	Estágio Supervisionado II.	5º ano (regime letivo anual)	Vivência do aluno, através de prática autônoma, mas com supervisão direta do professor responsável em instituições hospitalares e ambulatoriais e no Internato Rural e Metropolitano desenvolvendo com competência e conhecimentos necessários para intervenção fisioterapêutica adequada. Desenvolvimento de atitudes e habilidades compatíveis ao futuro Fisioterapeuta.	1.200 h/a.

Fonte: Documentos enviados pelos coordenadores dos cursos 1 e 2.

Segundo o que foi descrito no conteúdo programático, a ementa do estágio do curso 1 é bastante rica, trazendo uma nova abordagem à formação do profissional de Fisioterapia, especialmente quando cita: “Proporcionar ao acadêmico de Fisioterapia a prática profissional na atenção primária à saúde”. Continua ainda com “consolidar e complementar conceitos teóricos das disciplinas precedentes”. Essa é realmente uma abordagem em que o aluno tem condições de desenvolver na prática os conhecimentos adquiridos nas disciplinas teóricas, construídos a partir de vivências “*in loco*” das realidades da população.

Essa abordagem é reforçada a partir do desenvolvimento de “habilidades e competências neste nível de atenção, buscando atuação interdisciplinar com os demais profissionais”. A interdisciplinaridade é própria da promoção de saúde e das ações preventivas.

Na ementa do estágio do curso dois, é citada a “Vivência do aluno, através de prática [...]”, descrevendo os locais de estágio “em instituições hospitalares e ambulatoriais e no Internato Rural e Metropolitano”. Esse curso é um dos que oferecem a oportunidade do aluno desenvolver práticas em internato rural e metropolitano. Outro aspecto a se considerar é o de desenvolver o estágio, “com competência e conhecimentos necessários para intervenção fisioterapêutica adequada”.

O curso três não enviou ementas de estágios, porém enviou a descrição de um projeto de intervenção do estágio de internato rural, intitulado: “A importância do fisioterapeuta dentro do programa de saúde da família”.

Cita como objetivos: conhecer a realidade das famílias dos municípios onde se encontra instalado o estágio do internato; prestar atendimento fisioterapêutico domiciliar; mostrar o valor da fisioterapia preventiva; reorientar as práticas de atenção à saúde através do foco de atuação na família; integrar o fisioterapeuta à equipe multidisciplinar do PSF.

Mais uma vez podemos perceber as iniciativas de se adequar a atenção fisioterapêutica à atenção primária à saúde, valorizando sua atuação e buscando integrá-lo à equipe multiprofissional da ESF.

4.2.2.2 Locais em que os estágios são oferecidos

Outro aspecto levantado no questionário sobre o tema estágio foi sobre os locais de realização dos mesmos, através da questão nove. Nesta questão, os coordenadores poderiam marcar mais de uma opção, dentre as seguintes: Ambulatórios, Asilos, Clínicas, Creches, Empresas, Escolas, Hospitais, Núcleo de Atenção Integral (SUS), Unidades Básicas de Saúde/Posto de Saúde/Unidade de Saúde da Família, ou outros, devendo especificar o que chamou de outros campos de estágio.

O quadro 8, a seguir, apresenta um perfil dos cursos pesquisados com relação aos campos de estágios que oferecem aos seus alunos.

Quadro 8 - Locais de realização de estágios na área de saúde pública informados pelos coordenadores dos cursos participantes da pesquisa.

Cursos	INSTITUIÇÕES EM QUE OS ESTÁGIOS SÃO OFERECIDOS										
	Saúde					Educação	Empresas	Instituições que atendem a populações específicas.			
	UBS/ USF/ Posto de Saúde	NAI	Ambu- latório	Hospi- tal	Clínica	Escola		Crianças/ creches	Idosos Asilos	Portadores de necessidades especiais	Atletas
Curso 1	x		x	x	x		x			x	
Curso 2	x	x	x	x	x	x		x	x		
Curso 3	x		x	x	x	x	x		x	x	
Curso 4	x		x	x	x		x	x			
Curso 5	x		x	x		x	x		x		
Curso 6	x			x	x		x		x		
Curso 7	x	x	x	x	x						
Curso 8	x			x	x	x		x			
Curso 9	x	x	x	x							
Curso 10	x		x			x			x		
Curso 11	x						x				
Curso 12	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Curso 13	x		x		x			x		x	x
Curso 14	x		x	x					x		
Curso 15	x			x					x	x	

Fonte: Questionários respondidos pelos coordenadores dos cursos participantes do estudo.

É interessante observar que em todas as IES participantes do estudo, estágios são oferecidos em locais em que se realizam ações de atenção primária à saúde, seja em

UBS/Posto de Saúde/USF, mostrando o envolvimento das IES com as recomendações das Diretrizes Curriculares, e com o sistema de saúde vigente.

Podemos, então, notar que existe um movimento das IES na direção de reformulação de seus projetos e adequação às novas exigências em termos de priorização da atenção primária à saúde.

No Relatório Final da Oficina Regional para a Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Fisioterapia, citado anteriormente, uma das conclusões sobre a questão norteadora quatro “Como desenvolver a integração entre SUS e formação acadêmica (Projeto Político Pedagógico: matriz curricular, metodologias de ensino e avaliação), considerando seus diferentes interesses e necessidades, dos serviços, do ensino e da população?” foi: “Priorizar as vivências práticas do discente com as interfaces do SUS, desde o início da graduação, fomentando a interdisciplinaridade”.

Para melhor análise desses dados, foram encontradas quatro categorias dos locais de desenvolvimento dos estágios, de acordo com as respostas obtidas através do questionário. São elas: saúde; educação; empresa; e, instituições que atendem populações específicas, como asilos, creches, academias.

Podemos concluir que além dos estágios nas UBS/Posto de Saúde/USF, citado por todos os coordenadores e relatado anteriormente, os locais de estágios foram citados na seguinte proporção: 13 IES (86,67%) oferecem estágios em Hospitais; 11 (73,34%) em ambulatórios; 10 (66,67%) em Clínicas; e 06 IES (40%) marcaram a opção Núcleo de Atenção Integral (SUS).

O Núcleo de Atenção Integral (NAI) foi criado a partir da Portaria nº. 1.065, de 04 de julho de 2005, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde, num trabalho conjunto com equipes de saúde da família, devendo estar articulado com os serviços de referência existentes. Cada NAI deverá dar suporte a cerca de 9 a 11

equipes de saúde da família. São constituídos por quatro modalidades de ação em saúde, porém não é necessário que o município implante todas as modalidades, dependendo de sua necessidade.

Os estágios desenvolvidos em escolas foram citados por seis coordenadores (40%).

O desenvolvimento de estágios em empresas foi incluído nas respostas de sete coordenadores (46,67%). Esta também é outra abordagem preventiva, podendo ser considerada como ações de proteção específica. Proteção específica aqui conceituada como medidas aplicáveis a determinadas doenças ou grupo de doenças, como os riscos ocupacionais, na área da ergonomia e que constitui, juntamente com a promoção de saúde, no nível de prevenção primária, segundo Rouquayrol; Almeida Filho (1999).

Quanto ao atendimento a populações especiais, incluídos os estágios em creches, asilos, instituições que atendem portadores de necessidades especiais e atletas, obtivemos o seguinte perfil: 05 coordenadores citaram creches; 08 asilos; 04 instituições que atendem portadores de necessidades especiais e 01 instituição que atende atletas.

De certa forma essa questão mostra que as IES têm trabalhado no sentido de garantir a formação generalista do fisioterapeuta, capacitando-o para a atenção primária, secundária e terciária, ao que parece, de uma forma equilibrada, como determinam as DCN. Em apenas uma IES (Curso 11), constatamos como locais de estágio somente empresas e UBS. Talvez esta resposta se deva ao fato do coordenador ter entendido que deveria citar somente os locais relacionados à saúde pública e fisioterapia preventiva.

4.2.2.3 Atividades desenvolvidas nos estágios

Para compreender como as atividades dos estágios são desenvolvidas nos locais citados, formulamos a pergunta dez: “Que tipo de atividades são desenvolvidas no(s) estágio(s)? Descrever”.

Analisando as respostas dos coordenadores, foi possível identificar quatro categorias que nos permitiram uma compreensão de como as IES têm operacionalizado as atividades práticas para a formação do profissional fisioterapeuta para atuar na área de saúde pública.

Entre as categorias encontradas nas respostas citadas pelos coordenadores estão: 1. Práticas que envolvem atividades de educação em saúde; 2. Práticas que envolvem atuação com equipe multiprofissional; 3. Práticas que envolvem a atuação do fisioterapeuta na atenção primária, secundária e terciária; 4. Estratégias didáticas utilizadas nos estágios.

4.2.2.3.a Práticas que envolvem atividades de Educação em Saúde

Nesta categoria se encontram as ações de educação em saúde entendidas como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (CANDEIAS; 1997; p.210).

Também definida como

[...] um campo de práticas que se dão ao nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo

com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades (L'ABBATE, S. out./dez, 1994, p. 482).

Identificamos nesta categoria, cinco cursos (1, 3, 9, 12 e 14) que desenvolvem como atividades de estágio a educação em saúde, como se segue:

[...] Planejar e organizar o trabalho a ser desenvolvido (elaborar cartilhas, fichas de avaliação, material para educação em saúde, outros); [...] Programar e realizar as atividades (sala de espera, busca ativa, educação continuada para os ACS, educação em saúde para a comunidade, outras); [...] dar orientações a comunidade, através de linguagem clara e objetiva; [...] organizar e confeccionar o material para orientações aos pacientes (por escrito e oral); [...] orientar pais e responsáveis quanto às atividades a serem realizadas em casa (CURSO 1).

[...] orientações e projetos de atenção e educação em saúde (CURSO 3).

[...] educação terapêutica individual e em grupo (CURSO9).

[...] orientações, palestras [...] (CURSO 12).

[...] realização de visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos [...] (CURSO 14).

O coordenador do curso 1 detalha um pouco mais as formas ou recursos utilizados para se trabalhar educação em saúde, o que não acontece com os coordenadores dos outros cursos. Inclui ainda o compromisso com a educação continuada para os ACS, prática que tem sido estimulada também para todos os outros profissionais da saúde.

Fica um questionamento: o que se tem relatado como educação em saúde tem sido realmente educação em saúde? As formas como se tem realizado educação em saúde estão em conformidade com o conceito de aprendizagem delineada “com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”?

Entende-se que um dos aspectos importantes da promoção de saúde diz respeito à difusão de informações, mas é muito mais do que isso.

Lefèvre (2006; p.1), relata que não se trata “para a promoção de saúde, em nenhum momento, de ‘educar’, mas de informar e dialogar com vistas à tomada de decisão

por aqueles que deveriam ser, em última instância, os tomadores de decisão, isto é, a sociedade”.

Educação em saúde trabalha com trocas de experiências, envolvidas em respeito às vivências e à cultura de cada um. Comumente, este tipo de atuação é menos valorizado que o trabalho clínico, muitas vezes pela dificuldade de dimensionar ou mensurar seus resultados numa visão imediatista.

As atividades de educação em saúde podem ser desenvolvidas utilizando-se das mais diversas estratégias, como: palestras, campanhas, oficinas, teatro, mamulengos, vídeos, literatura de cordel, feiras, caravanas, vivências, gincanas, contadores de histórias, mutirões, passeatas, programas de rádio, grupos de auto-ajuda, trabalhos corporais, capoeira, grupos de caminhadas, entre outros.

Estas estratégias deverão facilitar o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos para decidirem sobre quais são as melhores escolhas para sua vida, considerando suas condições de saúde.

O importante é utilizar dos elementos culturais locais e regionais para mobilizar e sensibilizar as comunidades sobre os cuidados de saúde, e fatores que interferem nas suas condições de saúde, entre eles, alcoolismo, drogas, saneamento, prática regular de atividade física (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2000; p. 44).

Para L'Abbate (1994), a educação em saúde se fundamenta na premissa de que para ser educador no desenvolvimento de atividades do cotidiano, é preciso entender as relações entre educação e sociedade. O profissional deve sentir-se sujeito do processo educativo e aprender a considerar sujeitos o usuário e outros profissionais.

Como sujeito, entende-se uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido, e na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel

peçoal\profissional\social diante dos desafios colocados a cada momento (L'ABBATE; 1994; p. 484).

A autora ainda defende que “mais importante do que aprender técnicas é adquirir a postura de educador”, porque “o principal instrumento da relação educativa é o próprio educador”.

Portanto, este é um dos recursos utilizados em promoção de saúde, mas que também pode ser utilizado em outros níveis de prevenção (secundária e terciária), e que está diretamente relacionado à capacidade do profissional construir autonomia “com base na imaginação de um outro futuro, um outro porvir, diferente, qualitativamente melhor, do contexto em que se vive atualmente” (L'ABBATE; 1994; p.484).

A educação em saúde tenta desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto a promoção de saúde “visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população”, segundo Candeias (1997; p. 211). O autor não exclui ações de educação em saúde das ações de promoção de saúde.

Porém, ainda questionamos se não tem havido uma supervalorização da educação em saúde como as verdadeiras e únicas práticas de promoção de saúde.

4.2.2.3.b Práticas que envolvem a atuação com equipe multiprofissional

Um dos pressupostos mais importantes da estratégia de saúde da família é promover o trabalho em equipe, sendo necessário respeito profissional entre todos os

membros, em que cada profissional é capaz de contribuir na construção de saberes e no desenvolvimento de ações condizentes com as necessidades da comunidade.

Nesta categoria, identificamos cinco cursos (1, 3, 8, 10 e 14) que descreveram o trabalho articulado com outros profissionais, outras disciplinas, demonstrando a relevância que esta experiência pode oferecer ao futuro profissional. A seguir, as respostas incluídas nesta categoria:

[...] desenvolver atividades, junto com os profissionais da UBS, no sentido de construir um trabalho interdisciplinar; [...] compreensão do papel de outros profissionais da saúde, enfocando a importância da atuação em equipe (CURSO 1).

[...] oficinas de diagnóstico (projeto de extensão [...] quando ocorrem discussões amplas sobre casos clínicos de abordagem multiprofissional e transdisciplinar) [...] (CURSO 3).

[...] atendimento em clínica de reabilitação multidisciplinar conveniada com o SUS e hospital filantrópico (CURSO 8).

[...] visitas ao território com equipes multidisciplinares e individuais (CURSO 10).

[...] desenvolvimento de ações intersetoriais, para a inclusão e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência [...] (CURSO 14).

De acordo com o Art. 5º das DCN, a formação do fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de habilidades e competências específicas, dentre elas, “atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética”.

Feuerwerker (2000, p.20) refere-se a introduzir práticas multiprofissionais para “estudantes nos cenários dos serviços e da comunidade, para que eles enfrentem problemas reais desde o início de sua formação”.

O fisioterapeuta, na sua atuação em ambulatórios, clínicas e hospitais, geralmente prestando assistência individual ao paciente, muitas vezes não tem a oportunidade de trabalhar em equipe multiprofissional. Historicamente, foi acostumado a receber as

prescrições médicas e a executá-las, sem muitas oportunidades para a realização de um trabalho em equipe. Esta também tem sido uma outra mudança, em que as relações são extremamente ricas de conhecimentos, havendo trocas de saberes, e construção de parcerias.

Para Feuerwerker (2000, p.21), “parceria é entendida como uma modalidade de co-gestão, que propicia uma aliança entre atores diferentes para a conquista de fins comuns”. Dessa forma, ações multiprofissionais, interdisciplinares, transdisciplinares são fortalecidas em benefício de muitos.

4.2.2.3.c Práticas que envolvem a atuação do fisioterapeuta na atenção primária, secundária e terciária.

Não poderíamos deixar de relacionar as atividades assistenciais da fisioterapia desenvolvidas nos estágios relatados pelos coordenadores dos cursos participantes do estudo, porém, subdividimos essa categoria em outras três: atenção primária, secundária e terciária em Fisioterapia.

De acordo com as diretrizes curriculares (Art. 5º), o profissional fisioterapeuta deverá possuir competências e habilidades para “atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde”. Deverá realizar

consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica (CNE/CES, 2002).

O fisioterapeuta deverá também elaborar o diagnóstico cinético-funcional e a intervenção fisioterapêutica,

considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária (CNE/CES, 2002).

4.2.2.3.c.1 Atenção fisioterapêutica primária

Rouquayrol e Almeida Filho (1999, p. 525), classificaram a atenção à saúde em atenção primária, secundária e terciária, muitas vezes confundida com os níveis de prevenção.

Nesta subcategoria estão relacionados procedimentos fisioterapêuticos em atenção primária à saúde. Esta é definida como nível de atenção representado pelos “serviços de primeira linha, como clínica médica, pediatria e tocoginecologia”, de caráter ambulatorial e que se constitui na porta de entrada do sistema de saúde, excetuando-se as urgências e emergências.

Podemos perceber que são descritos procedimentos de atenção primária em dez cursos estudados, sendo que as atividades desenvolvidas estão mais relacionadas aos aspectos de prevenção secundária, tratamento e reabilitação.

Abaixo citamos alguns exemplos em que as atividades estão relacionadas a práticas de educação em saúde, avaliações, reuniões de grupos, palestras educativas com orientações para a comunidade, orientações individuais, realizadas juntamente com a ESF dentro de sua área de atuação, ou seja, a UBS.

Participar ativamente nas reuniões de grupo (discussões de casos clínicos, com os agentes comunitários de saúde, com os professores e profissionais da UBS); planejar e organizar o trabalho a ser desenvolvido (elaborar cartilhas, fichas de avaliação, material para educação em saúde, outros); programar e realizar as atividades (sala de espera, busca ativa, educação continuada para os ACS, educação em saúde para a comunidade, outras); desenvolver as atividades, junto com os profissionais da UBS, no sentido de construir um trabalho interdisciplinar; dar orientações a comunidade, através de linguagem clara e objetiva; abordar uma avaliação individual e familiar, no contexto do domicílio e na UBS; planejar e executar um atendimento individual e em grupo (avaliar, traçar objetivos e condutas, organizar material antes dos atendimentos, reavaliar e evoluir); organizar e confeccionar o material para orientações aos pacientes (por escrito e oral); produzir relatórios de todas as atividades; interagir com os pacientes de forma ética e humanizada (CURSO 1).

Avaliações, reavaliações e atendimentos aos pacientes, orientações e projetos de atenção e educação em saúde [...] (CURSO 3).

Atividade preventiva em grupo nas UBS, atendimento domiciliar (reabilitação) de pacientes pertencentes as UBS [...] (CURSO 8).

Prática dos conceitos da ESF; atendimento fisioterápico domiciliar primário, secundário e terciário; atenção primária global; [...] abordagem fisioterápica primária, via grupos operativos; visitas ao território com equipes multiprofissionais e individuais; campanhas de saúde envolvendo os objetos de estudo da fisioterapia (CURSO 10).

Avaliações, atendimentos individuais, atendimentos coletivos, orientações, palestras [...] (CURSO 12).

Alguns cursos se referem às ações de promoção, porém de maneira vaga como os cursos 2, 13 e 15.

A seguir a descrição dos cursos relacionados à questão apresentada.

Atividades ligadas à promoção e prevenção de saúde, seguindo as normas do Ministério (CURSO 2).

No âmbito da promoção, prevenção, diagnóstico, prognóstico, planejamento, intervenções e assistência à saúde da população (CURSO 13).

Atuação profissional na promoção, manutenção, tratamento e reabilitação das condições de saúde (CURSO 15).

As considerações feitas pelo coordenador do curso catorze foram bastante interessantes, demonstrando uma visão ampla da atuação do fisioterapeuta em atenção primária à saúde. Abaixo, a resposta do referido coordenador:

Especificamente no estágio em Saúde Coletiva são planejadas as seguintes ações: Diagnóstico, com levantamento dos maiores problemas de saúde que requerem ações de promoção da saúde e prevenção de deficiências, e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita as ESF; ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF incluindo aspectos físicos como consciência e cuidados com o corpo, postura; ações para subsidiar o trabalho das ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil; ações conjuntas com as ESF visando acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento; ações para prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos; acolhimento aos usuários que requerem cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento e/ou acompanhamento, de acordo com a necessidade e capacidade da ESF; ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos; realização de visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos; capacitação, orientação, e suporte às ações dos ACS; realização em conjunto com as ESF, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares; desenvolvimento de ações intersetoriais, para a inclusão e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência; orientação e informação das pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo; ações de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), que pressupõem valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão; acolhimento, apoio e orientações às famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus membros; acompanhamento no uso de equipamentos auxiliares e encaminhamentos quando necessário; encaminhamento e acompanhando das indicações e concessões de órteses, próteses [...]; ações que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social de pessoas com deficiência (CURSO 14).

Também denominada atenção básica, a atenção primária, é definida como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (FRANCO; PASSOS, 2005, p.315).

Viana et al (2003, p.160), referem-se à atuação do fisioterapeuta na atenção primária e seu reflexo na visão de outros profissionais, gestores e população.

A pouca experiência da fisioterapia na atenção primária, somada ao reduzido número de profissionais atuando em UBS, têm resultado em desconhecimento das inúmeras possibilidades de atuação do fisioterapeuta por outros profissionais de saúde, gestores e, muitas vezes, pela própria população.

Schwingel (2002, p.232 apud BARROS), considera que, com raras exceções, o fisioterapeuta “não se dedica à Saúde Coletiva e perde uma oportunidade ímpar de maximizar o seu trabalho, alcançando grupos de pessoas, influenciando positivamente na melhora das

condições de vida destes grupos”. Reforça ainda, a impossibilidade de acesso aos serviços fisioterapêuticos na clínica privada, pela maioria da população, por questões sócio-econômicas.

São consideradas funções dos serviços de atenção primária: diagnóstico e tratamento das doenças; atividades de promoção e prevenção, atenção contínua; atenção domiciliar; educação sanitária; atividades preventivas na comunidade; vigilância epidemiológica; referência e contra-referência (FRANCO; PASSOS, 2005, p. 315 – 316).

4.2.2.3.c.2 Atenção fisioterapêutica secundária

Nesta subcategoria, as atividades realizadas são referentes ao nível secundário e envolvem procedimentos técnicos da fisioterapia, como avaliações do paciente, planejamento de uma conduta terapêutica. Foram identificados cinco cursos (1, 6, 7, 8 e 11) em que os coordenadores citaram em suas respostas, ações fisioterapêuticas relacionadas ao nível de atenção secundária.

Neste nível, a Fisioterapia encontra-se bem definida, nas atuações em clínicas privadas, ambulatórios e assistência domiciliar, consultórios especializados e pequenos hospitais com tecnologia intermediária.

Abaixo as respostas apresentadas pelos coordenadores dos cursos 1, 6, 7, 8 e 11, participantes do estudo, relacionadas à atenção fisioterapêutica secundária.

[...] estágio no nível ambulatorial que atendem diversas áreas [...]: Responsabilidade sobre o paciente; avaliar o paciente; traçar objetivos e programa de tratamento para cada um; evoluir o atendimento diariamente; orientar pais e responsáveis quanto às

atividades a serem realizadas em casa; [...] fazer mensalmente os laudos de todos os atendimentos fisioterapêuticos [...] (CURSO 1).

avaliação do paciente em diversas áreas [...], programação de tratamento e tratamento dos pacientes em questão, evolução [...] e GD onde são apresentados os casos [...] aos supervisores da Clínica Escola [...] (CURSO 6).

atendimento clínico [...] (CURSO 7).

[...] atendimento em clínica de reabilitação [...] (CURSO 8).

[...] análise de postos de trabalho (CURSO 11).

Portanto, como uma das práticas mais comuns em fisioterapia, não seria excluída das respostas apresentadas pelos coordenadores dos cursos participantes do estudo. Nela encontram-se procedimentos como avaliação, prescrição, tratamento, alta do paciente. Paciente aqui representado (na maioria das vezes), por aquele indivíduo acometido de alguma patologia pré-existente, com queixas ou seqüelas e que se apresenta para a realização de um tratamento de fisioterapia.

Ao mesmo tempo, percebemos que a frequência dos relatos foram em número menor que aqueles relacionados à atenção primária. Isso é novidade em fisioterapia, demonstrando que existe um movimento em favor das mudanças sugeridas pelas DCN, proporcionando ao profissional uma visão generalista da saúde. As ações ainda parecem tímidas, mas estão presentes, devendo-se lembrar, mais uma vez, que qualquer mudança profunda depende de tempo para se efetivar.

4.2.2.3.c.3 Atenção fisioterapêutica terciária

Nesta subcategoria se encontram os procedimentos relativos ao nível terciário da atenção, constituído por grandes hospitais referenciados pelos de pequeno porte e alta tecnologia médica (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999, p. 525).

Foram identificados quatro cursos (1, 6, 8 e 10) que relataram atividades em nível terciário da atenção à saúde, como se segue.

Para os estágios em atenção hospitalar: atuação de acordo com os princípios de prevenção e controle de infecção hospitalar; compreensão do papel de outros profissionais da saúde, enfocando a importância da atuação em equipe; [...] avaliação e tratamento fisioterapêutico aos pacientes internados, dominando os recursos disponíveis para a atuação na atenção terciária; [...] interpretar exames complementares e laboratoriais, com finalidade de elaboração do diagnóstico cinesiológico-funcional e do plano de tratamento; análise dos fatores de risco para complicações nos pacientes restritos ao leito, atuando para preveni-las [...] (CURSO 1).

[...] avaliação do paciente em diversas áreas [...], programação de tratamento e tratamento dos pacientes em questão, evolução [...] e GD onde são apresentados os casos [...] aos supervisores da Clínica Escola e Hospital (CURSO 6).

[...] atendimento em clínica de reabilitação [...] e hospital filantrópico (CURSO 8).

[...] atendimento terciário na unidade de saúde [...] (CURSO 10).

As diretrizes propõem que os estágios e as ações sejam desenvolvidos nos três níveis de atenção, de forma equilibrada. A Fisioterapia conquistou espaço e respeito valiosos na atenção terciária, e não pode abrir mão dessa conquista.

Podemos concluir que as práticas relacionadas pelos coordenadores dos cursos em estudo, também estão relacionadas nas diretrizes curriculares, objetivando-se alcançar uma formação generalista.

O curso dez, no entanto, cita atendimento terciário na unidade de saúde, levando ao entendimento que provavelmente foi feita uma confusão do conceito de atenção terciária como prevenção terciária.

4.2.2.4 Estratégias didáticas utilizadas nos estágios

São estratégias que facilitam a aprendizagem e compreendem a formação em ensino, pesquisa e extensão, contemplando estas três dimensões no contexto do estágio.

Em sete cursos pesquisados (1, 3, 6, 7, 10, 12 e 14) foi possível identificar a preocupação com o desenvolvimento de atividades de extensão e pesquisa, em conformidade com as propostas das DCN, além de grupos de discussão que aqui consideramos ensino.

A seguir as respostas dos coordenadores que identificam essa categoria:

[...] participar ativamente nas reuniões de grupo (discussões de casos clínicos, com os ACS, com os professores e profissionais da UBS); [...] participar semanalmente no grupo de estudo, onde apresentará e será avaliado em trabalhos, visita domiciliar e discussões (CURSO 1).

[...] grupos de discussão (são discussões de casos clínicos específicos de cada estágio, [...]); [...] discussões amplas sobre casos clínicos de abordagem multiprofissional e transdisciplinar [...]; elaboração de projetos de intervenção e extensão e coleta de material para banco de dados para diversos fins, inclusive pesquisa científica (CURSO 3).

[...] GD – grupo de discussão onde são apresentados os casos no tratamento aos supervisores da Clínica Escola e Hospital (CURSO 6).

[...] práticas investigativas (CURSO 7).

[...] iniciação e pesquisa da saúde pública (CURSO 10).

[...] grupo de estudos (GD), projetos de extensão (CURSO 12).

[...] realização em conjunto com as ESF, de discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares [...] (CURSO 14).

O Art. 8º das DCN determina que

O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em áreas afins (CNE/CES, 2002).

Estas ações são importantes para o desenvolvimento da reflexão do aluno sobre a realidade encontrada, levando-o a uma percepção crítica e ampliada da saúde, seus vários aspectos, a importância do desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão, facilitando seu aprendizado.

Ensino sendo definido como “transmissão de conhecimentos, informações ou esclarecimentos úteis ou indispensáveis à educação; [...] esforço orientado para a formação ou a modificação da conduta humana” (FERREIRA, 1988, p. 251).

Pesquisa definida por Ferreira (1988, p. 502) como “indagação ou busca minuciosa para averiguação da realidade; investigação”. As pesquisas levam ao conhecimento científico da realidade, e auxiliam no reconhecimento das atividades profissionais. Dão um caráter científico às suas ações.

Extensão segundo o mesmo autor podendo ser definida como ato ou efeito de estender-se; ampliação, aumento. O desenvolvimento de projetos de extensão propicia o contato dos alunos com a comunidade de forma precoce ao longo do curso, aumentando seus conhecimentos, além de proporcionar a realização das ações sociais das IES.

4.3 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS CURSOS NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA: PROFESSORES E COORDENADORES

Para que pudéssemos entender de que forma a formação do profissional tem-se efetivado, consideramos ser necessário conhecer o perfil dos professores responsáveis pelas disciplinas relacionadas à promoção de saúde, através do questionamento sobre sua experiência prática na atenção primária à saúde.

Por ser uma abordagem relativamente nova e por não ter feito parte da formação de vários profissionais, talvez pudesse ser uma das dificuldades de implementação destes conteúdos pelas IES. Portanto, esta se tornou a pergunta quinze do questionário aplicado aos coordenadores dos cursos pesquisados.

Apenas o coordenador do curso quatro respondeu “não” a questão, já que os professores responsáveis pelas disciplinas relacionadas à promoção de saúde não têm experiência prática na atenção primária à saúde. Porém, relata que as atividades de extensão desenvolvidas na área têm possibilitado a capacitação dos docentes envolvidos.

Nas outras catorze IES, os coordenadores responderam que seus professores estão capacitados para o desenvolvimento do conteúdo das disciplinas relacionadas à promoção de saúde, com as seguintes justificativas:

- professores atuam na supervisão de estágios na área (cursos 1 e 14);
- professores tiveram formação durante a graduação e pós-graduação (cursos 3, 5, e 7);
- professores que atuam na atenção primária (cursos 3, 5, 6, 7, 12 e 14).

O coordenador do curso quinze não justificou sua resposta.

O coordenador do curso seis relatou ser condição para admissão do docente que este apresente experiência prática na atenção primária à saúde.

Este é um ponto importante a ser observado, pois muitas vezes estes conteúdos não são tratados com a devida relevância para a formação profissional, sendo a disciplina assumida por docentes que nunca tiveram qualquer tipo de contato com Saúde Pública, com pouco conhecimento sobre o SUS. Esse fato dificulta a percepção do discente sobre a importância da atuação em atenção primária como campo de trabalho profissional e como função social da profissão.

Por outro lado, é importante reconhecer que dependendo da sensibilização realizada com o professor, mesmo que não tenha experiência na área, esta pode ser desenvolvida, já que se trata de uma área nova.

Neste contexto, é interessante observar a colocação de um coordenador (curso 1) na resposta a uma outra questão, porém pertinente ao assunto ora abordado. Ele relatou um trabalho de sensibilização de todo o corpo docente; sua formação em mestrados e doutorados em Saúde Coletiva, assim como participação efetiva em Congressos da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Tudo isso, visando “estimular a percepção do aluno nos três níveis de saúde e a perceber a importância do sistema ser integrado e descentralizado, fortalecendo assim o papel do fisioterapeuta também na APS”.

Há um preconceito de que a atenção básica é de baixa complexidade e que se deveria centrar nas atenções de média e alta complexidade. Discordo, porque na atenção básica ocorre o resgate do profissional generalista, que precisa dominar conhecimentos de outras áreas, como da psicologia, da sociologia, da economia, da geografia... Isso é baixa complexidade? Será que não estamos confundindo complexidade com tecnologia de equipamentos? (VÉRAS, REVISTA “O COFFITO”, MARÇO DE 2003, p. 16).

Entendemos que este é um dos principais pontos de partida para a efetivação das mudanças na graduação relacionadas à APS. Sem um mesmo sentimento, pensamento e entendimento dos princípios e diretrizes do SUS por parte do colegiado do curso, será quase

impossível construir uma formação generalista a partir de ações interdisciplinares, transdisciplinares, multidisciplinares.

Ainda, em relação a formação dos profissionais formulamos uma questão para os coordenadores, visto que com a LDB, não mais se exigiu a existência de departamentos no âmbito das IES, as quais optaram pela idéia de Coordenação de Curso.

De acordo com a Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior - ABMES (FRANCO, 2002, p.11) “ainda não se chegou a um denominador comum quanto às funções, às responsabilidades, às atribuições e aos encargos do Coordenador de Curso”. Alguns dizem que o coordenador do curso é o “gerente” do curso, é quem, de certa forma, dá o formato ou popularmente falando é quem dá “a cara” ao curso que coordena, sendo o responsável pela condução, com qualidade, do projeto do curso.

Por esse motivo, a questão dezesseis, questiona o coordenador sobre sua própria formação; se cursou, na graduação, disciplinas relacionadas à Saúde Pública e Fisioterapia Preventiva ou disciplinas semelhantes, tentando identificar aquele que cursou alguma delas.

Dos quinze cursos pesquisados, doze coordenadores responderam ter cursado, em sua graduação ou pós-graduação, alguma das disciplinas questionadas (cursos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14 e 15). Na maioria das respostas estão as disciplinas “Saúde Pública” (cursos 1, 2, 6) e “Fisioterapia Preventiva” (cursos 6, 7, 14 e 15). Além destas, houve a citação das disciplinas Estudo da Saúde e Saúde Mental (cursos 1 e 14).

A prática de estágios também foi citada pelo coordenador do curso 1, e de internatos rurais ou metropolitanos pelos cursos três e sete. O coordenador do curso três faz referência ao conhecimento da atenção primária a partir da execução de projetos de pesquisa e extensão.

Dois coordenadores relataram não ter cursado nenhuma das disciplinas relacionadas. Outro coordenador (curso 5) não respondeu a questão.

Percebemos que apesar de terem tido pouco ou nenhum contato com a Saúde Pública e a Fisioterapia Preventiva, de certa forma, os coordenadores têm valorizado esta área de atuação e formação, demonstrando tal posição através da inserção das disciplinas e estágios nos cursos que coordenam.

4.4 PERCEPÇÕES DOS COORDENADORES DE CURSO SOBRE A FORMAÇÃO OFERECIDA PELOS CURSOS DE FISIOTERAPIA NA ÁREA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROMOÇÃO DE SAÚDE

Outro grande eixo de análise dos dados foi relacionado à percepção dos profissionais sobre atenção primária à saúde e promoção de saúde, sob a ótica dos coordenadores dos cursos em estudo.

4.4.1 Formação em atenção primária à saúde

A atenção primária à saúde tem sido definida dentro do sistema vigente como a porta de entrada do mesmo, sendo utilizada a estratégia de saúde da família pelo SUS, para a implementação de suas ações. As ações priorizadas dentro da nova concepção de saúde são as que visem promoção de saúde e prevenção de agravos à saúde da coletividade, sem deixar de

prestar assistência curativa ou reabilitadora, tornando-se a família o foco principal de suas ações.

Os cuidados primários de saúde tiveram sua ênfase dada a partir da Declaração de Alma-Ata, em que se destacou a importância e o compromisso de toda comunidade mundial com promoção de saúde de todos os povos do mundo. Nesta Declaração, os cuidados primários de saúde foram assim definidos:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/DECLARAÇÃO DE ALMA – ATA, 2000).

Estes cuidados devem: refletir as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país; ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades; incluir educação, distribuição de alimentos e nutrição adequada, água de boa qualidade, saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, imunizações, prevenção e controle das doenças endêmicas localmente, tratamento e fornecimento adequado de medicamentos; envolver outros setores; promover a participação comunitária; entre outros.

São consideradas funções dos serviços de atenção primária: diagnóstico e tratamento das doenças; atividades de promoção e prevenção, atenção contínua; atenção domiciliar; educação sanitária; atividades preventivas na comunidade; vigilância epidemiológica; referência e contra-referência (FRANCO; PASSOS, 2005, p.315 - 316).

Como as ações de promoção de saúde fazem parte das ações de atenção primária à saúde, e diante da proposta de atenção integral em Fisioterapia, incluindo-se sua atuação neste nível de atenção, foi questionado aos coordenadores, se, “no seu ponto de vista o egresso/profissional está preparado para atuar na atenção primária à saúde?”. Caso a resposta fosse afirmativa, perguntamos de que forma ele é preparado em termos teóricos e práticos.

Sob a perspectiva dos coordenadores de curso, todos os egressos/profissionais estão preparados para atuar na atenção primária, seja na teoria ou na prática.

Em relação a formação teórica, foram encontradas as seguintes justificativas:

- conteúdo das disciplinas na área de saúde pública (coordenadores dos cursos 8, 9, 10, 11, 14);
- atividades de pesquisa e extensão (coordenadores dos cursos 3 e 10);
- a própria estrutura curricular do curso, sem maiores esclarecimentos (coordenadores dos cursos 1, 3 e 5).

Consideramos que os demais cursos (cursos 1, 2, 4, 6, 7, 12, 13 e 15) não mencionaram, nesse momento, a formação teórica, visto que já havíamos questionado sobre a existência de disciplinas relacionadas à saúde pública/saúde da comunidade.

No que diz respeito a formação prática, também foi unânime por parte dos coordenadores considerar que os alunos estão preparados. As justificativas para assumirem tal posição foram agrupadas em quatro categorias:

1. Local e/ou contexto em que os alunos realizam estágios;
2. Estratégias metodológicas utilizadas durante a formação;
3. Estrutura do curso;
4. Respostas vagas.

4.4.1.1 Local e/ou contexto em que os alunos realizam estágios

Nesta categoria estão incluídas as respostas dos coordenadores referentes ao local em que os alunos realizam seus estágios e/ou atividades práticas das disciplinas que se concentram em Unidades Básicas de Saúde, visitas domiciliares, participação em atividades da Estratégia Saúde da Família, Internato Rural.

As práticas têm seguido (tendência) as orientações das DCN para que se iniciem o mais precocemente possível, e que aconteçam de forma gradual, em complexidade crescente.

As respostas que fazem parte desta categoria incluem as dos coordenadores dos cursos: 1, 2, 3, 13, 14 e 15.

Abaixo, apresentamos alguns exemplos destas respostas.

Acho que ele tem condições de iniciar a sua atuação, porém deverá aprimorar-se. Aqui (...) o aluno tem experiências em Postos de Saúde e Internato Rural, o que facilita a inserção do aluno na prática da atenção primária (curso 2).

Durante a formação teórica o aluno realiza visitas técnicas aos diversos níveis de atenção à saúde. Durante o Estágio Supervisionado Clínica I o aluno cumpre 234 h de estágio (13 h/semana) em Programas de Saúde da Família (curso 14).

Sim, em nosso caso ele participa de atividades na UBS junto a outros profissionais de saúde nos grupos e também realizando Fisioterapia Domiciliar (curso 15).

Podemos observar ainda, exemplos de estágio rural em fisioterapia, relatados pelos coordenadores dos cursos dois e três, como uma das formas de se preparar o egresso para atuação em APS.

Sim, (...) isto é possível pela própria estrutura curricular oferecida que proporciona atividades práticas reais, in loco; há uma aproximação e execução de trabalhos dentro dos PFS com a própria equipe de trabalho desse setor (as visitas domiciliares, as buscas ativas e o rastreo são realizados junto com a equipe do PSF, bem como,

discussões e apresentações de trabalhos científicos e de casos clínicos); há uma preocupação e incentivo para que o aluno já forme seu espaço de trabalho e que aproveite essa oportunidade de estágio com a equipe local para mostrar o valor e a necessidade do profissional da Fisioterapia naquela área. [...] Além disso, temos um bom respaldo da qualidade da formação de nossos alunos, pois em todos os municípios por onde realizamos os internatos rurais, contrataram nossos ex-alunos e atualmente a Prefeitura Municipal contratou mais 7 alunos egressos que atuam em diversas equipes de PSF (CURSO 3).

Em 2004, uma convocatória do Ministério da Saúde em parceria com a OPAS, chamou as “experiências de graduação que se identificassem com as práticas da integralidade ou que desenvolvessem projetos políticos-pedagógicos voltados para este princípio do SUS”, segundo a Revista RADIS, nº. 49, setembro de 2006.

De cem experiências apresentadas voluntariamente, dez foram selecionadas. Entre estas dez, a experiência apresentada pelo curso de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul (RS), criado em 2001, e selecionado por sua proposta inovadora que vai além da reabilitação. O curso tem como características principais, segundo Suzete Machetto Claus, a formação generalista do fisioterapeuta, a organização curricular do curso, que está voltada para as necessidades de saúde das pessoas e de seu ciclo vital. Este reconhecimento teve um significado em especial, já que se trata de uma instituição privada.

Vários exemplos de atuação da fisioterapia em APS têm sido divulgados em revistas do COFFITO, há algum tempo. Dentre estas experiências, podemos citar algumas iniciativas, na maioria das vezes individuais e voluntárias de profissionais que acreditam nesta possibilidade de atuação e não medem esforços para conseguir um espaço de comprovação desta crença.

Camaragibe, região metropolitana do Recife, foi o primeiro município a implantar o Programa de Saúde da Família em Pernambuco, em 1994, ano em que também foi aberto o “Núcleo de Reabilitação Dona Josefa Pereira de Lemos”. Em 1995, foi constituída a primeira equipe multiprofissional composta por médico neurologista, assistente social, dois fisioterapeutas, dois terapeutas ocupacionais, dois fonoaudiólogos, dois psicólogos e um

gerente. A princípio uma assistência ambulatorial, sendo ampliada para assistência conjunta com a equipe de saúde da família, através de visitas domiciliares. Foram detectadas as maiores causas de morbidade da população assistida (AVC e doenças cardio – vasculares), iniciando-se uma série de propostas de intervenções, desde a prevenção até a reabilitação.

Tem sido muito gratificante para nós, como profissionais e como seres humanos ir à casa do paciente, em lugar de atendê-lo no consultório. É uma situação totalmente diferente do atendimento ambulatorial, onde muitas vezes indicamos uma compressa de gelo sem saber as condições de vida desse paciente, que muitas vezes nem possui geladeira em casa... (OLIVEIRA APUD REVISTA “O COFFITO”, MARÇO DE 2001, Nº. 10, pág. 14).

Em Paracambi, município do interior do Estado do Rio de Janeiro, a iniciativa de uma fisioterapeuta (Ângela Sepúlveda Oliveira), de realizar um estudo epidemiológico em sua cidade, evidenciou outra realidade: o grande número de casos de seqüelas neurológicas. Consolidou estas informações e apresentou-as ao prefeito municipal, em 2001, justificando a inclusão do fisioterapeuta no PSF. Conseguiu incluir duas fisioterapeutas no programa, segundo a Revista “O COFFITO” de setembro de 2002. Como a demanda para reabilitação era muito grande e diante da carência da população por este tipo de assistência, e ainda com um número pequeno de profissionais inseridos (naquela ocasião), este era o maior foco de atuação do fisioterapeuta. Porém, em nada diminui a importância deste tipo de atuação e de inserção, já que se caracteriza como um marco inicial para futuras atuações.

Outros grandes exemplos são os encontrados em Sobral (CE), que teve o fisioterapeuta inserido no PSF desde 2000, com atendimentos inicialmente domiciliares, porém vinculados à solicitação das equipes; Campos de Goytacazes (RJ), em que o programa fisioterapeuta da família de Campos dos Goytacazes efetuou, em 2002, 5.917 atendimentos, com média mensal de 493 pacientes, segundo a Revista “O COFFITO” de março de 2003.

Também em Macaé (RJ), desde 2001 o fisioterapeuta faz parte da equipe do PSF, com atuações que vão desde a promoção até a reabilitação.

Podemos perceber que em várias partes do país destacam-se propostas e iniciativas de inserção do fisioterapeuta em atuações multiprofissionais, em APS, desde o início do PSF.

Destacamos as experiências publicadas pela Revista “O COFFITO”, de março de 2001, sobre o “Estágio Rural Integrado – ERI”, desenvolvido pela Universidade Federal da Paraíba há vários anos, e o “Internato Rural” desenvolvido desde 2001, pela então, Faculdade de Fisioterapia de Caratinga, em Minas Gerais.

É de extrema importância que a instituição de ensino superior tente formar profissionais generalistas, que consigam vincular a teoria com a prática, que trabalhem sem tanta sofisticação tecnológica, que aprendam sobre a importância das ações de promoção e prevenção da saúde e que interajam com a comunidade no sentido de buscar soluções simples e às vezes de cunho regional, na tentativa de personalizar soluções e direcioná-las para operacionalização conjunta (CONDENSADO DO DOCUMENTO “PROJETO DE INTERNATO RURAL”, ELABORADO PELA FACULDADE DE FISIOTERAPIA DE CARATINGA APUD REVISTA O COFFITO, Nº.10, MARÇO DE 2001, p. 27).

Constatamos que esta também tem sido uma prática e uma estratégia utilizada por algumas IES há algum tempo no Brasil, visando aumentar o conhecimento e o preparo do aluno para ações em saúde pública, especialmente em APS.

Percebemos que o fisioterapeuta tem sido incentivado a conhecer e atuar em APS, apesar de ainda não estar efetivamente inserido, ou seja, legalmente inserido na equipe para ações de prevenção e de promoção de saúde.

4.4.1.2 Estratégias metodológicas utilizadas durante a formação

Esta categoria é formada pelas respostas dos coordenadores que justificam a preparação de seus alunos através das estratégias metodológicas inovadoras ou não, utilizadas durante os estágios profissionalizantes como: abordagem problematizadora, atividades preventivas, de educação em saúde, preparação de material pelos alunos para trabalhar com a comunidade, grupos de discussão e atendimento domiciliar.

Nesta categoria estão as respostas dos coordenadores dos cursos 4, 10, 11 e 12.

Alguns exemplos destas respostas são apresentados abaixo:

O egresso é preparado, utilizamos as metodologias didáticas do aprendizado, tanto o método tradicional com aulas teóricas e práticas dos conteúdos do SUS e da saúde coletiva, enfocando a ESF, como a metodologia problematizadora e de criação de projetos e vivências junto aos cenários da realidade dos campos de estágios (curso 10).

Nossos alunos são preparados desde o 1º período onde presencia a atuação primária do fisioterapeuta. Logo depois, no 2º período iniciam os estágios de observações no qual o aluno participa das atividades educativas/preventivas (curso 12).

Atendendo a um convite do Ministério da Educação, a REDE UNIDA elaborou propostas que consideram fundamentais como contribuição para as novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Área de Saúde.

De acordo com Boletim da REDE UNIDA, publicado em artigo na Revista O COFFITO nº. 25 (2006), os profissionais devem estar dotados de competências e habilidades em conformidade com as DCN.

Porém, para que alcancem essas competências, é fundamental que os Projetos Político-Pedagógicos contemplem vários princípios, entre eles a integração de conteúdos básicos e profissionalizantes, selecionados em bases epidemiológicas e orientados para os

problemas mais relevantes da sociedade; a integração entre pesquisa e ensino; o equilíbrio entre teoria e prática; a diversificação de cenários de aprendizagem; a educação centrada no aluno, visto como sujeito dos processos de ensino-aprendizagem, implicando no uso de metodologias ativas, entre outros.

Existe uma tendência em mudar as metodologias de ensino, em que a tradicional missão do professor, como transmissor do conhecimento ficou submetida a segundo plano, dando espaço ao seu papel como facilitador da aprendizagem e do desenvolvimento das competências essenciais.

Uma das conclusões apresentadas no Relatório da Oficina Regional para a Implementação das DCN dos cursos de Fisioterapia, citada anteriormente foi “mudar progressivamente as metodologias de ensino, incluindo metodologias ativas que possibilitem o ‘aprender a aprender’ e o ‘aprender fazendo’” (ABENFISO, 2006).

Masetto (2003; p.43), entende aprendizagem significativa como “aquela que envolve o aluno como pessoa, como um todo (idéias, sentimentos, cultura, valores, sociedade, profissão)”.

O autor acima citado considera que esta se dá quando o que se propõe para aprender se relaciona com o universo de conhecimento, experiências e vivências do aprendiz. Permite entrar em confronto experimental com problemas práticos de natureza social, ética, profissional que lhe são relevantes. Permite ainda transferir o aprendizado na universidade para outras circunstâncias da vida, suscitando modificações no comportamento e até mesmo na responsabilidade do aprendiz.

A adaptação a um mundo em mudanças constantes mostra que é necessário atualizar, aprofundar, enriquecer e reorganizar os conhecimentos.

Portanto, a educação deve organizar-se em torno de quatro saberes: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a viver juntos, a viver com os outros; aprender a ser.

A dificuldade de aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos tem sido um dos problemas enfrentados pelos profissionais de saúde ao enfrentarem casos concretos do cotidiano profissional. Uma grande carga de conhecimentos teóricos sem a possibilidade de aplicação prática gera insegurança nestes profissionais.

Na tentativa de minimizar essa insegurança, tem-se trabalhado com metodologia de aprendizagem baseada em problemas, em que o aluno é colocado diante de situações-problemas, para que, a partir delas, possa construir opções, através de uma linha reflexiva, chegando-se aos procedimentos adequados para cada realidade encontrada.

Segundo a revista “O COFFITO”, de dezembro de 2005, o curso de fisioterapia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), em Mato Grosso, implantou desde janeiro de 2004 a metodologia de ensino Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), derivado do método Problem Based Learning (PBL), em que se estimula o auto – aprendizado e o pensamento crítico do aluno tornando-o o centro da aprendizagem.

Durante os estágios curriculares percebe-se um acadêmico muito mais interado com as necessidades do seu cenário de atuação e capacitado para solução dos problemas detectados em seu cotidiano [...] Este modelo de ensino promove a busca investigativa do aluno, tornando-o sujeito de seu próprio aprendizado. Os problemas oferecidos são relativos à sua vida como fisioterapeuta e, portanto, esta prática deverá propiciar a formação de um profissional com habilidade de se qualificar continuamente (NASRALA, REVISTA “O COFFITO”, DEZ 2006, p. 38).

“Educação e aprimoramento permanente, agilidade e criatividade na resolução dos problemas são fundamentais para a sobrevivência do profissional”, portanto, constituindo-se em um dos pontos primordiais de aquisição na sua formação (Revista “O COFFITO”, dez. 2005, p. 40).

Sendo assim, consideramos que não existe uma única estratégia ou a melhor estratégia, mas sim estratégias que poderão ser utilizadas como recursos didáticos de

aprendizagem, adequadas a cada contexto, ao perfil dos alunos, da IES, e das necessidades da própria comunidade.

4.4.1.3 Estrutura do curso

Nesta categoria, as respostas se referem a inserção de atividades práticas na área de atenção primária durante todos os anos do curso.

As respostas dos coordenadores agrupadas nesta categoria são as dos cursos: 8, 12 e 13.

Abaixo, alguns exemplos:

Os egressos dessa instituição estão muito bem preparados. Tanto a teoria quanto a prática já são trabalhadas desde o início do curso (curso 8).

Através da precoce inserção dos discentes em atividade de prática assistida, culminando com mais de seis meses de atividades no âmbito do SUS (curso 12).

De acordo com as DCN, estas e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. O currículo poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a “considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde da região”.

As instituições poderão flexibilizar e otimizar as propostas curriculares a fim de permitir ao profissional o acesso a novas informações, considerando os valores, os direitos e a realidade sócio-econômica.

Os conteúdos poderão ser diversificados, porém assegurando-se “o conhecimento equilibrado de diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos para assegurar a formação generalista” (CNE/CES; 2002). Deverão ainda, serem acompanhados e avaliados permanentemente, realizando ajustes que se fizerem necessários.

Percebemos que existe uma tendência de algumas das IES pesquisadas a se adequarem às recomendações e resoluções das DCN, mantendo-se conteúdos relativos à atenção primária tanto em disciplinas teóricas, quanto práticas.

4.4.1.4 Respostas vagas

Nesta categoria se encontram as respostas que não foram detalhadas pelos coordenadores e não permitiram informações claras que pudessem ser agrupadas nas categorias anteriores ou em outras.

São as respostas dos coordenadores dos cursos sete e nove.

Sim (curso 7).

Aulas das disciplinas específicas e das aplicadas e nos estágios (curso 9).

Consideramos que, a partir das respostas de alguns coordenadores, tem havido uma preocupação com os alunos, com sua formação direcionada também a atuação na APS, tanto na teoria como na prática. Estas são mudanças profundas de reestruturação curricular, e mais ainda, de reestruturação cultural em fisioterapia.

Neste sentido, concordamos com o coordenador do curso cinco, quando reforça a percepção de que “As mudanças estão acontecendo não só na estrutura da matriz como

também na cultura e pensamento dos profissionais em relação ao tema”. Sua justificativa é que “O preparo à atenção primária vem acontecendo de forma gradativa, uma vez que a própria história da profissão direcionava o atendimento à reabilitação”.

No estudo de Luciana Schmidt, 2002, constatou-se que alguns coordenadores dos cursos por ela pesquisados apresentavam na ocasião da entrevista, uma visão do SUS distante da possibilidade de atuação do fisioterapeuta, como quando cita que em um dos cursos o fisioterapeuta foi considerado “um profissional de elite”, não defendendo a idéia da inserção do mesmo no sistema. Nesta fala, fica claro para a autora que o coordenador “observa que o SUS precisaria se reestruturar para atender às condições de trabalho desse profissional e, ainda, que o SUS é para a população pobre e carente” (SCHMIDT, 2002, p. 125).

Este foi um estudo realizado recentemente (2002), ano em que foram homologadas as DCN, que deram maior enfoque à formação do profissional para a atuação no sistema de saúde vigente, incluindo atenção primária.

Vale ressaltar, no entanto, que a visão era ainda um pouco diferente da visão registrada em nosso atual estudo. Percebemos que os coordenadores relataram que seus cursos têm incentivado de alguma maneira o aprendizado do aluno para atuação em atenção primária à saúde. Este é um momento especial em que formação e atuação profissional em fisioterapia estão sendo construídas a partir de práticas vivenciadas, num sentido de ampliar o escopo de atuação do fisioterapeuta.

Quatro anos se passaram desde o estudo da colega Luciana para o nosso estudo. Apesar do curto tempo para mudanças tão acentuadas, percebemos que estão acontecendo de modos diferentes, porém presentes em todas as IES do estudo, confirmando as propostas das DCN.

Muitos conceitos, formas de pensar e de fazer em Fisioterapia sofreram mudanças, e têm mudado, a partir de então. Mas é evidente que muitos profissionais de saúde, entre eles o fisioterapeuta e o docente em Fisioterapia, conhecem pouco o SUS, seus princípios, suas diretrizes, a história da saúde pública no Brasil, as estratégias e os programas governamentais direcionados ao fortalecimento do sistema de saúde vigente, em especial através de políticas que estimulem a formação em saúde.

Muitos docentes não conhecem as DCN, o perfil do profissional, as competências e habilidades que os alunos precisam adquirir ao longo de sua formação. Muitos de nós estamos presentes no colegiado do curso, dando aulas, por vezes transmitindo conhecimentos e não construindo conhecimentos, sem, no entanto, participarmos ativamente da construção do projeto político pedagógico de nosso curso. São mudanças culturais que devem fazer parte da postura dos docentes, para que se possibilitem mudanças no aprendizado dos discentes.

Um dos coordenadores (curso 6) se viu preocupado com o “mercado de trabalho” para seus egressos.

Efetivamente, visto que é nossa preocupação preparar nossos alunos para futura inserção no mercado de trabalho de forma coerente e ética (CURSO 6).

Rebelatto e Botomé (1999, p. 225), fazem uma analogia “com o problema da diferença entre ‘mercado’ e ‘campo de atuação’ profissionais.” Relacionam mercado de trabalho com o critério do que precisa ser feito e o lucro a ser obtido; enquanto campo de atuação seria relacionado com as necessidades sociais a atender ou minimizar. E ainda questionam:

Quais dos dois critérios orientam, de fato, a aprendizagem desenvolvida nos cursos de graduação? Talvez seja uma anti-definição de universidade se os que buscam nela

instrumentos para atuação profissional os recebam com instrumentos para enriquecimento e não para um serviço social (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p.225).

Rebelatto e Botomé citam ainda a Declaração Mundial sobre a Educação Superior no Século XXI, 1998, “na qual há uma insistência de que a formação de nível superior deve capacitar as novas gerações a se tornarem agentes sociais capazes de gerar empregos (empreendedores) e não apenas de ‘obter melhores empregos para si’” (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p.226).

Os autores defendem a idéia de que a partir da referida declaração, e servindo esta, como referencial orientador, “exige que os cursos de nível superior incluam em seus currículos o desenvolvimento de aptidões específicas para alguém ser capaz de projetar a própria vida profissional como um empreendimento de importância para a sociedade” (REBELATTO; BOTOMÉ; 1999; p.226).

4.4.2 Formação em Promoção de Saúde

Outro questionamento realizado aos coordenadores dos cursos participantes desta pesquisa se referiu: a) se os coordenadores consideravam que os alunos estavam preparados a atuar na promoção de saúde; e, b) se a resposta fosse positiva, de que forma consideravam que esta preparação estava sendo realizada.

Os coordenadores foram unânimes ao responderem sim ao primeiro questionamento acima citado e que os mesmos preparam seus alunos em termos teóricos através do conteúdo das disciplinas específicas de saúde pública.

Em relação à formação prática, apenas o curso quinze não fez referência a mesma. As respostas dos outros catorze coordenadores de curso foram organizadas em duas categorias:

- a. Estratégias de ensino;
- b. Promoção de saúde como tema transversal do curso.

4.4.2.1 Estratégias de ensino

Nesta categoria estão incluídas as respostas dos coordenadores relacionadas às estratégias de ensino, caracterizadas por atividades de extensão, ensino e eventos pedagógicos. Interessante observar que ocorre certa repetição das respostas relacionadas às questões dez e treze, as quais questionam: “que tipo de atividades são desenvolvidas nos estágios?” e “de que forma se dá a preparação para desenvolver ações de promoção de saúde na área de fisioterapia, em termos teóricos e práticos?”, respectivamente.

Os coordenadores dos cursos 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, citaram em suas respostas tais atividades, como exemplificado a seguir.

Através de atividades de extensão e nas disciplinas curriculares onde a vivência e a convivência da realidade traz subsídios para a reflexão do aluno frente a diversidade encontrada na comunidade (CURSO 4).

Principalmente através da prática nos campos de estágios nos convênios via prefeituras municipais, onde o acadêmico de fisioterapia aplica os fundamentos teóricos da promoção de saúde em fisioterapia aprendidos nas disciplinas da grade curricular (CURSO 10).

Como observado acima, esta categoria acabou sendo repetida no item 4.2.2.4 que trata das estratégias didáticas utilizadas nos estágios, momento em que tratamos do perfil

dos cursos de graduação em fisioterapia para a formação em promoção de saúde. Torna-se, portanto, desnecessário tecer novamente as discussões sobre este assunto.

4.4.2.2 Promoção de saúde como tema transversal do curso.

As respostas dos coordenadores dos cursos pesquisados que apresentavam como eixo a perspectiva da promoção de saúde como tema transversal do curso ou a preocupação de identificar e desenvolver uma base para que o curso se estruture neste sentido, resultou nesta categoria.

Os coordenadores dos cursos 1, 2, 3 e 8, fizeram essa citação em suas respostas. A seguir, exemplificamos com as respostas dos coordenadores dos cursos dois e oito.

Em todas as disciplinas, é apresentada ao aluno a importância da promoção de saúde; teorias nas disciplinas dos ciclos específicos e em termos práticos, nas disciplinas de estágio supervisionado em Saúde Coletiva (CURSO 2).

Deixando claro ao aluno que a fisioterapia não trabalha apenas a reabilitação ou a doença, que promover a saúde é melhor que tratar a doença. Quando ele vai para as UBS para o trabalho preventivo em grupo, ele está trabalhando promoção de saúde (CURSO 8).

Foi interessante conhecer a resposta do curso 1, que se referiu ao conceito de promoção de saúde no início da sua citação:

Primeiramente é necessário conceituar o que se entende por “promoção”. Entendemos que promover saúde pode ser traduzido em toda ação que melhore o estado de saúde da população (ou condição de saúde). Trabalhamos então, com a condição de saúde e não com a doença. Neste sentido, nos três níveis de atenção, fazemos promoção de saúde, desde as disciplinas teóricas, práticas e estágios; nas ações de intervenção, propriamente ditas; nas orientações feitas com os pacientes e

seus familiares; nas visitas domiciliares; nas ações de educação em saúde (grupos de comunidade, nas escolas, asilos, creches, *etc...*) (CURSO 1).

Neste caso, o coordenador reforça a importância de se trabalhar com o novo conceito de saúde, em que são consideradas as condições de saúde do indivíduo e da população e não se mantém preso somente ao conceito de doença ou sua ausência, como se nada pudesse ser feito nas diversas condições que se apresentarem.

Outra resposta que nos chamou a atenção foi a que o coordenador do curso três deu sobre a questão da preparação para ações de promoção de saúde na área de fisioterapia.

Entendemos que estamos começando agora e temos muito que aprender e aprimorar, visto que é uma área recente, que ainda não está homologada e que há uma heterogeneidade e discrepâncias de conhecimentos científicos e culturais entre os profissionais que historicamente já atuam nesse espaço e a Fisioterapia que está entrando recentemente para estabelecer um trabalho que seja realmente em atenção e promoção de saúde. Estamos relatando isso, visto que até a algum tempo, o fisioterapeuta era contratado para fazer, praticamente, atendimentos ambulatoriais nos Postos de Saúde. Raras eram as atividades de prevenção, promoção e educação em saúde. No que se refere ao embasamento e preparo do aluno por parte da [...]; estamos empenhando no enriquecimento e profissionalização dos conteúdos teóricos e práticos. A matriz curricular foi reformulada com essa ideologia e na prática isso é reforçado e sedimentado por meio da prática nos locais onde a atenção primária possa de fato ocorrer e na aplicação e estímulo a trabalhos científicos e atividade que alcançam, pelo menos, um mínimo de evidência científica. Você poderá observar que isso ocorre na aplicação do 3º, 4º e 5º eixos da descrição da matriz curricular (CURSO 3).

Concordamos com a afirmação de ainda ser uma área recente para a fisioterapia, e consideramos que a questão de ainda não estar homologada se refere a não inclusão formal do fisioterapeuta na atenção primária, pois de acordo com as diretrizes curriculares o profissional deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde.

Esta citação reforça as práticas de atenção secundária e terciária em fisioterapia e sua pequena atuação na atenção primária, por outro lado, refere-se ao empenho da IES em melhorar a abordagem em APS, inclusive pela reformulação de sua matriz curricular.

Existiu a necessidade de se conceituar promoção de saúde e a própria saúde. A promoção de saúde, algumas vezes, tem sido confundida e indiferenciada do conceito de prevenção.

Segundo Czeresnia e Freitas (2003, p.47 - 48), “a idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde”. Vai além de uma aplicação técnica e normativa, ou seja, “não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle”, mas, construir a capacidade de escolha e de utilização do conhecimento com discernimento para atentar para “as diferenças e singularidades dos acontecimentos”.

Segundo Carvalho (2005, p.58), existem numerosas definições para a promoção de saúde, devido às diferentes considerações políticas, sociais e teóricas, tornando impossível uma única definição universalmente aceita, variando de acordo com os objetivos, população-alvo, foco e tipo de intervenção.

Porém, a OMS define promoção de saúde como:

[...] o processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde considerando que este processo passa a representar um conceito unificador para quem reconhece a necessidade básica de mudança, tanto nos modos quanto nas condições de vida, visando a promoção da saúde (CARVALHO, 2005, p.58).

A OMS reconhece promoção de saúde como uma estratégia de mediação de pessoas e seu meio ambiente, combinando a escolha pessoal e responsabilidade social para a saúde, com a finalidade de se criar um futuro mais saudável. Tornam-se objetos das ações de promoção de saúde os indivíduos e coletivos humanos.

Para que um indivíduo ou coletivo tenha saúde, a promoção de saúde preconiza que é necessário que tenham capacidade de “identificar e realizar aspirações, satisfazer

necessidades, transformar e (ou) desenvolver mecanismos de adaptação ao meio ambiente” (WHO, 1986, apud CARVALHO, 2005, p.58).

Uma das estratégias-chave da promoção de saúde é o conceito de “empowerment”, que pode ser definido como o “acúmulo de poder em distintos âmbitos da vida em sociedade”, sendo percebido como um “processo e, ao mesmo tempo, um resultado de ações que afetam a distribuição do poder”. Por meio do “empowerment” pretende-se “capacitar e/ou possibilitar que indivíduos e coletivos se preparem para responder, de maneira criativa, aos desafios biopsicológicos e sociais da vida social” (CARVALHO, 2005, p.62).

Castiel (2004; p.617), salienta que a promoção de saúde adota uma série de estratégias políticas que abrangem desde posturas conservadoras até perspectivas radicais ou libertárias. A partir da visão conservadora, promoção de saúde seria “um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde”, e assim, diminuir os custos financeiros na assistência à saúde.

Por outro lado, na visão radical ou libertária, segundo o mesmo autor, promoção de saúde atuaria “como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e o Estado, pela ênfase em políticas públicas e ação intersetorial”, também podendo constituir-se “numa perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas”.

Os coordenadores também foram questionados sobre as ações específicas do fisioterapeuta na promoção de saúde, sob a perspectiva dos mesmos. Suas respostas foram categorizadas a partir das ações por eles descritas em: ações de educação em saúde; ações de prevenção não – especificadas; ações definidas pela política nacional de saúde; ações não - especificadas.

4.4.2.2.a Ações de educação em saúde

Nesta categoria estão incluídas as respostas dos coordenadores relacionadas à ações de educação em saúde. Os coordenadores que citaram em suas respostas estas ações como ações de promoção de saúde foram dos cursos 1, 5, 9, 10, 12, 15. Abaixo são relatados três exemplos das respostas obtidas.

[...] Mais especificamente na atenção mais ampliada à saúde, não somente no atendimento propriamente dito. [...] reuniões com pais, pacientes, familiares, cuidadores, etc., facilitando as orientações e compreensão das informações em saúde, bem como elaborar documentos de fácil acesso e leitura pela comunidade e/ou paciente (folders, cartazes, etc.) (CURSO 1).

Participação como profissional integrante – em palestras, trabalho de conscientização e atividades diretas com o paciente e comunidade em geral (CURSO 5).

Educativas, atendimento grupal e coletivo (CURSO 15).

No item 4.2.2.3.a, também foram relatadas as práticas que envolvem atividades de educação em saúde, relacionadas às atividades desenvolvidas nos estágios oferecidos para atuação na área de promoção de saúde.

Naquele momento foi realizada uma ampla discussão sobre educação em saúde, o que torna desnecessária a mesma abordagem nesse contexto, evitando-se correr o risco de se tornar repetitivo e enfadonho.

4.4.2.2.b Ações de prevenção não especificadas

Foram identificadas algumas respostas citando ações preventivas, porém sem especificação, às vezes sendo relacionadas a algumas morbidades pré – existentes. Abaixo, para exemplificar, foram citadas as respostas de três coordenadores. Nessa categoria foram incluídas as respostas dos coordenadores dos cursos 2, 4, 10, 11, 12.

Prevenção de morbidades como hipertensão arterial, diabetes, doenças respiratórias, em uroginecologia, doenças ocupacionais, etc. (CURSO 2).

Campanhas enfocando os principais fatores de risco ligados ao objeto de trabalho do fisioterapeuta, o movimento humano, sendo este relacionado aos ciclos de vida do ser humano. Ações preventivas direcionadas a determinados grupos populacionais portadores ou não de graves problemas de distúrbios de discinesia humana nos seus amplos aspectos (CURSO 10).

Atuar com populações especiais, o exercício como forma de prevenção (CURSO 11).

O que podemos considerar nestas respostas é a relação que novamente fazemos com ações que envolvem estados de morbidades pré-existentes (diabetes, graves problemas de distúrbios de discinesia humana), ou ações preventivas de fatores de risco ligados ao movimento humano, realizadas a partir de campanhas educativas.

O exercício como forma de prevenção também é citado, porém a partir de uma atuação com populações especiais, ou seja, percebemos a nossa dificuldade em estabelecer outras formas de atuação que não estejam direta ou indiretamente vinculadas a uma patologia associada ou pré-existente.

4.4.2.2.c Ações definidas pela política nacional de saúde

Nas respostas que constituíram esta categoria identificamos ações definidas em programas que o Ministério da Saúde prioriza dentro da atuação das equipes de saúde da família: saúde da criança e do adolescente; idoso; gestante (cursos 7, 14).

Atividades individuais e em grupo voltadas para a realidade da população envolvida; as ações priorizam os programas de assistência e promoção à saúde preconizadas pelas políticas de saúde do país com enfoque à saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, e saúde do idoso, bem como em ações inseridos no Programa de Saúde da Família expandindo as atividades para assistência domiciliar (CURSO 7).

De acordo com a portaria 1065 do Ministério da Saúde dentro dos Núcleos de Apoio Integral, as ações de promoção de responsabilidade do Núcleo Reabilitação no qual se encontra o Fisioterapeuta são as seguintes: Ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF incluindo aspectos físicos como consciência e cuidados com o corpo, postura; Ações para subsidiar o trabalho das ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil; Ações conjuntas com as ESF visando acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento; Ações para prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos (CURSO 14).

O governo federal definiu alguns programas priorizados para a atenção e cuidados realizados pelas equipes de saúde da família como: saúde da criança, saúde da mulher, eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, saúde do adulto e do idoso, controle do diabetes mellitus e hipertensão arterial, ações de saúde bucal, saúde mental e vigilância epidemiológica.

Estas ações são definidas como ações de organização da atenção básica objetivando o controle de doenças crônicas prevalentes em nossa população (diabetes e hipertensão arterial), a diminuição da solicitação desnecessária de exames, a racionalização dos encaminhamentos para os serviços de maior complexidade, a diminuição da procura direta aos atendimentos de urgência e hospitalares, reduzindo com isto, os gastos com os serviços de saúde.

Estas metas estão relacionadas e regulamentadas na Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS), editada pela Portaria do Ministério da Saúde em 26 de janeiro de 2001, a qual “estabelece as principais responsabilidades da atenção básica a serem executadas pelas equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal” (LIMA apud REVISTA ENFERMAGEM ATUAL; ANO 5; n°. 30; p. 44; 2005).

A Portaria n°. 648/GM de 28 de março de 2006, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento de desenvolvimento da atenção básica, a expansão do PSF como estratégia prioritária para a sua reorganização, entre outras considerações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SAS/DAB, 2006).

Foram definidas, neste documento, como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional, visando à operacionalização da Atenção Básica: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e promoção de saúde. Percebemos que, além das áreas estratégicas definidas pela NOAS, foram acrescentadas: eliminação da desnutrição infantil e promoção de saúde.

Com relação aos Núcleos de Atenção Integral, citado pelo coordenador do curso catorze, foram criados com o objetivo de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde. Porém, ainda não chegaram a funcionar de forma a cumprir seus objetivos, pela justificativa de falta de recursos financeiros para sua implantação e manutenção. Esperamos que esta Portaria não seja esquecida, mas que se encontrem formas alternativas

para sua efetivação no sentido de proporcionar maior integralidade às ações das ESF, e maior resolutividade da atenção à saúde.

4.4.2.2.d Ações não especificadas

Percebemos que algumas respostas apresentavam ações não especificadas de atuação do profissional em promoção de saúde, como as dos cursos 3, 6, 8, relacionadas abaixo, e que se constituíram nesta categoria.

Visto que todo profissional da saúde é, do ponto de vista da formação generalista, um agente de saúde; ele estará apto a realizar qualquer ação de promoção de saúde [...] (CURSO 3).

Na Clínica Geral, hospitais, esporte e reabilitação profissional (CURSO 6).

Ginástica laboral, orientações, cursos, puericultura, etc. (CURSO 8).

O que significa para o fisioterapeuta atuar em promoção de saúde? Retornando ao conceito de promoção de saúde dado pela OMS e citado anteriormente como “o processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde”. Então, qual seria o papel do profissional fisioterapeuta nessa área? Atuar sobre os determinantes da saúde? O que são determinantes de saúde?

Determinantes de saúde são aqueles relacionados com agentes biológicos, nutrientes, químicos, físicos ou mecânicos, idade, sexo, raça, hábitos, estado civil, hereditariedade, fatores ocupacionais, clima, tempo, estação do ano, geografia, meio ambiente, escola, lazer, água e esgoto, fatores sociais, culturais e econômicos. Atualmente se

acrescentando a globalização, as políticas, a violência, a fome, o desemprego, habitação (ou a falta), conflitos, entre outros.

A OMS concluiu que os maiores determinantes da saúde de vários países do mundo, incluindo-se o Brasil, são os determinantes sociais da saúde. Para uma melhor compreensão do assunto, é necessário definir desigualdade, iniquidade e determinantes sociais de saúde.

De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), desigualdade pode ser definida como “diferenças sistemáticas na situação de saúde de grupos populacionais”; iniquidades como “desigualdades na saúde evitáveis, injustas e desnecessárias”; e determinantes sociais de saúde como “as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou ‘as características sociais dentro das quais a vida transcorre’” (TARLOV, 1996, apud CNDSS, 2006).

Qual a postura do fisioterapeuta diante desta realidade? Por que continuar enfocando somente ou prioritariamente morbidades pré-existentes, enquanto se chega à conclusão que os fatores de adoecimento estão localizados numa esfera muito mais abrangente? Onde devem estar os profissionais de saúde que atuam em saúde pública (ou não), quanto à sua responsabilidade sobre estes determinantes e que dizem fazer promoção de saúde?

Poderia simplesmente responder que essa não é uma questão para profissionais de saúde, mas de outros setores, incluindo-se os políticos e suas políticas.... Torna-se muito simples manter uma postura distante deste quadro, ao mesmo tempo em que se delega à outros a responsabilidade de atuação sobre os determinantes sociais de saúde, tentando acreditar que através de orientações educativas estamos cumprindo nosso papel, ou acreditarmos que as coisas são assim mesmo, e não há o que fazer, num discurso fatalista próprio do neoliberalismo.

Parafraseando Paulo Freire, “nenhuma realidade é assim porque assim tem que ser. Está sendo assim porque interesses fortes de quem têm poder a fazem assim” (FREIRE, 2000, p.123).

Consideramos que não se pode fugir desse compromisso com a saúde da população. Devemos aproveitar esse momento em que temos possibilidades e condições de realizar mudanças no posicionamento das pessoas com relação aos determinantes de sua própria saúde, dando-lhes condições de escolher e lutar por suas escolhas. Afinal essa é uma grande mudança paradigmática na concepção de saúde, e na qual o fisioterapeuta se vê inserido enquanto profissional da saúde.

Ações de promoção de saúde específicas do fisioterapeuta, em nossa concepção e em conformidade com o conceito de promoção de saúde, seriam aquelas ações que vão além da tradicional definição de Leavell e Clark, que a consideravam como ações executadas antes que a doença se instalasse. Consideramos, no entanto, promoção de saúde como ações integrais, que vão além de ações fragmentadas, mas que envolvem diferentes dimensões do processo saúde-doença, como as ações intersetoriais, as políticas públicas, o desenvolvimento da capacidade de autonomia do usuário.

Em ações não específicas do fisioterapeuta, mas de qualquer profissional de saúde, envolvidos novamente em ações inter e intrasetoriais e multiprofissionais, no sentido de melhorar as condições de vida da população, como condições de habitação, saneamento básico, escolaridade, transporte, violência em suas mais abrangentes formas, enfim em inúmeras condições e meios para se desenvolver a cidadania da população envolvida. Realizando ações de forma construtivista e não paternalista, dando autonomia à população para que ela mesma faça suas escolhas, ou lute por elas.

Percebemos que as verdadeiras ações promotoras de saúde dependem de uma articulação e envolvimento de diferentes profissionais e setores. Depende do entendimento

destes sobre o que são determinantes de saúde e depende ainda, de vontade, desejo de atuar sobre tais determinantes, com sabedoria, humildade e compromisso, para distinguir o seu papel, respeitar e acolher o papel de outros profissionais, em benefício de verdadeiras mudanças.

Torna-se, portanto, imprescindível uma alteração cultural, uma mudança de postura profissional a partir de todas as modificações dos conceitos de saúde aceitos atualmente. Consideramos que promoção de saúde é isso: mudança na posição dos profissionais, mudanças nos seus conceitos, vontade de ir além da abordagem da doença e reconhecimento de seu papel enquanto cidadão e de seu compromisso com a saúde da população.

Promoção de saúde além de uma estratégia se configura, em nossa concepção, de um paradigma, em que não basta realizar ações, mas é preciso que ocorram mudanças conceituais, criatividade e posicionamento profissional.

4.4.3. Formação para atenção integral em Fisioterapia

As questões dezessete e dezoito foram formuladas para conhecermos a opinião dos coordenadores sobre a preparação dos alunos para uma atenção integral, como propõem as DCN, e sobre o nível mais focado, justificando sua resposta. As perguntas foram as seguintes, respectivamente: “Você acha que os cursos de graduação em fisioterapia têm preparado os alunos para atuarem nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário)? Por quê?”; “Se sim, em sua opinião, existe algum nível mais focado? Por quê?”

As respostas à primeira questão foram as seguintes: quatro coordenadores responderam que não (Cursos 1, 2, 3, 8), o curso cinco respondeu que parcialmente, um não definiu em sua resposta a questão (curso 9) e nove responderam que sim, os cursos têm preparado os alunos para atuarem nos três níveis de atenção à saúde (cursos 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15).

Com relação às respostas à questão dezoito, sobre o nível mais focado, identificamos: seis cursos (cursos 1, 2, 3, 7, 11 e 15) responderam serem os níveis secundário e terciário os mais focados pelas IES; três referiram-se somente ao nível terciário (cursos 4, 8, 14); dois coordenadores não responderam à questão (cursos 5, 9); um referiu-se somente ao nível primário (curso 10) e dois coordenadores relataram os três níveis de atenção à saúde (cursos 6, 12). Portanto, a grande maioria dos coordenadores percebe que os níveis de maior enfoque dentro da formação do fisioterapeuta ainda são os níveis secundário e terciário de atenção.

As respostas dos coordenadores foram categorizadas de acordo com as justificativas apresentadas, porém achamos interessante efetuarmos as discussões relativas às duas questões ao mesmo tempo.

4.4.3.1 Atuação integral

Nesta categoria foram identificadas as respostas dos coordenadores que acreditam na preparação para atuação do fisioterapeuta nos três níveis de atenção, seja em função das DCN, projeto pedagógico ou matriz curricular, ou do comprometimento institucional.

As respostas dos coordenadores dos cursos 4, 6, 10, 12, 13 e 15, se enquadram nesta categoria, sendo exemplificada abaixo.

Depende das IES. Posso afirmar apenas em relação a [...] visto que é preocupação nossa assim como do projeto pedagógico a formação generalista (CURSO 6).

Se tivermos como base as novas diretrizes curriculares dos cursos de fisioterapia, sim (CURSO 10).

Do ponto de vista da matriz curricular, sim. Pelo menos a maioria deles (CURSO 15).

Já discutimos anteriormente o enfoque que as DCN dão à formação para atuação integral dos profissionais das áreas de saúde, e neste caso, especificamente da fisioterapia. Consideramos que as mudanças têm acontecido em função das DCN e principalmente em função dos critérios de avaliação dos cursos também em conformidade com este documento que rege a formação em fisioterapia.

Consideramos ainda desnecessário retomarmos esta discussão neste momento.

Interessante ressaltar as respostas referentes ao nível mais enfocado pertinentes aos mesmos cursos, abaixo exemplificadas.

Terciário. A falta do conhecimento a cerca dos três níveis faz com que muitas trabalhem ou desenvolvam somente a seqüela, residual e/ou a incapacidade a ser minimizada. Outro ponto importante está relacionada a visão do aluno pois muitos vislumbram uma realidade voltada a prática profissional confinado a uma clínica ou dentro de instituições hospitalares (CURSO 4).

O da inclusão do Fisioterapeuta nas ESF. Devido a necessidade da inclusão, necessidade requerida tanto pelos profissionais que compõe a equipe de ESF, como pela população atendida. Como também pelo direcionamento do governo federal do investimento nestes programas (CURSO 10).

Atenção básica (CURSO 13).

Ainda o enfoque maior é para a reabilitação (CURSO 15).

Percebemos que apesar de terem respondido que os cursos preparam os alunos para uma atuação integral, as respostas ao nível de maior enfoque são variadas, em que alguns

acreditam ainda ser o nível terciário (Cursos 4 e 15); outros, porém, já apostam que o nível mais focado seja a atenção básica (Cursos 10 e 13).

Chamou-nos a atenção a questão da inclusão do fisioterapeuta na ESF, relacionada às necessidades requeridas por outros profissionais e também pela própria população.

No item 4.4.1 sobre a formação em atenção primária à saúde, foram citadas várias experiências de inclusão do fisioterapeuta na APS, em ESF, sendo desnecessário retomar a mesma discussão. Fica a percepção de que existe um movimento no sentido de fazer sentir à população, aos outros profissionais e aos gestores a importância da presença do profissional fisioterapeuta para se efetivar uma atenção integral à saúde.

4.4.3.2 Atuação “parcialmente integral” ou vinculada à questões culturais

Parece estranho dizer atuação “parcialmente” integral, porém esta foi identificada como uma das categorias encontradas nas respostas de alguns coordenadores, referindo-se a atuações que estão se iniciando na atenção primária, apesar de culturalmente o fisioterapeuta desenvolver mais ações de atenção secundária e terciária. Diante desse contexto, foram incluídas nesta categoria as respostas dos coordenadores dos cursos 5, 11 e 14, exemplificadas a seguir.

Parcialmente. Como já citei anteriormente devido a cultura de que o profissional fisioterapeuta trabalha com “reabilitação” (CURSO 5).

Atualmente sim apesar de que o enfoque continua sendo a nível terciário. A atenção primária ainda é incipiente (CURSO 14).

Em relação ao nível de maior enfoque destacamos as respostas dos coordenadores dos cursos onze e catorze que responderam a essa questão. O coordenador do curso quinze não respondeu a referida questão.

Sem dúvidas o secundário e o terciário (CURSO 11).

Sim. Nível terciário. Culturalmente o fisioterapeuta foi formado para a reabilitação. Falta massa crítica de profissionais capacitados a trabalharem a atenção básica (CURSO 14).

Observamos que os coordenadores destes cursos percebem as alterações que estão acontecendo, porém, ainda confirmam o maior enfoque aos níveis secundário e terciário da atenção. Entendemos que suas justificativas se baseiam principalmente nas questões históricas e culturais pertinentes a atuação do fisioterapeuta.

Consideramos, no entanto, que em relação à citação do coordenador do curso catorze sobre a “falta de massa crítica de profissionais”, esta pode estar vinculada a pouca informação e formação teórica e prática para atuação em atenção básica, mas que poderá vir a ser construída a partir das ações que já estão sendo desenvolvidas pelos diversos cursos em estudo.

4.4.3.3 Atuação nos níveis secundário e terciário

Alguns coordenadores foram categóricos em afirmar que os cursos têm preparado o aluno para atuação na atenção secundária e terciária, identificada como uma das categorias encontradas (Cursos 1, 2, 3 e 8). Podemos constatar essa realidade através das respostas abaixo.

Ainda não. Acho que a maioria dos cursos de graduação preparou os alunos para atenção nos níveis secundários e terciários. Acho que esse panorama será modificado futuramente (CURSO 2).

Não, a maioria dos cursos ainda está no modelo hospitalocêntrico, medicocentrado, formando profissionais para o público privado e muito mais para o terciário (CURSO 8).

Também nas respostas encontradas referentes ao nível de maior enfoque, destacamos:

Sim, o 2º e o 3º (CURSO 1).

[...] Acho que a maioria dos cursos de graduação preparou os alunos para atenção nos níveis secundários e terciários. [...] (CURSO 2).

[...] a atuação do fisioterapeuta está muito voltada, ainda, para a atenção secundária e terciária.[...] (CURSO 3).

[...] muito mais para o terciário (CURSO 8).

Existe uma coerência entre as respostas dos coordenadores às duas questões, em que consideramos que estes percebem os níveis secundário e terciário como os de maior enfoque, mas ao mesmo tempo não excluem as mudanças no futuro da atuação deste profissional.

4.4.3.4 Respostas vagas.

Dois coordenadores não especificaram bem suas respostas, como no caso dos representantes dos cursos sete e nove, citadas abaixo.

Sim (CURSO 7).

Só posso opinar pelo curso [...] pois não conheço os demais a ponto de poder tecer comentários.. (CURSO 9).

Como já citado por várias vezes, as DCN recomendam uma formação generalista, com o desenvolvimento de habilidades e competências para a atuação nos três níveis de atenção à saúde. O que percebemos é que, novamente, parece existir uma tendência em preparar os alunos para atuarem nos três níveis, mas de forma gradual e ainda de forma não consolidada devido ao próprio processo de mudança ser tão recente.

4.4.4 Práticas técnico-curativistas *versus* prevenção de doenças/promoção de saúde

Buscando-se complementar a questão relacionada ao preparo para atuação integral, formulamos a questão dezoito em que questionamos se, sob a perspectiva dos coordenadores, estes consideram que os cursos estão mais envolvidos com a prática técnico-curativista do que com a prevenção e promoção de saúde e por quê.

Vale ressaltar que o nosso objetivo com esta questão diz respeito ao interesse em conhecer como os coordenadores percebem a fundamentação dos cursos de fisioterapia hoje, se ainda baseados no modelo biomédico ou da promoção de saúde.

Treze coordenadores dos cursos participantes do estudo responderam de forma afirmativa ao questionamento de que os cursos ainda se mantêm envolvidos principalmente com as práticas técnico-curativistas do que com prevenção e promoção de saúde. Um dos coordenadores (Curso 6) não respondeu à questão e o coordenador do curso nove afirmou que no curso que coordena não estão trabalhando apenas o técnico – curativo com seus alunos.

Identificamos três categorias nas respostas obtidas: aspectos culturais; despreparo profissional; respostas vagas.

4.4.4.1 Aspectos culturais

Nesta categoria identificamos as respostas dos coordenadores dos cursos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 12, 14 e 15, que citam como justificativa para os cursos de graduação em fisioterapia enfocarem mais as práticas técnico-curativistas que preventivas ou promotoras de saúde, a questão cultural que envolve a profissão. Como citado anteriormente, essa é uma realidade histórica em fisioterapia, e todas essas mudanças paradigmáticas também nos sobressaltaram com a proposta de novas formas de atuar que jamais haviam sido vislumbradas até então.

Seguem alguns exemplos que espelham o pensamento dos coordenadores citados.

[...] devido à cultura de que o profissional fisioterapeuta trabalha com “reabilitação” (CURSO 5).

Sim, pois culturalmente a fisioterapia tem a atuação voltada para estas áreas, por ser uma profissão com enfoque de práticas voltadas para a cura e a reabilitação (CURSO 7).

Os acadêmicos iniciam o curso de fisioterapia com a mentalidade apenas curativa. Mas, trabalhar com a prevenção vai depender de como o enfoque é dado, ou seja, o aluno segue as propostas dos professores. Temos que trabalhar com os professores incentivando-os a desenvolver projetos de extensão, voltados a prevenção. Aqui no [...] preocupamos muito com a Responsabilidade Social no qual incentivamos muito nossos alunos desde o primeiro período. Acredito que só desta forma conseguiremos mudar a mentalidade do aluno que fisioterapia não é apenas curativo e sim principalmente preventivo (CURSO 12)

A prática do fisioterapeuta e sua formação têm mantido essa tendência a uma atuação em clínicas, hospitais ou ambulatórios, prestando uma atenção elitizada a partir da qual muitos alunos fazem sua escolha profissional, e em vários casos desconhecendo outras possibilidades de atuação, apesar de ser este um dos compromissos da universidade.

Sob o prisma do profissional, infelizmente temos notado que o fisioterapeuta geralmente não está preocupado com a questão da fisioterapia social, talvez por vislumbrá-la apenas exercida em entidades públicas e em algumas organizações não governamentais (ONGs). Com isto não participa efetivamente na fixação da imagem do profissional com visão social importante (MENEZES, REVISTA “O COFFITO”, 2001, p. 3).

Como citado nos capítulos iniciais, historicamente a Fisioterapia sempre foi mais voltada para a reabilitação, chegando-se a ser quase sinônimo desta. As especialidades também têm marcado o desenvolvimento da profissão, assim como das demais profissões da área de saúde. Portanto, os coordenadores desses cursos citados acima estão apenas refletindo uma visão histórica da profissão, o que não tira a possibilidade de ampliação de seu campo de atuação, como também uma visão das realidades do país, conhecendo melhor sua saúde pública.

Mais uma vez é citada (Curso 12) a importância de sensibilizar o corpo docente para as questões relacionadas à atenção primária, em especial, à promoção de saúde. O mesmo coordenador acrescenta que somente assim será possível mudar a cultura do acadêmico com relação às práticas curativistas e também preventivas na Fisioterapia.

Sob o aspecto da formação, embora disciplina obrigatória na formação dos profissionais de saúde, as instituições de ensino superior não tem garantido em seus currículos a disciplina de Saúde Pública na extensão necessária à correta informação e formação profissional. Não raro, encontramos escassa carga horária de 30 ou pouco mais horas, insuficiente para minimamente oferecer o embasamento necessário para esta atuação, unindo teoria e prática. Por outro lado, o indivíduo responsável por esta disciplina nem sempre se encontra plenamente preparado, justificando assertivas freqüentes de que nem o profissional docente acredita no que está ensinando, e nem o aluno no que está aprendendo (MENEZES, REVISTA “O COFFITO”, 2001, p. 3).

Apesar de muitos profissionais buscarem conhecimentos relacionados à atenção básica, ao SUS, e às várias formas de atuação do fisioterapeuta, ainda é pouco diante da necessidade de se conquistar esse espaço na atenção à saúde.

4.4.4.2 Despreparo profissional

Nesta categoria estão incluídas as respostas citadas pelos coordenadores dos cursos participantes do estudo relacionadas ao “despreparo” de docentes, dirigentes e coordenadores de cursos de fisioterapia. É interessante observar a formação do fisioterapeuta, de acordo com o ponto de vista dos coordenadores dos cursos 8, 10 e 13.

Talvez pelo próprio despreparo dos professores, coordenação e direção (CURSO 8).

Baixa informação do quadro docente e direção de instituições, composto por fisioterapeutas não conhecedores deste paradigma na formação de profissionais de saúde, como também baixo investimento do governo federal na inclusão do Fisioterapeuta nestes programas (CURSO 10).

Pela falta de preparo do próprio profissional fisioterapeuta para atuar na atenção básica. Não podemos afirmar nos dias de hoje que possuímos número suficiente de docente-coordenadores de curso com visão e formação no âmbito do SUS que nos possa dar tranquilidade de abandonar precocemente o modelo curativista centrado exclusivamente na doença. O perfil do novo profissional está tendo a felicidade de formar agora (CURSO 13).

No mundo do trabalho é comum se ouvir que a “principal riqueza das empresas de ponta reside na qualidade de seu capital humano, por razões mais fortes essa afirmação se revela verdadeira para as instituições de ensino superior”, pois suas “missões (ensino, pesquisa e extensão) encerram níveis elevados de complexidade e exigência” (UNESCO/CRUB, 1999, p.142).

A qualidade do ensino se revela em função da qualidade dos componentes do sistema, entre eles a qualidade do pessoal, sua qualificação, habilidades e competências. Requerem da parte dos professores “não somente níveis de aptidão particularmente elevados, mas também uma vontade de se comprometer e valores éticos compatíveis com as exigências de uma qualidade orientada pela pertinência social” (UNESCO/CRUB; 1999; p.142).

4.4.4.3 Respostas vagas

Nesta categoria encontram-se as respostas que não conseguimos incluir em nenhuma outra categoria. Estão incluídas as respostas dos coordenadores dos cursos 6, 9 e 11.

Abaixo, exemplos de citações.

Acredito que haja divergência ideológica a qual a ABENFISIO tenta dirimir ao longo de fóruns e discussões (CURSO 6).

Só posso opinar pelo curso [...] pois não conheço os demais a ponto de poder tecer comentários. No que diz respeito ao curso que coordeno, seguramente não estamos trabalhando apenas o técnico curativo com nossos alunos (CURSO 9).

Sim o próprio mercado de trabalho nos obriga (CURSO11).

Um dos coordenadores referiu-se à divergência ideológica. Ao que parece para este coordenador, esta é também uma questão ideológica e que cabe à ABENFISIO trabalhar esta questão em fóruns e discussões.

Outra preocupação é novamente com o mercado de trabalho, mas todas as observações a respeito desses posicionamentos já foram feitas anteriormente, no item 4.1.

4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Alguns pontos de vista foram colocados na questão vinte, em que abrimos espaço para aqueles que gostariam de acrescentar observações às suas respostas ou ao questionário, e que enriqueceram o estudo. Entre essas observações destacamos as considerações dos coordenadores dos cursos 1, 3, 5, 8 e 15.

Estas questões nos levam a pensar o seguinte: só estamos pensando em prevenção, promoção e no sistema público, porque as ações voltadas à doença, à cura e ao sistema privado não estão melhorando as condições de saúde e de vida da população. Estamos encarecendo as ações de diagnóstico e tratamento, afastando a grande maioria da população das nossas ações e benefícios. Isso é um sinal positivo e recentes pesquisas mostram isso. Quando pensaríamos em ter fisioterapeutas na Saúde Coletiva? Fisioterapeutas estes interessados em discutir Diretrizes Curriculares? Estamos em um momento de grande avanço para nossa profissão - de ampliação de nossas ações, de preocupação social e de intensa participação política (CURSO 1).

Há muitas variáveis e questões que interferem nas perguntas 17 a 19; social, política, econômica e principalmente cultural e educacional. A quebra de paradigmas na área da saúde é um processo árduo para nós que temos uma formação muito positivista. Acrescente-se a isso, a visão capitalista e utilitarista do momento. Acredito sinceramente, que estamos sendo empurrados e obrigados a mudarmos de conduta, pois não está havendo espaço para o fisioterapeuta técnico mais, tampouco para qualquer profissional da área da saúde que se comporte desse jeito. As pessoas de uma forma geral estão mais exigentes e aquelas que ainda não conseguiram verbalizar isso, estão demonstrando de alguma forma a sua insatisfação com algumas abordagens e tipos de tratamento. Elas estão questionando mais e não agüentam as recidivas de suas doenças ou seus desconfortos. Penso que isso é uma questão ambivalente e, portanto útil para duas coisas; para mostrar que temos que atuar e abordar o cliente de outra maneira, propiciando e estimulando a adesão do mesmo, mostrando o caminho para a eficácia do tratamento e; que o cliente tem que se responsabilizar e abraçar a sua própria causa, fazendo a sua parte, comprometendo-se com ele mesmo. O profissional da saúde não tem como se responsabilizar por todo o processo de prevenção, promoção, acompanhamento e tratamento da população se esta não está apta a receber e compreender a dinâmica desse trabalho. É preciso educação e melhores condições de vida (CURSO 3).

Acredito que a fisioterapia está passando por um momento importante de reconstrução desses paradigmas. Os encontros recentes como os Fóruns e encontros da ABENFISIO têm mostrado a busca por um grande número de profissionais preocupados com a formação e futuro profissional. Estamos no caminho certo (CURSO 5).

Gostaria de ressaltar a necessidade de inserção do fisioterapeuta na saúde coletiva, não deve ser somente para abrir mais um campo de emprego e sim conscientizar o estudante da necessidade de se trabalhar para a comunidade. Ensinando que a

prevenção inclusive reduziria os gastos públicos com a saúde. O fisioterapeuta precisa participar da promoção de saúde em seu município e saber o que a população precisa e não o que as escolas querem formar. Deixar claro para os profissionais que fisioterapia na saúde coletiva não é somente PSF (CURSO 8).

Além do problema da formação é necessária uma mobilização política objetivando a inserção do fisioterapeuta na atenção em saúde coletiva. Mesmo representantes do Ministério e Secretaria Estadual da Saúde desconhecem as possibilidades de atuação do fisioterapeuta na atenção básica (CURSO 15).

Consideramos que alguns coordenadores se sentiram à vontade ou sentiram necessidade de tecerem algumas considerações, que percebemos como desabafos sobre o que pensam acerca deste momento de busca, transformação, construção de novos caminhos até então não percorridos. Entendemos que algumas considerações são difíceis de serem feitas, exigindo um posicionamento profissional.

Percebemos que existe um amadurecimento do fisioterapeuta relatado por alguns coordenadores, quando citam, por exemplo, que hoje existem fisioterapeutas preocupados em discutir as DCN, ou atuando em saúde pública.

Saúde pública considerada não apenas como mais um campo de atuação profissional, mas como possibilidade de uma maior aproximação do fisioterapeuta da comunidade, passando a ter uma atuação voltada para as realidades encontradas, ou seja, a partir da compreensão destas necessidades. A importância do reconhecimento social da profissão, seus compromissos, suas responsabilidades junto à comunidade, também foi citado.

É interessante reconhecer nas respostas as dificuldades que não só os fisioterapeutas, mas os profissionais de saúde em geral, têm encontrado diante de tantas mudanças paradigmáticas relacionadas à saúde. Reflexões sobre as formas de abordar o indivíduo e atualmente, a comunidade, tem sido uma constante, assim como reflexões sobre a eficácia das técnicas e condutas utilizadas até então na resolutividade das questões de saúde da população.

Também presente nestas considerações, a visão e postura política de alguns coordenadores, preocupados com a formação profissional, sendo destacado os fóruns promovidos pela ABENFISIO. Percebemos como esta participação e envolvimento de um órgão de classe é fundamental para o amadurecimento de idéias, servindo de norte para os profissionais que lidam diretamente com a formação profissional.

Outro posicionamento que merece destaque é o da inserção oficial do fisioterapeuta na equipe de saúde da família. Temos percebido que a classe de profissionais fisioterapeutas tem sido, ao longo da sua história no Brasil, bastante desunida na luta por seus ideais. O que podemos notar, no entanto, é que também neste sentido, estamos amadurecendo, e existe um pensamento de inúmeros colegas reivindicando um posicionamento dos governantes sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde pública.

As Ações Compartilhadas da Fisioterapia do Plano de Gestão 2004/2008 do COFFITO, definidas no Fórum Nacional de Políticas Profissionais da Fisioterapia, foram publicadas na Revista “O COFFITO” nº. 25 (2006; p.19 – 22).

Dentre as diretrizes apresentadas, estão as Diretrizes para diagnóstico em Saúde Pública e Coletiva, em que são citadas várias ações, entre elas: inserir o fisioterapeuta em Políticas Públicas de Saúde em âmbito municipal, estadual e federal; definir o Referencial de Fisioterapia na atenção primária de saúde correlacionada ao SUS; participação ativa do fisioterapeuta na identificação dos problemas a partir da realidade apresentada, buscando a promoção e prevenção, além da cura e reabilitação; inserir o fisioterapeuta no Núcleo de Atenção Básica à Saúde.

Esperamos que ações concretas sejam fortalecidas pela atuação conjunta de profissionais e entidades de classe no sentido de garantir a presença efetiva do fisioterapeuta no SUS, atuando com habilidade e competência nos três níveis de atenção à saúde.

Em novembro de 2006, na Revista “Radis” nº. 51, Kátia Machado escreveu um artigo intitulado “Equipe Mínima, dilemas e respostas”, em que discute qual deveria ser a formação mínima da equipe de saúde da família, discutido no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Neste artigo, a autora faz referência à fala do Professor Gastão Wagner de Sousa Campos, em que o mesmo refere-se ao Brasil possuir a mais sofisticada e ampla equipe de referência em ABS do mundo. Este mesmo professor sugere que ao invés de ampliar a equipe mínima, sejam criadas Equipes de Apoio Matricial “formadas por profissionais estratégicos para aumentar a eficácia da Atenção Básica”.

Em 2006, foi editada a Portaria nº. 971, aprovando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a qual assegura o acesso aos usuários do SUS à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Termalismo Social. “Esta política responde ao anseio de muitos usuários e profissionais de saúde”.

Um dos objetivos desta política está “incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde” (COFFITO; 2006; p.8). O fisioterapeuta vê se abrindo mais um campo de atuação dentro do contexto de saúde pública, pois conforme a Resolução COFFITO 60/1985, este profissional foi oficialmente reconhecido como acupunturista. Esta é uma especialidade reconhecida da Fisioterapia e hoje, muito difundida entre os profissionais.

Além desta Portaria existem os Núcleos de Atenção Básica à Saúde e algumas iniciativas pontuais de municípios que já admitem por processo seletivo fisioterapeutas na atenção básica, mesmo que estejam presentes dando suporte às equipes de saúde da família, e muitas vezes fazendo assistência secundária e terciária (vários exemplos foram citados anteriormente).

Publicada no Diário Oficial da União no dia 15 de janeiro de 2007, a Portaria Interministerial nº. 45 dispõe sobre a “Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde” abrangendo a Fisioterapia.

Uma das atribuições da Comissão é de “avaliar e acreditar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócio-epidemiológicas da população brasileira” (COFFITO; 2007).

Existem várias tentativas de se envolver os profissionais fisioterapeutas em atuações ou processos de formação para o SUS. Cabe aos profissionais demonstrarem sua relevância na atuação nos três níveis de atenção.

Registramos nosso agradecimento a todos os participantes do estudo, pela riqueza de dados fornecidos para que o estudo fosse concretizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fisioterapia enquanto ciência da saúde relacionada aos movimentos de sistemas e órgãos do corpo humano, historicamente se consolidou como uma profissão voltada para a prática assistencialista de pessoas acometidas de uma morbidade ou sua seqüela. Portanto, culturalmente, existe uma tendência em relacionar a Fisioterapia à recuperação e/ou reabilitação física do indivíduo.

Questionamentos sobre outros campos de atuação do profissional fisioterapeuta se iniciaram a partir do Código de Ética da profissão, documento em que, pela primeira vez, se faz menção à atuação preventiva e promotora de saúde desta classe profissional.

Estas reflexões tomaram consistência, a partir da mudança do paradigma da saúde e implantação de um programa constitucional para a saúde no Brasil: o SUS, com seus princípios e diretrizes.

Percebendo-se as dificuldades para o fortalecimento e implementação do SUS, o governo se viu na obrigação de capacitar os profissionais que nele atuam ou irão atuar. Portanto, houve a necessidade de se construir estratégias de ações que viabilizassem seu fortalecimento. Entre estas ações, e talvez uma das mais relevantes, foi a reestruturação dos currículos dos cursos de graduação em áreas da saúde, a partir das novas diretrizes curriculares para tais cursos, incluindo-se a graduação em Fisioterapia.

Com o objetivo de se conhecer a realidade da formação em fisioterapia, especialmente a formação voltada para o fortalecimento do SUS, a atenção primária à saúde e

a nova abordagem em promoção de saúde nas IES públicas e privadas do Estado de Minas Gerais, realizamos este estudo.

Constatamos que a maioria dos cursos participantes do estudo foi criada após a homologação da LDB e das DCN, período em que houve maior liberdade concedida as IES para a criação de novos cursos.

Percebemos mudanças interessantes na caracterização dos cursos, como, por exemplo, a tendência destes serem oferecidos com CHT superior a 3.200 h/a, sugeridas pela CNE/CES através do Parecer nº. 329/2004.

Outra tendência constatada é a de se oferecer cursos em turnos diferenciados e concentrados em só um turno, diminuindo-se a oferta em período integral. Percebemos ainda, o surgimento de vários cursos oferecidos no turno noturno, e que deixa espaço para reflexões sobre o desenvolvimento dos estágios, das aulas práticas, e por outro lado, dando a possibilidade de estudo à vários estudantes que trabalham.

Constatamos a existência de um grande número de vagas oferecidas no Estado de Minas Gerais, Estado este inserido na região com maior número de profissionais apesar de ser a região mais populosa do país.

Consideramos que as práticas mercantilistas que vêm ocorrendo de maneira freqüente nas IES privadas do país, com sobreoferta de vagas, possibilidade de escolha de turnos, têm contribuído para uma prática educativa questionável nas áreas de saúde.

Existe uma tendência a se incentivar a educação continuada e permanente dos profissionais, mas como será esta formação de um profissional generalista, com visão crítica e reflexiva sobre os determinantes de saúde, com todas as competências e habilidades sugeridas nas DCN, com um número grande de alunos por turma, CHT reduzida ou em um turno somente?

Quanto ao perfil dos cursos de graduação em fisioterapia para a formação em promoção de saúde, percebemos que existem tentativas de mudanças, e mudanças efetivas se concretizando. Mas consideramos que estas mudanças exigem outras ainda mais amplas, de conhecimentos, vivências, oportunidades, espaços, postura do profissional frente às políticas públicas de saúde, frente ao sistema de saúde vigente, dependente do “acreditar no SUS”, e do verdadeiro papel social de cada profissional da saúde.

Estas mudanças se refletem principalmente na inserção não apenas de disciplinas gerais sobre saúde pública no Brasil e o SUS, mas também em disciplinas que informam e possibilitam compreender o novo paradigma da saúde pública, especialmente nas disciplinas das áreas humanas e sociais.

Disciplinas como “Antropologia”, “Saúde Pública”, “Epidemiologia”, “Sociologia”, tornaram-se fundamentais para o entendimento das questões relativas à saúde da coletividade, seus determinantes, as formas de abordagem dos indivíduos em seu contexto social, econômico, político e cultural, e, os meios que deveremos utilizar no enfrentamento à estas questões, através de ações estratégicas.

Como profissionais da área de saúde, historicamente voltados principalmente, para atuação clínica elitizada, conhecemos muito pouco ou quase nada sobre a história da saúde pública no Brasil, as políticas públicas, enfim, nosso envolvimento profissional nesta área é ainda muito pequeno. Percebemos que estamos construindo este conhecimento agora, e esta é a percepção de alguns coordenadores dos cursos pesquisados.

A inserção e, especialmente, a valorização do conteúdo destas disciplinas ainda é bastante incipiente, em que percebemos haver a necessidade de um trabalho de sensibilização de todo o colegiado do curso, que deverá estar completamente envolvido com o projeto político pedagógico, e com o perfil do profissional que se pretende formar. Sem o comprometimento de todos, professores e coordenadores, numa mesma direção, não haverá o

reconhecimento da relevância destes conteúdos para a formação do egresso, assim como será mais difícil para o próprio aluno estabelecer esta relação. É preciso trabalhar a interdisciplinaridade nos cursos de graduação em fisioterapia, destacando a responsabilidade social da profissão.

Encontramos ainda disciplinas relacionadas à formação específica do fisioterapeuta em saúde pública, citadas pelos coordenadores como “Fisioterapia Preventiva” e “Ergonomia”. Analisando algumas ementas disponibilizadas por alguns coordenadores, percebemos que estas disciplinas estão bastante relacionadas à saúde do trabalhador. Outras vezes, percebemos a relação de conceitos e ações preventivas vinculadas a uma morbidade pré-existente, demonstrando nossa dificuldade em estabelecer as formas de atuar em promoção de saúde.

O compromisso com o desenvolvimento de práticas desde os primeiros anos de curso, assim como com o desenvolvimento de ações integrais, tem sido uma conquista nos cursos de graduação em fisioterapia participantes do estudo. Constatamos a existência de estágios em saúde pública relatados por todos os coordenadores, e seu início mais precoce, mesmo que de forma observacional.

Foram encontradas nas respostas dos coordenadores, práticas nos estágios relacionadas à saúde pública, envolvendo atividades de educação em saúde, atuação com equipe multiprofissional, atuação do fisioterapeuta na atenção primária, secundária e terciária. Também foram encontradas algumas estratégias didáticas utilizadas nos estágios, como forma de facilitar o aprendizado do aluno, entre elas atividades de extensão, pesquisa e a própria educação, através de grupos de discussão.

Chamou-nos a atenção as citações de estágios de atuação fisioterapêutica em atenção primária à saúde. Percebemos o interesse das IES em desenvolverem práticas neste

nível de atenção, indo além da atenção secundária e terciária, até então nosso grande foco de atuação.

Consideramos que há preocupação com a transformação, visto através da inserção de disciplinas na área de humanas e sociais para se ter uma visão ampliada da nova saúde pública, ao mesmo tempo em que conteúdos mais tradicionais permanecem. Um movimento esperado quando se pensa em mudança, a presença do antigo com o novo, mesmo porque não se trata de substituição de conteúdos em alguns casos, mas ampliação.

É possível visualizar uma formação que começa a contemplar as determinações além do modelo hegemônico, biológico, cartesiano, para um modelo que compreende o social, econômico, político, histórico, ambiental, psicológico e cultural.

Os elementos discursivos definidos a partir dos conceitos de promoção de saúde a partir do Relatório Lalonde, 1974, foram: integração da saúde como parte das políticas públicas “saudáveis”; atenção da comunidade na gestão do sistema de saúde; reorientação do sistema de saúde; ênfase na mudança dos estilos de vida.

Desse momento em diante, começou a ocorrer o movimento de “promoção de saúde”, sendo considerado mais que um nível de prevenção ou parte da prevenção primária proposta por Leavell e Clark, mas passa a ser considerada definidora de um novo modelo de atenção à saúde.

No caso específico da Fisioterapia, parece ser difícil adotar uma visão ampla de prevenção e, principalmente, uma visão do que realmente vem a se constituir promoção de saúde.

Promover saúde depende antes de mais nada de mudança de postura do profissional de saúde, mudanças culturais, de respeito ao ser humano, estando este inserido em seu contexto sócio – político – cultural. Promoção de saúde que envolve o empoderamento da comunidade para esta decidir sobre os rumos de sua própria saúde, e sentir-se

verdadeiramente cidadã na busca por melhores condições de vida, melhora do bem – estar da comunidade, da família e do indivíduo.

Percebemos em nosso estudo, que os coordenadores consideram que os egressos estão preparados para atuação na atenção primária à saúde e promoção de saúde, e que esta preparação se dá através de conteúdos das disciplinas da área de saúde pública, atividades de extensão e pesquisa, e pela própria estrutura curricular do curso. Relacionados ao preparo em termos práticos encontramos citações relacionadas ao local de realização dos estágios, estratégias metodológicas utilizadas para a formação, novamente a estrutura do curso.

O preparo para atuação em promoção de saúde se dá, na opinião dos coordenadores, através da utilização de estratégias de ensino e a abordagem do tema como eixo transversal do curso.

Consideramos que os coordenadores percebem que a formação nos cursos de graduação em fisioterapia ainda se encontra mais direcionada às práticas técnico-curativistas que para a promoção de saúde. Não esperávamos que fosse diferente, apesar do paradigma da saúde, visto que estas práticas fazem parte de nossa história profissional e cultural.

Percebemos que os profissionais fisioterapeutas devem aprender a conhecer o papel de outros profissionais da área de saúde e envolver-se com as questões pertinentes à saúde da população, com atuações efetivas, intersetoriais e intrasetoriais, em ações multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares, sem medo deste envolvimento, desta co-responsabilização juntamente com a comunidade assistida.

Como propor ações de promoção de saúde se não participarmos (professores e alunos) de reuniões dos conselhos locais, municipais e regionais de saúde para o conhecimento das realidades da população? Como não ter uma postura política juntamente com a população assistida, na busca por melhores condições de vida e saúde?

A idéia de produção social da saúde implica no reconhecimento de que os determinantes de saúde são mediados pelo sistema social, mas também determinados pelas relações sociais, excludentes, que operam o sistema. Já foi demonstrado que o controle e a autonomia dos indivíduos sobre sua vida são determinantes decisivos da saúde.

A produção social de saúde implica ainda no reconhecimento de que são necessárias: ações inter e intrasetoriais para a operação da nova prática sanitária; mudanças profundas nos padrões econômicos e a intensificação de políticas sociais; elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis para superar o quadro de profundas desigualdades e iniquidades; integração e articulação de diferentes saberes, propondo soluções para os problemas de saúde existentes.

Ações de promoção de saúde propõem a capacitação das pessoas para uma gestão mais autônoma da saúde e dos determinantes da mesma, com relevância para a participação comunitária.

Percebemos que a educação superior tem se mobilizado no sentido de se adequar às mudanças paradigmáticas. Estamos vivenciando um período de revoluções, com a passagem das fases da normalidade para as crises e daí para as novas teorias, definindo a evolução científica.

À academia cumpre formar, atualizar, adequar, aperfeiçoar e propor conteúdos curriculares para atender às solicitações que a sociedade encaminha para a solução dos determinantes de saúde. Atividades de pesquisa e extensão somadas às de educação devem ser incentivadas na área de saúde, em que os profissionais devem apresentar competências e habilidades para se comunicar com as populações, vinculando conhecimentos e participação política junto a grupos populacionais, institucionais e órgãos de administração pública.

O que pudemos perceber neste estudo é que vivenciamos um momento único, em que transformações, mudanças, estão começando a acontecer, e como uma lagarta que

antes de se transformar em borboleta tem que vencer a escuridão e incerteza do casulo para depois voar, assim somos fisioterapeutas em processo de transformação, de conquistas em áreas antes jamais vislumbradas.

Porém, uma vez que a população, os profissionais fisioterapeutas e de outras áreas, os gestores e o governo perceberem a relevância deste profissional para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, este espaço não mais deixará de ser ocupado com qualidade, compromisso e cidadania.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à Epidemiologia**. 3. ed., Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO **Arquivos** < Disponível em <http://www.abenfisio.com.br>>. Acesso em: 14/07/2006.

_____. **Carta de Vitória**: Resoluções do Congresso Brasileiro de Ensino em Fisioterapia. 2003. Disponível em <<http://www.abenfisio.com.br>>. Acesso em: 14/07/2006.

_____. **Ata do V Fórum Nacional de Docentes de Fisioterapia**. 2001. Disponível em: <<http://www.abenfisio.com.br>>. Acesso em: 14/07/2006.

_____. **Oficina Regional para a Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Fisioterapia**: relatório final. Belo Horizonte: 2006.

_____. **Oficina Preparatória das Oficinas Regionais para a Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Fisioterapia**: relatório final. Tatuapé: 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed., Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Anne Joyce Anguer (Orgs.). 10. ed., São Paulo: Rideel, 2004.

_____. Decreto de 13 de março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. Brasília, março de 2006. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br>> Acesso em: 15/08/2006.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2003. (História em Movimento).

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de Educação e Promoção de Saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, 31 (2): 209 - 13, 1997.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Círculo do Livro, 1982.

CAMARAGIBE: O Milagre da Simplicidade. **Revista O COFFITO**. nº. 10. março 2001.

_____ : Modelo de Atenção Voltado à Família. **Revista O COFFITO**. nº. 10. março 2001.

CAMPOS de Goytacazes – Gestão com Responsabilidade Social. **Revista O COFFITO**. nº. 18, março 2003.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASCAVEL: Residência em Saúde da Família. **Revista O COFFITO**. nº. 16, setembro 2002.

CASTIEL, L.D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. **Revista de Saúde Pública**, 38 (5): 615-22, 2004.

CECCIM, R.B., ARMANI, T.B., ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2): 373-383, 2002.

CHIORO, A.; SCAFF A. **Saúde e cidadania: a implantação do sistema único de saúde**. 1998. Disponível em <<http://www.consaude.com.br/downlouds/saude.doc>>. Acesso em 30/07/2006.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE O ENSINO SUPERIOR, 1998. Paris. **Tendências de Educação Superior para o Século XXI**. Brasília: UNESCO/Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12, 2003. Brasília. **Saúde: um Direito de Todos e um Dever do Estado – A Saúde que Temos – O SUS que Queremos**: programação, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

CONFERÊNCIA Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, 1978.. Disponível em <<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 15/11/2006..

CONFERÊNCIA Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Nov. 1986. Disponível em <<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 15/11/2006..

CONSELHO Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. **Plano de Ação 2004–2008**. Revista COFFITO, Ano 8, nº. 25, Brasília, 2006.

_____. **Decreto Lei Nº. 938** de 13 de outubro de 1969. D.O.U. nº. 197 de 14/10/69 – retificado em 16/10/69. Séc.I – p. 3.658. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br>> Acesso em: 08/11/2006.

_____. **Resolução COFFITO Nº. 10** de 03 de julho de 1978. D.O.U. 22.09.1978. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br>> Acesso em: 08/11/2006.

_____. **Resolução COFFITO – 80** de 09 de maio de 1987. D.O.U. de 21. 05. 1987.

_____. **Resolução Nº. 29** de 11 de novembro de 1982. D.O.U. nº. 234 – de 13.12.82, Seção I, p. 23.240. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br>> Acesso em: 17/abr/2006.

_____. **Portaria cria Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e define residências**. Disponível em <<http://www.Coffito.org.br>> Acesso em: 21/01/2007.

_____. **Lei nº. 10.424, de 15 de abril de 2002**. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br>> acesso em 17/04/2006.

_____. **Portaria Interministerial nº 45 de 15 de janeiro de 2007**. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br>> Acesso em: 21/01/2007.

_____. Ações Compartilhadas. **Revista O COFFITO**.nº. 25, setembro 2006.

CONSELHO Nacional de Educação. Resolução nº. 4 de 28 de fevereiro de 1983. **Diário Oficial da União**, Brasília.

_____. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2003. Seção 1, p. 11.

_____. **Resolução CNE/CES nº. 329/2004, de 11 de novembro de 2004.** (não homologado). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces329_04.pdf> Acesso em: 14/07/2006.

CONSELHO Nacional de Saúde. **NOB/RH-SUS - Resolução nº. 330,** de 04 de novembro de 2003. Brasília, 2003.

_____. **Lei 8.142** de 28/12/1990. Brasília. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm> Acesso em: 17/jul/2006.

_____. **Portaria nº. 971.** Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC., Brasília.

_____. **Conferência Nacional de Saúde, 11.** Relatório Final. Brasília, 2006.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 14 (2): 343-362, 2004.

CZERESNIA, D. **O Conceito de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção.** In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M.(Org.) **Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista de Saúde Ocupacional,** v. 14, nº. 54, abril, maio, junho, 1996, p.7 – 11.

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

ESTÁGIO Rural: Duas Realidades, mesma filosofia. **Revista O COFFITO.** nº. 10. março 2001.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos Profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO** 3 (1): 24 – 27, 2003.

_____. A Construção de Sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n.º. 55, p. 92 – 103, 2000.

FRANCO, E. (Org.). **Funções do Coordenador de Curso**: como construir o coordenador ideal. Brasília: ABMES, 2002.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de Conteúdo**. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005.

FRANCO, L.J.; PASSOS, A.D.C. **Fundamentos de Epidemiologia**. Barueri: Manole, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**. Cartas pedagógicas e outros escritos. 5. ed., São Paulo: UNESP, 2000.

FÓRUM da Reforma Sanitária Brasileira Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos>> Acesso em: 20/11/2006.

GAVA, M. V., **Fisioterapia: História, Reflexões e Perspectivas**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

HADDAD, A. E.; et al. (Org.) **A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde: 1991 – 2004**. Brasília: INEP/MEC, 2006.

INSTITUTO Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – INEP. Cadastro de Instituições de Educação Superior. Disponível em: <<http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/>> Acesso em: 18/07/2006.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**. n.º. 10 (4): 481 – 490, out/dez, 1994.

LEFÈVRE, F. **Opinião**: Educação, promoção e tomada de decisão em saúde. Disponível em: <http://www.usp.br/jorusp/arquivo/1999/jusp492/manchet/rep_res/opinio.html> Acesso em: 08/09/2006.

LIMA, C. B. **Curso:** Programa Saúde da Família – PSF. 6º Módulo – Prescrições de Enfermagem – Competência técnica do enfermeiro para prescrição de cuidados de enfermagem no PSF. Revista **Enfermagem Atual**. Nº. 30, Nov/Dez, 2005.

MACHADO, K. Equipe Mínima, dilemas e respostas. **Revista RADIS**. nº. 51, Fiocruz, nov/2006.

_____. Experiências inovadoras no ensino da saúde. **Revista RADIS**. nº. 49, Fiocruz, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E., M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed., São Paulo: Atlas, 2005.

MARQUES, C. M. S. **As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências**. In: **Formação: Formação Técnica em Saúde no Contexto do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MASETTO, M.T. **Competência Pedagógica do Professor Universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

MEC. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação**. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/sesu>>. Acesso em 15/06/2006.

_____. **Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação**. Brasília: Ministério da Educação, 2006.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENEZES, R. G. Fisioterapia Social, uma Excepcionalidade Acadêmica? **Revista O COFFITO**. nº.10. março, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed., São Paulo: Hucitec Abrasco, 1994.

_____.; COIMBRA JR., C. E. A.(Org.). **Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

MINISTÉRIO da Educação – Conselho Nacional de Educação. **Parecer N°: CNE/CES 1210/2001**. Brasília, 2001.

_____. **Parecer CNE/CES N° 329/2004**. Brasília, 2004.

MINISTÉRIO da Educação e do Desporto – MEC. **Padrão Mínimo de Qualidade para Cursos de Fisioterapia**. Brasília, 1998. Disponível em: <portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/padrfisi.pdf> Acesso em 08/01/2007.

MINISTÉRIO da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde** – relatório final. Brasília: Editora MS, novembro, 2004.

_____. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990.

_____. **Lei n°. 8.080** de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/>> Acesso em: 17/07/2006.

_____. **AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde**. Brasília, 2004.

_____. **Proposta do Ministério da Saúde de implantação dos Núcleos de Saúde Integral**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 07/09/2006.

_____. **Cadernos de Atenção Básica** – Programa de Saúde da Família. Caderno 1: A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: 2000.

_____. **Determinantes Sociais da Saúde** – Brasília: 2006. Disponível em www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em 15/jun/2006.

_____. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ – SAÚDE**. Brasília, 2005.

_____. **Portaria n°. 1.065/GM de 4 de julho de 2005**. Brasília: 2005. Disponível em: <<http://fisioterapia.com.br>> Acesso em: 07/08/2005.

_____. **NOB/RH – SUS** – Resolução n°. 330, de 4 de novembro de 2003. Brasília: 2003.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS:** Caminhos para a Educação permanente em saúde. Brasília: 2003.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde:** diretrizes da ação política para assegurar *Educação Permanente no SUS*. Brasília: 2003.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS:** O SUS e os Cursos de Graduação da área da Saúde. Brasília: 2003.

_____. **Portaria Interministerial nº. 2.101** de 03 de novembro de 2005. Brasília, 2005. D.O.U. nº. 212, Seção 1, p. 111 de 04/11/2005.

_____. **Portaria Interministerial nº. 2.117** de 03 de novembro de 2005. D.O.U. nº. 212, Seção 1, p. 112 de 04/11/2005. Brasília, 2005.

_____. **Portaria Interministerial nº. 2.118** de 03 de novembro de 2005. D.O.U. nº. 212, Seção 1, p. 112 de 04/11/2005.

_____. **Portaria nº. 687** de 30 de março de 2006. Brasília, 2006.

_____. **Programa de Saúde da Família – Saúde dentro de Casa.** Brasília, 1997.

_____. **Política Nacional de Promoção de Saúde.** Brasília, 2006.

_____. **Portaria Nº. 648/GM** de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde, vol. 4. Brasília, 2006.

_____. **Portaria Nº. 971** de 3 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, 2006. D.O.U. 04/05/2006.

_____. **Formação Profissional - MEC/MS.** A articulação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde na Formação dos Profissionais de Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em: 21/09/2006.

_____. **Política do Ministério da Saúde para o Fortalecimento e Ampliação dos Processos de Mudança na Graduação em Saúde: AprenderSUS.** Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/arquivos>> Acesso em: 15/11/2006.

NOVOS referenciais para o ensino de fisioterapia: Aprendizagem Baseada em Problemas. **Revista O COFFITO.** n.º. 24, dezembro 2005.

NUNES, E. D. **Ciências Sociais em Saúde: uma reflexão sobre sua história.** In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). **Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública,** Vol. 32, n.º. 4: 299 – 316, 1998.

PARACAMBI: no voluntarismo, a inclusão do fisioterapeuta no PSF. **Revista O COFFITO.** n.º. 16, setembro 2002.

PILON, A. F. A formação de recursos humanos em Promoção e educação em saúde realizações e perspectivas, 2000. In.: ARROYO, Irma V. **Formación de Recursos Humanos en Educación para la Salud y Promoción de la Salud: Modelos y Prácticas en las Américas.** Universidad de Puerto Rico, 2001.

POLÍTICA Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso aos usuários. **Revista O COFFITO.** n.º. 25, setembro 2006.

PRESIDÊNCIA da República. **Lei nº 9.394.** 20 de dezembro de 1996. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 26/12/2005.

_____. **Decreto de 13 de março de 2006.** Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br>> Acesso em: 15/08/2006.

PORTH, C. M.; KUNERT, M.P. **Fisiopatologia.** 6. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PROGRAMA de Saúde da Família em Macaé. **Revista O COFFITO.** n.º. 18, março 2003.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil**. 2. ed., São Paulo: Manole, 2004.

ROCHA, M. L.; ROCHA, D. Produção de Conhecimento, Práticas Mercantilistas e Novos Modos de Subjetivação. *Psicologia & Sociedade*; 16 (1): 13 – 36; Número Especial 2004.

ROUQUAYROL, M. A.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed., Rio de Janeiro, Medsi, 1999.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados** 13 (35), p.71 – 88,1999.

SAUPE, R.; CUTOLO, L.R.A.; WENDHAUSEN, A.L.P.; BENITO, G.A.V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. V.9, n. 18, p. 521 – 36, set/dez 2005.

SCHMIDT, L. A. T. **Os Cursos de Fisioterapia no Paraná Frente aos Conceitos Contemporâneos de Saúde**. 2002. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

SCHWINGEL, G. A Fisioterapia na Saúde Pública: um agir técnico, político e transformador. In: BARROS, F. B. M. (Org.). **O Fisioterapeuta na Saúde da População: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

SESPA. Secretaria Estadual do Pará. **História do SUS – Aspectos Gerais**. Disponível em <http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus_aspectosgerais.htm>. Acesso em 15/08/2005.

SOBRAL. Escola de Posturas: Resolutividade do Ato Fisioterapêutico. **Revista O COFFITO**. nº. 18, março 2003.

SORDI, M. R. L. BAGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. V.6, n. 2. p.83-88. abril, 1998.

SOUZA, A. P. História da saúde pública no Brasil. **Revista do COSEMS**. Conselho de Secretários de Saúde. Ano 1, rev. 01, dez./1994.

VIANA, S. O.; MERÉNYI, A.; SAMPAIO, R. F.; FURTADO, S. R. C. Fisioterapia na Atenção Primária: uma experiência de integração entre ensino, serviço de saúde e assistência à comunidade. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. Vol. 7, nº. 2 (2003), 159 -165.

XIV Fórum Nacional de Docentes em Fisioterapia – ABENFISIO. **Revista O COFFITO**.nº. 25, setembro 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO

1. Há quanto tempo (anos) é oferecido o curso de Fisioterapia nessa instituição?

2. O curso de Fisioterapia oferecido nessa instituição tem regime letivo:

- a) Semestral
- b) Quadrimestral
- c) Anual

3. Em que período(s) do dia funciona?

- a) diurno
- b) noturno
- c) integral
- d) diurno e noturno

4. Quantas vagas são oferecidas para este curso, anualmente?

5. Em função da aprovação, em 2001, das Novas Diretrizes Curriculares para o Ensino de Fisioterapia, houve alguma mudança ou adaptação na matriz curricular deste curso?

- a) Sim
- b) Não

Se você respondeu SIM, assinale com um X qual (is) ?

- a1) ___ redução de carga horária
- a2) ___ alterações de conteúdos de disciplinas
- a3) ___ estágios
- a4) ___ novas disciplinas.
- a5) ___ Outra mudança ou alteração(ões). Especificar: _____

6. Este curso de graduação oferece disciplinas nas áreas de Saúde Pública/Saúde da Comunidade e/ou Fisioterapia Preventiva?

a) () Sim. Qual
(is)? _____

b) () Não. Por quê?

7. Este curso de graduação oferece estágios nas áreas de Saúde Pública/Saúde da Comunidade e/ou Fisioterapia Preventiva?

a) () Sim

b) () Não

▶ Se você respondeu **SIM** na questão anterior, **continue** respondendo as **próximas questões**
▶ Se você respondeu **NÃO** na questão anterior, **pule** para a **questão 11**

8. A partir de que ano ou semestre, o(s) estágio(s) é (são) oferecido(s)?

9. Assinale com um X em que local (is) o(s) estágio(s) é (são) oferecido(s) (Você pode assinalar mais de uma alternativa)

a) () Ambulatórios

b) () Asilos

c) () Clínicas

d) () Creches

e) () Empresas

f) () Escolas

g) () Hospitais

h) () Núcleo de Atenção Integral (SUS)

i) () Unidades Básicas de Saúde/Posto de Saúde/Unidade de Saúde da Família

j) () Outro(s). Especificar: _____

10. Que tipo de atividades são desenvolvidas no(s) estágio(s)? Descrever.

11. No seu ponto de vista o egresso/profissional está preparado para atuar na atenção primária à saúde? Se sim, de que forma ele é preparado em termos teóricos e práticos?

12. No seu ponto de vista, o egresso/profissional está preparado para atuar na promoção de saúde?

a) () sim

b) () não

► Se respondeu **SIM** na questão anterior, **continue** respondendo **as próximas questões**

► Se respondeu **NÃO** na questão anterior, **pule** para a **questão 16**

13. De que forma se dá à preparação para desenvolver ações de promoção de saúde na área da fisioterapia, em termos teóricos e práticos?

14. Que tipo de ações de promoção de saúde o fisioterapeuta está capacitado para desenvolver?

15. O(s) professor(es) responsável (eis) pela(s) disciplina(s) relacionada(s) a promoção de saúde teve (tiveram) ou tem (têm) experiência prática na atenção primária à saúde?

16. Com relação à sua própria (pessoal) formação, você cursou, na sua graduação, disciplinas relacionadas à Saúde Pública e Fisioterapia Preventiva ou semelhantes?

17. Você acha que os cursos de graduação em fisioterapia têm preparado os alunos para atuarem nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário)? Por quê?

18. Se sim, em sua opinião, existe algum nível mais enfocado? Por quê?

19. Em sua opinião, os cursos de fisioterapia ainda estão mais envolvidos (voltados) para a prática técnico-curativista do que para a prevenção de doenças e promoção de saúde? Por quê?

20. Se existe alguma questão que não foi colocada e da qual gostaria de fazer alguma observação e ou sugestão, por favor, utilize o espaço abaixo.

Muito Obrigada!!!



UNIVERSIDADE DE FRANCA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU
 MESTRADO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE
 AV. DR. ARMANDO SALLES OLIVEIRA, 201 -.
 PQ.UNIVERSITÁRIO-CEP 14404-600
 TELEFONE (016) 3711-8888
 Fax: (016) 3711-8886

APÊNDICE B

Apresentação do Projeto: *“Formação em Promoção de Saúde nos Cursos de Graduação em Fisioterapia nas Instituições de Ensino Superior do Estado de Minas Gerais”* e convite à Participação.

Eu, Roane Caetano de Faria, aluna pesquisadora do curso de Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, de Franca, sob orientação da Profa. Dra. Cristiane Paulin Simon, venho convidá-lo a participar da pesquisa *“Formação em Promoção de Saúde nos Cursos de Graduação em Fisioterapia nas Instituições de Ensino Superior do Estado de Minas Gerais”*, que faz parte das atribuições do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde.

Os Objetivos Gerais do Projeto consistem em: (1) Caracterizar e analisar a formação em promoção de saúde oferecida pelos cursos de graduação em Fisioterapia de Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas do Estado de Minas Gerais; (2) Propor orientações para a inclusão de conteúdos e práticas na área de promoção de saúde para os cursos de graduação em Fisioterapia no Estado de Minas Gerais.

Para isso, contamos com a colaboração dos coordenadores de curso de Fisioterapia (ou das pessoas indicadas) através das informações que podem nos oferecer acerca das disciplinas e estágios e da disponibilização das ementas e conteúdos programáticos das disciplinas e estágios que são oferecidos na área de Saúde Pública/Saúde da Comunidade e Fisioterapia Preventiva.

É importante esclarecer que todas as informações que fornecer serão mantidas em sigilo. As únicas pessoas que terão acesso integral aos dados serão as pesquisadoras Dr^a. Cristiane Paulin Simon e Roane Caetano de Faria. Estes dados serão trabalhados na UNIFRAN pelas pesquisadoras e utilizados em trabalhos acadêmicos, apresentações em reuniões científicas e divulgação em revistas científicas. As análises dos dados não revelarão, em nenhuma hipótese, a identidade dos participantes.

Gostaríamos, também, de salientar que os resultados desta pesquisa serão organizados através de um relatório que será encaminhado a todas as instituições participantes após o término da mesma.

Esperando contar com sua colaboração, agradecemos desde já e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Roane Caetano de Faria

Prof^a. Dra. Cristiane P. Simon

(34) 3822 1990

(16) 3711- 8940

roanefaria@yahoo.com.br

crispaulin@yahoo.com



UNIVERSIDADE DE FRANCA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU
 MESTRADO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE
 AV. DR. ARMANDO SALLES OLIVEIRA, 201
 PQ.UNIVERSITÁRIO-CEP 14404-600
 TELEFONE (016) 3711-8888
 Fax: (016) 3711-8886

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ RG _____, abaixo qualificado, DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito objeto da pesquisa, que fui devidamente esclarecido a respeito do Projeto de Pesquisa intitulado "**Formação em Promoção de Saúde nos Cursos de Graduação em Fisioterapia nas Instituições de Ensino Superior do Estado de Minas Gerais**", desenvolvido pela aluna Roane Caetano de Faria, do curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Promoção de Saúde, da Universidade de Franca (UNIFRAN), quanto aos seguintes aspectos:

Os Objetivos Gerais do Projeto que consistem em: (1) Caracterizar e analisar a formação em promoção de saúde oferecida pelos cursos de graduação em Fisioterapia de Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas do Estado de Minas Gerais; (2) Propor orientações para a inclusão de conteúdos e práticas na área de promoção de saúde para os cursos de graduação em Fisioterapia no Estado de Minas Gerais.

Para isso, conta com a colaboração dos coordenadores de curso de Fisioterapia (ou das pessoas indicadas) através das informações que podem oferecer acerca das disciplinas e estágios e da disponibilização do Projeto Pedagógico do Curso, das ementas e conteúdos programáticos das disciplinas e estágios que são oferecidos na área de Saúde Pública/Saúde da Comunidade e Fisioterapia Preventiva.

Também fui esclarecida que todas as informações que fornecer serão mantidas em sigilo. As únicas pessoas que terão acesso integral aos dados serão as pesquisadoras Prof^a. Dr^a. Cristiane Paulin Simon e Roane Caetano de Faria. O participante tem o direito de recusar a sua participação ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, tendo sua privacidade assegurada. Estes dados serão trabalhados na UNIFRAN pelas pesquisadoras e utilizados em trabalhos acadêmicos, apresentações em reuniões científicas e divulgação em revistas científicas. As análises dos dados não revelarão, em nenhuma hipótese, a identidade dos participantes.

Além disso, fui informada que após o término desta pesquisa as instituições participantes receberão um relatório com os principais dados da pesquisa.

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecido e informado através da leitura da Carta de Apresentação do Projeto e deste Termo de Consentimento, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Franca, de _____ de 200 .

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome completo do participante: _____
 Cargo ou Função do participante: _____ IES: _____
 RG: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: M () F ()
 Endereço: _____ nº _____ Apto _____ Bairro _____ Cidade _____
 CEP _____ Tel.: _____

 Assinatura de Declarante

Agradeço a colaboração e coloco-me desde já à disposição para eventuais esclarecimentos sobre este trabalho através dos telefones ou e-mails de: Prof^a. Dra. Cristiane Paulin Simon: (16)3711-8940 ou pelo e-mail: crispaulin@yahoo.com ou Roane Caetano de Faria: (34) 38221990, e-mail: roanefaria@yahoo.com.br.



UNIVERSIDADE DE FRANCA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU
 MESTRADO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE
 AV. DR. ARMANDO SALLES OLIVEIRA, 201 -.
 PQ.UNIVERSITÁRIO-CEP 14404-600
 TELEFONE (016) 3711-8888
 Fax: (016) 3711-8886

APÊNDICE D

Apresentação do Projeto: **“Formação em Promoção de Saúde nos Cursos de Graduação em Fisioterapia nas Instituições de Ensino Superior do Estado de Minas Gerais”** e convite à Participação.

Eu, Roane Caetano de Faria, aluna pesquisadora do curso de Mestrado em Promoção da Saúde da UNIFRAN (Universidade de Franca) de Franca, sob orientação da Prof^a.Dra. Cristiane Paulin Simon, venho convidá-lo a participar da pesquisa **“Formação em Promoção de Saúde nos Cursos de Graduação em Fisioterapia nas Instituições de Ensino Superior do Estado de Minas Gerais”**, que faz parte das atribuições do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde.

Os Objetivos Gerais do Projeto consistem em:(1) Caracterizar e analisar a formação em promoção de saúde oferecida pelos cursos de graduação em Fisioterapia de Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas do Estado de Minas Gerais;(2) Propor orientações para a inclusão de conteúdos e práticas na área de promoção de saúde para os cursos de graduação em Fisioterapia no Estado de Minas Gerais.

Para isso, contamos com a colaboração dos coordenadores de curso de Fisioterapia (ou das pessoas indicadas) através das informações que podem nos oferecer acerca das disciplinas e estágios e da disponibilização do Projeto Político Pedagógico do curso, das ementas e conteúdos programáticos das disciplinas e estágios que são oferecidos na área de Saúde Pública/Saúde da Comunidade e Fisioterapia Preventiva.

É importante esclarecer que todas as informações que fornecer serão mantidas em sigilo. As únicas pessoas que terão acesso integral aos dados serão as pesquisadoras Prof^a.Dr^a. Cristiane Paulin Simon e Roane Caetano de Faria. O participante tem o direito de recusar a sua participação ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, tendo sua privacidade assegurada. Estes dados serão trabalhados na UNIFRAN pelas pesquisadoras e utilizados em trabalhos acadêmicos, apresentações em reuniões científicas e divulgação em revistas científicas. As análises dos dados não revelarão, em nenhuma hipótese, a identidade dos participantes e instituições.

Gostaríamos, também, de salientar que os resultados desta pesquisa serão organizados através de um relatório que será encaminhado a todas as instituições participantes após o término da mesma.

O consentimento em participar da pesquisa e a autorização à utilização dos dados da mesma para a realização desta e outros trabalhos acadêmicos dar-se-ão na medida em que aceitar, preencher o questionário e enviar o mesmo e o Projeto Político Pedagógico, as ementas e os conteúdos programáticos das disciplinas e estágios por **e-mail**. Esperando contar com sua colaboração, agradecemos desde já e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Roane Caetano de Faria

Prof^a. Dra. Cristiane P. Simon

(34) 3822-1990

(16) 3711-8940

roanefaria@yahoo.com.br

crispaulin@yahoo.com

APÊNDICE E

APÊNDICE F

Instituições de Ensino Superior do Estado de Minas Gerais, públicas e privadas, que oferecem o curso de Graduação em Fisioterapia, em dezembro de 2006

NOME DA IES	LOCALIZAÇÃO	ORGANIZAÇÃO ACADÊMICA	CATEGORIA ADMINISTRATIVA
Universidade Do Vale Do Sapucaí - UNIVÁS	Pouso Alegre	Universidade	Privada filantrópica
Faculdade da Cidade de Santa Luzia - FACSAL	Santa Luzia	Faculdade	Privada – particular em sentido estrito
Faculdade Sudamérica	Cataguases	Faculdade	Privada – particular em sentido estrito
Faculdade Inconfidência	Belo Horizonte	Faculdade	Privada – particular em sentido estrito
Centro Universitário da Fundação Educacional Guaxupé - UNIFEG	Guaxupé	Centro Universitário	Privada – Filantrópica
Faculdade Pitágoras de Ipatinga	Ipatinga	Faculdade	Privada – particular em sentido estrito
Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM	Patos de Minas	Centro Universitário	Privada - Filantrópica
Instituto de Ensino Superior de Ouro Fino	Ouro Fino	Instituto Superior ou Escola Superior	Privada – particular em sentido estrito
Faculdade Cidade de Patos Minas	Patos de Minas	Faculdade	Privada – particular em sentido estrito
Centro Universitário de Formiga - UNIFORMG	Formiga	Centro Universitário	Privada – particular em sentido estrito
Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde - FACISA	Viçosa	Faculdade	Privada – particular em sentido estrito
Faculdade Pitágoras de Administração Superior	Belo Horizonte	Faculdade	Privada – particular em sentido estrito
Universidade de Uberaba	Uberaba	Universidade	Privada -filantrópica
Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS -	Lavras	Centro Universitário	Privada – particular em sentido estrito
Universidade Federal de Juiz de Fora	Juiz de Fora	Universidade	Pública Federal
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	Belo Horizonte	Universidade	Pública Federal
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - FCMS	Juiz de Fora	Faculdade	Privada – particular em sentido estrito
Faculdade de Saúde e Ecologia Humana – FASEH	Vespasiano	Faculdade	Privada – particular em sentido estrito
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri	Diamantina	Universidade	Pública Federal
Faculdade Cidade de João Pinheiro	João Pinheiro	Faculdade	Privada – particular em sentido estrito
Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix - UNIZABELA	Belo Horizonte	Centro Universitário	Privada - Confessional
Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS MG	Varginha	Centro Universitário	Privada - Comunitária
Centro Universitário de Itajubá - UNIVERSITAS	Itajubá	Centro Universitário	Privada – particular em sentido estrito

Centro Universitário do Cerrado - UNICERP	Patrocínio	Centro Universitário	Privada - Comunitária
Universidade de Itaúna – UI	Itaúna	Universidade	Privada – Comunitária - Filantrópica
Centro Universitário de Belo Horizonte –UNI – BH	Belo Horizonte	Centro Universitário	Privada - Filantrópica
Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS	Alfenas	Universidade	Privada – particular em sentido estrito
Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS	Campo Belo	Universidade	Privada – particular em sentido estrito
Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS	Divinópolis	Universidade	Privada – particular em sentido estrito
Faculdades Integradas Pitágoras –FIP MOC	Montes Claros	Faculdades Integradas	Privada – particular em sentido estrito
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - FCMMG	Belo Horizonte	Faculdade	Privada Filantrópica
Instituto Metropolitano de Ensino Superior	Ipatinga	Instituto Superior ou Escola Superior	Privada – particular em sentido estrito
Centro Universitário do Triângulo -UNITRI	Uberlândia	Centro Universitário	Privada - Filantrópica
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – UNILESTE MG	Coronel Fabriciano	Centro Universitário	Privada - Confessional
Centro Universitário de Caratinga – UNEC	Caratinga	Centro Universitário	Privada - Filantrópica
Universidade Vale do Rio Verde - UNINCOR	Três Corações	Universidade	Privada – Comunitária - Filantrópica
Universidade Vale do Rio Verde - UNINCOR	Betim	Universidade	Privada – Comunitária - Filantrópica
Universidade Vale do Rio Verde - UNINCOR	Belo Horizonte	Universidade	Privada – Comunitária - Filantrópica
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC MINAS -	Belo Horizonte	Universidade	Privada –Comunitária – Confessional - Filantrópica
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC MINAS -	Poços de Caldas	Universidade	Privada –Comunitária – Confessional - Filantrópica
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC MINAS -	Betim	Universidade	Privada –Comunitária – Confessional - Filantrópica
Centro Universitário Newton de Paiva	Belo Horizonte	Centro Universitário	Privada –particular em sentido estrito
Faculdade Itabirana de Saúde - FISA	Itabira	Faculdade	Privada - comunitária
Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO	Belo Horizonte	Universidade	Privada - Filantrópica
Faculdade Estácio de Sá de Belo Horizonte FESBH	Belo Horizonte	Faculdade	Privada -Filantrópica
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC	Teófilo Otoni	Universidade	Privada -Filantrópica
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC	Ubá	Universidade	Privada -Filantrópica
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC	Bom Despacho	Universidade	Privada -Filantrópica
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC	Leopoldina	Universidade	Privada -Filantrópica

Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC	Juiz de Fora	Universidade	Privada -Filantrópica
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC	Barbacena	Universidade	Privada -Filantrópica
Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro –FAC –SAÚDE- ARTHE	Além Paraíba	Faculdade	Privada – particular em sentido estrito
Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO	Juiz de Fora	Universidade	Privada - Filantrópica
Faculdade de Minas - FAMINAS	Muriaé	Faculdade	Privada – particular em sentido estrito
Instituto de Ciências da Saúde - ICS	Montes Claros	Instituto Superior ou Escola Superior	Privada - Filantrópica
Instituto de Ensino Superior e Pesquisa - INESP	Divinópolis	Faculdade	Privada -Filantrópica
Faculdade de Saúde Tecsona – FASTEC	Paracatu	Faculdade	Privada – particular em sentido estrito
Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE	Governador Valadares	Universidade	Privada -Filantrópica
Universidade Fumec - FUMEC	Nova Lima	Universidade	Privada - Comunitária
Faculdade de Talentos Humanos - FACTHUS	Uberaba	Faculdade	Privada –particular em sentido estrito
Faculdade Estácio de Sá de Juiz de Fora - FESJF	Juiz de Fora	Faculdade	Privada –particular em sentido estrito
Centro Universitário do Planalto de Araxá - UNIARAXÁ	Araxá	Centro Universitário	Privada -comunitária

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](#)