

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO
LINHA DE PESQUISA: FORMAÇÃO DE PROFESSORES E PRÁTICAS
PEDAGÓGICAS

MARIELLY DE MORAES

DISCURSOS SOBRE AS PRÁTICAS NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO DE
FISIOTERAPEUTAS NO RIO GRANDE DO SUL

PORTO ALEGRE

2009

MARIELLY DE MORAES

DISCURSOS SOBRE AS PRÁTICAS NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO DE
FISIOTERAPEUTAS NO RIO GRANDE DO SUL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Vera Maria da Rocha

PORTO ALEGRE

2009

MARIELLY DE MORAES

DISCURSOS SOBRE AS PRÁTICAS NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO DE
FISIOTERAPEUTAS NO RIO GRANDE DO SUL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alex Branco Fraga (UFRGS)

Prof. Dra. Dirce Shizuko Fujisawa (UEL)

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim (UFRGS)

Prof^ª. Dr^ª. Vera Maria da Rocha (ORIENTADORA – PPGCMH/UFRGS)

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me dar serenidade e perseverança e estar sempre ao meu lado, guiando os meus passos.

Aos meus pais, João Ramiro e Elenita, pelo seu amor, apoio e incentivo e por nunca deixarem de acreditar em mim.

Ao meu namorado Rafael, pelo seu carinho, incentivo e amparo em todos os momentos, obrigada por estar ao meu lado.

Aos coordenadores dos cursos de fisioterapia que tornaram realidade este trabalho, obrigada pela confiança e credibilidade que depositaram em mim e pela atenção com que me receberam.

À minha orientadora, Vera, pelos seus conselhos, sempre procurando mostrar os melhores caminhos com entusiasmo, amizade e sabedoria.

Aos professores Ricardo e Alex, pela sua disponibilidade e colaboração para a qualificação deste trabalho.

Às minhas queridas amigas Quelen, Aline, Marinice, Márcia, e Alessandra, por estarem sempre por perto, aconselhando, incentivando, acreditando neste trabalho e contribuindo no que fosse preciso.

Às pessoas que de alguma forma colaboraram comigo para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

“Se o que se pode ver, ouvir, pegar, medir, pesar
Do avião a jato ao jaboti
Desperta o que ainda não, não se pôde pensar
Do sono eterno ao eterno devir
Como a órbita da terra abraça o vácuo devagar
Para alcançar o que já estava aqui
Se a crença quer se materializar
Tanto quanto a experiência quer se abstrair
A ciência não avança
A ciência alcança
A ciência em si”

(Gilberto Gil & Arnaldo Antunes, 1995)

RESUMO

DISCURSOS SOBRE AS PRÁTICAS NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS NO RIO GRANDE DO SUL

Com abordagem qualitativa o presente estudo identifica as principais características dos 27 cursos de fisioterapia existentes no Rio Grande do Sul e problematiza o processo de formação de fisioterapeutas deste Estado a partir do discurso de coordenadores de cursos de Fisioterapia sobre as práticas desenvolvidas no cotidiano da formação. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo a partir de dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira, tais como categoria administrativa, carga horária, região de abrangência, tempo de existência do curso, dentre outros; e uma entrevista individual semi-estruturada com cinco coordenadores de cursos e um representante da coordenação, os quais relataram sobre a formação acadêmica do fisioterapeuta em suas instituições de ensino e a relação do processo de formação em Fisioterapia com o Sistema Único de Saúde. Os dados das entrevistas foram analisados em seus aspectos qualitativos através de análise discursiva. Os elementos analisados dizem respeito a características gerais da formação, estruturas curriculares, práticas pedagógicas, cenários de prática e perspectivas relacionadas à integralidade da atenção. Os resultados acerca dos 27 cursos evidenciaram que 75% dos cursos estão no setor privado, o número de vagas encontra-se entre 30 e 120, a carga varia entre 3540 e 4865 horas/aula, e houve um aumento de 80% no número de cursos nos últimos sete anos, além de outros achados. Os resultados das entrevistas apontam a predominância de movimentos de transformação no interior dos cursos, os quais, em sua maioria, parecem estar preocupados em seguir algumas orientações das Diretrizes Curriculares. Em meio a características tradicionais como a organização dos cursos por disciplinas, a dificuldade de comunicação entre as áreas de conhecimento e a dicotomia entre teoria e prática e entre ensino e serviço, emergem de alguns cursos novas metodologias de ensino, a ampliação dos cenários de prática, a preocupação com habilidades e competências que contemplem a humanização, e a busca pela horizontalidade das ações em saúde, por parte de alguns cursos. Conclui-se que em meio a este cenário de tensões que se estabelecem nos processo de mudanças, importantes transformações vêm ocorrendo; entretanto, com sinalizações de que há muito para ser feito em direção a uma formação de fisioterapeutas coerente com as necessidades sociais que se apresentam.

Palavras chave: fisioterapia, formação profissional, diretrizes curriculares.

ABSTRACT

DISCOURSES ON PRACTICES IN THE CONTEXT OF PHYSICAL THERAPY FORMATION IN THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL

Using a qualitative approach, this study identifies the main characteristics of the 27 Physical Therapy courses in the State of Rio Grande do Sul and discusses the process of physical therapist formation in this State based on the discourse of Physical Therapy course coordinators on practices developed during the formation. To do so, a descriptive study was carried out based on data available at Anísio Teixeira Brazilian Institute of Studies and Research, such as administrative category, number of hours, region of coverage, time of course existence, among others. A semi-structured interview was also performed, including five course coordinators and a coordination representative, who reported on the academic formation of physical therapists in their teaching institutions and on the relationship between the process of Physical Therapy formation and the Brazilian Unified Health System. Interview data were analyzed in terms of qualitative aspects through discourse analysis. Analyzed elements are relative to general formation characteristics, curricular structures, pedagogical practices, practice scenarios and perspectives related to integrality of care. Results about the 27 courses showed that 75% of courses are in the private sector; number of vacancies is between 30 and 120; number of hours ranges between 3,540 and 4,865 hours; and there was an 80% increase in number of courses over the past seven years, in addition to other findings. Interview results point to a prevalence of transformation movements within courses, most of which seem to be concerned about following some orientations of Curricular Guidelines. Traditional characteristics include course organization by disciplines, communication difficulty between knowledge areas and dichotomy between theory and practice and between teaching and service. On the other hand, some courses showed new teaching methodologies, widening of practice scenarios, concern about skills and competences that include humanization, and search for horizontality in health actions. It can be concluded that major transformations have been occurring within such scenario of tensions established in the process of changes; however, there are signs indicating that there is much to be done toward a physical therapy formation coherent with the current social needs.

Keywords: physical therapy, professional formation, curricular guidelines.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFISIO – Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia
ABRASCO – Associação Brasileira de Pós – Graduação em Saúde Coletiva
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP/UFRGS – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
CNE – Conselho Nacional de Educação
COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FEEVALE - Centro Universitário Feevale
FSG – Faculdade da Serra Gaúcha
IESA – Instituição de Ensino Superior
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPA - Centro Universitário Metodista
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC – Ministério da Educação
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
PPP – Projeto Político Pedagógico
PSF – Programa Saúde da Família
PUC/RS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RS – Rio Grande do Sul
SUS – Sistema Único de Saúde
T.O. – Terapia Ocupacional
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCPel -Universidade Católica de Pelotas

UCS - Universidade de Caxias do Sul
UFSM - Universidade Federal de Santa Maria
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
ULBRA - Universidade Luterana do Brasil
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICRUZ - Universidade de Cruz Alta
UNIFRA Centro Universitário Franciscano
UNIJUI - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
UNILASALLE Centro Universitário La Salle
UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa
UNISC - Universidade de Santa Cruz do Sul
UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UNIVATES - Centro Universitário Univates
UPF - Universidade de Passo Fundo
URCAMP - Universidade da Região da Campanha
URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	17
DAS LEITURAS QUE FIZ	21
Contextualização da saúde	21
A Saúde no Brasil	21
A Saúde no Contexto da Atenção Básica	25
A integralidade como direção	27
Valores da Integralidade	27
A Integralidade Orientando as Práticas na Saúde e na Educação	30
A formação em saúde e suas orientações	34
Intersetorialidade: a educação superior de profissionais da saúde	34
A formação em Saúde: o Modelo Hegemônico	39
Novos Rumos da/para a Formação em Saúde	42
Um olhar sobre a formação em fisioterapia	45
Breve Histórico da Formação em Fisioterapia no Brasil	45
A Fisioterapia no Contexto da Formação e na Perspectiva da Integralidade	46
PREPARAÇÃO PARA A ANDANÇA – O PERCURSO METODOLÓGICO	53
O TERRITÓRIO CONHECIDO E SUAS PARTICULARIDADES	60
Casas avistadas ao longe – uma visão dos cursos de fisioterapia do Rio Grande do Sul	60
Caracterização dos cenários percorridos: as aldeias, as cidades, as casas e seus habitantes	65
Apresentação das casas - características gerais da formação	68
Sobre a formação e as diretrizes curriculares	68
Características da formação	71
Traços das arquiteturas das casas - as estruturas curriculares	73
As Matrizes curriculares	73

Mudanças nas matrizes curriculares e suas direções	76
Sobre a vida no interior das casas – as práticas pedagógicas	83
Árvores de madeira nobre - os docentes	83
O cultivo das árvores - a formação do formador	84
O cultivo dos frutos - metodologias de ensino-aprendizagem	88
Varandas das casas – os cenários de práticas.....	90
Diversidade de cenários	90
O contexto da Atenção Básica em Saúde	95
O fisioterapeuta na Atenção Básica em Saúde	97
Janelas se abrindo para o horizonte algumas paisagens que se pode ver - o âmbito das relações	99
A temática da humanização	99
O Agente Comunitário de Saúde como potencializador da formação na APS	104
Uma fresta voltada para o horizonte - a integralidade nas práticas em saúde.....	106
Os fazeres nos cenários	106
REFLEXÕES SOBRE A TRAJETÓRIA PERCORRIDA	109
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES	
Apêndice 1 - Carta de apresentação do estudo	132
Apêndice 2 - Roteiro com questões norteadoras da entrevista	133
Apêndice 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido	134
ANEXOS	
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS	135

APRESENTAÇÃO

Da minha aldeia

Da minha aldeia vejo quanto da terra se pode ver no Universo...
Por isso a minha aldeia é tão grande como outra terra qualquer
Porque eu sou do tamanho do que vejo
E não, do tamanho da minha altura...

Nas cidades a vida é mais pequena
Que aqui na minha casa no cimo deste outeiro.
Na cidade as grandes casas fecham a vista à chave,
Escondem o horizonte, empurram o nosso olhar para longe de todo o céu,
Tornam-nos pequenos porque nos tiram o que os nossos olhos nos podem dar,
E tornam-nos pobres porque a nossa única riqueza é ver.
Alberto Caeiro (Fernando Pessoa)

Quando escolhi a Fisioterapia como profissão nunca antes havia tomado conhecimento de suas práticas cotidianas de perto, nem sequer havia conversado com um fisioterapeuta. Entretanto, imaginava-me uma profissional com ferramentas capazes de auxiliar pessoas fragilizadas a melhorar sua condição de saúde - doença, e contribuir para o desenvolvimento de seu processo de autonomia. Emocionava-me ver esses profissionais comprometidos em reabilitar.

Com o passar do tempo, e já dentro do curso de Fisioterapia, percebi que o que me movia para essa profissão era algo que estava além dos movimentos e técnicas que inicialmente me pareciam a essência da profissão; contudo, era algo que eu ainda não sabia explicar.

No segundo semestre, ainda bastante presa às poucas técnicas que havia aprendido, cursei a disciplina de Fisioterapia Preventiva II, que tinha como cenário um CAPS; lugar onde parecia não haver espaço para minha prática.

Dividia com meus colegas a angústia das dúvidas quanto ao que fazer num CAPS, como fazer, e por que motivos? Um semestre inteiro com pessoas com sofrimento psíquico, sem cursar a disciplina de psicologia, sem dominar nenhum tipo de técnica, nem ao menos cinesioterapia, perguntávamo-nos o que poderia resultar de produtivo dessa disciplina. Até o momento, a dimensão de meus questionamentos e da grande maioria de meus colegas limitava-se aos processos operativos do fisioterapeuta.

No decorrer do semestre, aos poucos fomos nos descobrindo, nos conhecendo, eu, meus colegas e as pessoas que freqüentavam diariamente o CAPS. Jogamos, conversamos, ouvimos, falamos, cantamos, dançamos... Nascia ali uma relação que se constituía a partir de *afectos*¹. Cada vez mais envolvida neste processo, fui deixando de lado os medos, as diferenças, os preconceitos, e assim cresceu o vínculo que nos unia; meus colegas e eu fomos sendo incluídos, e junto com alguns colegas passei a incluir. O que, como e por que fazer já não faziam mais parte dos meus questionamentos. Essa vivência trouxe à tona a compreensão do que hoje considero a essência das profissões da saúde: a alteridade².

Ao final dessa disciplina havia encontrado sentido em estar lá, não como fisioterapeuta, mas como ser humano, como profissional da saúde. Descobri o que ninguém poderia ter me dito, pois era necessário estar lá, viver aquilo tudo para sentir e perceber as respostas, a essência para meu entendimento necessitava de minha imersão. Então, instigada pelas respostas que havia encontrado desejei ficar mais tempo e permaneci como monitora por dois anos.

Durante o percurso da graduação vivenciei pontualmente algumas experiências que envolviam uma compreensão mais ampla da saúde. Nesse período, por um ano, a partir de um projeto entre a instituição de ensino e a prefeitura, realizei estágio em fisioterapia domiciliar. Duas vezes por semana ia até a casa de um casal de idosos, do qual o esposo necessitava de cuidados fisioterapêuticos. Fui percebendo que minha presença lá não se limitava a atendimentos, pois havia também algo que me movia além do que fora estudado e aprendido nas disciplinas e aulas práticas de Fisioterapia. Era algo parecido com o que eu reconhecia na coordenadora deste estágio que eventualmente me acompanhava nas visitas, e que poucas vezes identifiquei em outros docentes. Sua dedicação com as pessoas, a preocupação com outras coisas que envolviam todo o contexto; fazeres movidos por uma sensibilidade e motivação com as quais eu muito me identificava.

¹A palavra *afecto* aqui utilizada tem a intenção de expressar não um sentimento em si, mas um modo de pensamento representativo, que, conforme Spinoza refere-se ao efeito ou à ação que um corpo produz sobre outro, caracterizando-se como uma mistura de dois corpos, ou seja, um corpo que se diz agir sobre outro, e um corpo que recolhe o traço do primeiro. Para Spinoza *afecto* indica mais a natureza do corpo modificado do que a natureza do corpo modificante. (COURS VINCENNES - 24/01/1978).

²Alteridade é a capacidade de apreender o outro na plenitude da sua dignidade, dos seus direitos e, sobretudo, da sua diferença (CHRISTO, 2000).

Do mesmo modo como quando havia estado no CAPS, percebia-me mais uma vez *afectada* em cada um de nossos encontros, que ocorriam duas vezes por semana.

Meu interesse e apreço pelo campo da Saúde Coletiva, na qual a Fisioterapia ainda se mantém incipiente, aos poucos foram se consolidando e em 2001, iniciei um percurso de busca por aprofundamento. Ingressei em um curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, onde tive o primeiro contato com alguns textos que começaram a abrir meus horizontes acerca desta área ainda pouco conhecida por mim.

Mais tarde, no início de 2003, e cada vez mais envolvida com o tema, ingressei na Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), com ênfase em Pneumologia Sanitária. Durante dois anos fui residente no Hospital Sanatório Partenon, um hospital que presta cuidados a pessoas em situação de risco social, com tuberculose e doenças associadas.

Era um lugar diferente de todos que eu havia conhecido. Um lugar onde as pessoas permaneciam internadas por pelo menos seis meses, tempo mínimo para o tratamento da tuberculose. Um lugar onde era possível conviver com as pessoas internadas da manhã à noite, nos quartos, nos corredores, na sala da Fisioterapia, no pátio, na sala de jogos; e conhecer pelo nome todos os seus sessenta “pacientes”. O longo tempo que eu e minhas colegas residentes, uma enfermeira e uma médica, passamos ali nos possibilitou uma relação muito intensa com as pessoas internadas. Dessa convivência vieram o vínculo, os afetos, e diálogos, que aos poucos nos possibilitaram conhecer inúmeras histórias de vida.

O andar a vida das pessoas que eu acompanhava no interior daquele hospital, associado às narrativas das suas histórias deixadas do lado de fora, incitaram em mim muita reflexão e diálogos sobre a dimensão do(s) cenário(s) que envolviam e envolvem cada vida.

Para além do núcleo da Fisioterapia, bem como de qualquer outra profissão, era possível perceber o contexto que envolvia cada existência e, diante de tamanha magnitude, os conhecimentos e as técnicas fisioterapêuticas tornavam-se apenas um mínimo pedaço que se fazia insuficiente para dar conta de um todo de inúmeras e diferentes necessidades que se apresentavam.

Nesta fase vivenciei muitas experiências; tive lições de vida que ficarão para sempre marcadas na minha memória. Amadureci como profissional/ser humano,

percebendo que não existe dicotomia entre um e outro, aprofundei com convicção a certeza de que meu compromisso como profissional da saúde ia muito além do domínio e aplicação de técnicas. Ali se concretizaram a importância do trabalho integrado, das histórias de vida das pessoas, do diálogo, da escuta, do acolhimento, do vínculo. Ali, em virtude da profunda identificação, tive a certeza de que, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas pela profissão, eu deveria persistir no campo da Saúde Coletiva.

Com minha estada na RIS aproximei-me como estagiária da ênfase em Atenção Básica em Saúde que ocorria em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Centro de Saúde Escola Murialdo. No desejo de permanecer por mais tempo neste espaço participei da seleção para o terceiro ano de residência com um projeto que propunha trabalhar educação e saúde com cuidadores de pessoas que haviam sofrido Acidente Vascular Cerebral. Assim, ingressei na ênfase em Atenção Básica em Saúde da mesma residência, mais uma vez como residente de fisioterapia, onde permaneci por um ano. Lá tive a oportunidade de visitar casas, conhecer famílias, histórias de vida, de morte, de doença, de saúde, de alegria, de tristeza, de sofrimento, de esperança, de superação, de fé... Iniciava um importante aprendizado, trocas e parcerias com os colegas, profissionais e residentes de diferentes áreas, e com a comunidade, o que serviu como instrumento potencializador de minha práxis³ nas atividades desenvolvidas durante e após a Residência.

A partir de algumas experiências valiosas dentre tantas que tive comecei a refletir sobre meu processo de formação como profissional da saúde durante o período da graduação e percebi que existiram lacunas que distanciaram alguns fazeres que aprendi do resto do contexto que envolvia o processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida das pessoas. Ao mesmo tempo, durante a residência, a partir das vivências passei a fazer novas leituras de meu papel como fisioterapeuta, buscando refletir, ser e fazer diferente.

Desejei então ser docente no intuito de tentar viabilizar a outros fisioterapeutas, ainda no momento da graduação, algumas experiências

³ À luz de Paulo Freire “práxis pode ser compreendida como a estreita relação que se estabelece entre o modo de interpretar a realidade e a vida e a conseqüente prática que decorre desta compreensão levando a uma ação transformadora.” (ROSSATO, 2008, p. 331).

significativas e desterritorializantes como as que tive, e que possibilitaram maior reflexão e sentido aos meus fazeres em saúde.

Sendo assim, após o término da residência iniciei a busca pelo mestrado acadêmico, com intuito de uma maior compreensão didático - pedagógica. Iniciei na Faculdade de Educação da UFRGS, como aluna especial, as disciplinas de Educação na Saúde I e II, as quais foram de grande importância para a consolidação do meu desejo de ser docente.

No segundo semestre de 2007 ingressei no Mestrado em Ciências do Movimento Humano da UFRGS, com o esboço desta dissertação como projeto de pesquisa, fazendo parte da linha de pesquisa “Práticas Pedagógicas e Formação de Professores.” As disciplinas cursadas neste mestrado forneceram-me ferramentas importantes que envolvem o conhecimento e a utilização de metodologias que dão ênfase a um processo de ensino-aprendizagem significativo, o qual passei a compreender como fundamental para a promoção do perfil de profissionais de saúde que atuem no contexto da integralidade⁴.

Hoje falo do lugar de uma aluna que percebeu que poderia ter sido bem mais instigada acerca de sua práxis durante a graduação, de uma residente que vivenciou aspectos negativos e muito positivos do SUS e começou a refletir e buscar reinventar os seus fazeres a partir de trocas e vivências em diferentes contextos, e de uma docente ainda muito pouco experiente, mas que carrega a esperança de aproximar um pouco mais a Fisioterapia à vida das pessoas, compreendendo a saúde como uma construção social.

O trajeto percorrido até agora, as trocas com minha orientadora, as vivências em campo, o diálogo com colegas e pessoas com interesses afins, as leituras da realidade e das fundamentações teóricas, foram muito significativos para mim, aumentaram minhas inquietações e ampliaram minha visão como profissional de saúde e como docente nesta área. Dei-me conta de que não apenas o campo da Saúde Coletiva, mas todas as áreas e todos os fazeres dos profissionais de saúde devem despertar a importância das relações existentes e estar permeadas pela integralidade.

⁴ Neste caso integralidade diz respeito a um conjunto de valores principalmente de expressão não material (do campo dos saberes e dos modos relacionais) que seja capaz de dar conta do mundo das necessidades dos usuários, na produção do cuidado individual e/ou coletivo, que buscam a saúde e a cura (MERHY, 2006).

Minhas inquietações deram vida a essa pesquisa, que se propõe a identificar algumas práticas no contexto da formação atual de fisioterapeutas no Estado do Rio Grande do Sul, a partir de discursos de coordenadores dos cursos de fisioterapia.

A partir da leitura da epígrafe desta apresentação, “*Da minha aldeia*”, de Alberto Caieiro (Fernando Pessoa), entendo que somos de fato do tamanho do que vemos, e que podemos ver além. Este estudo, portanto, apresenta um desafio: um ver atento da realidade da formação em Fisioterapia no Rio Grande do Sul.

Sendo assim, atrevo-me a interpretar as instituições de ensino como “*as aldeias ou as cidades*”. As *aldeias* seriam as instituições que se permitem perceber o entorno e se abrir ao novo, atentas às necessidades da realidade social, e que promovem uma educação contextualizada e coerente com o que vêem. As *cidades*, aquelas instituições que, limitadas ao seu entorno, desenvolvem uma formação com foco em interesses particulares, os quais nem sempre condizem com as necessidades sociais que as circundam.

Os cursos de Fisioterapia seriam *as casas*, *casas* que tem como habitantes seus gestores, docentes, discentes, e todos os atores envolvidos no contexto de formação dos fisioterapeutas. Casas com janelas abertas quando fazem perceber que o ser humano é um ser único, envolvido num contexto físico, psicológico, cultural, social e histórico indissociável, e casas com janelas fechadas quando não conseguem ainda perceber ou desconsideram as peculiaridades de cada indivíduo.

A integralidade, permeada por seus complexos significados, e nobre pelas intenções que carrega, poderia ser comparada à grandeza do *universo*; sem a qual todos os profissionais e futuros profissionais de saúde se tornam *pequenos*.

Dessa forma, desejo conhecer um pouco mais sobre as “*casas*” o que elas me permitem ver do “*horizonte*”.

INTRODUÇÃO

O surgimento do SUS na Constituição Federal de 1988 se traduz em um importante fator que potencializou diferentes processos de mudanças nas práticas em saúde e, conseqüentemente, na formação dos trabalhadores da área.

Com a implementação do SUS, emergiram desenhos e novos cenários de atenção em saúde que passaram a colocar em questão a Educação em Saúde vigente, exigindo uma formação em consonância com os princípios e diretrizes do sistema de saúde. O debate sobre os avanços, os desafios e as estratégias para uma política de formação de trabalhadores da saúde coerente com os anseios do SUS tem se intensificado em diferentes espaços.

O SUS traz para a formação o tema da Integralidade e com esse debate é colocado o desafio de pensarmos uma atenção em saúde centrada na vida das pessoas, considerando os aspectos sócio-culturais dos sujeitos individuais e coletivos e a necessidade do trabalho em equipe.

A integralidade se faz presente nos diferentes patamares da saúde: nas políticas, nos serviços e no âmbito da atenção e da educação, interligando-se e complementando-se entre si (MATTOS, 2006). Para alcançarmos uma saúde justa, digna, de qualidade, efetiva e desenvolvida com comprometimento e responsabilidade, considero necessário que os profissionais, dentre outros atores⁵, conheçam e pratiquem a integralidade em todos os seus sentidos. Para tanto, a formação desses profissionais torna-se um elemento fundamental neste processo.

As expectativas em relação ao SUS apresentam um desejo que ainda se difere da realidade atualmente vivenciada, no sentido de mudanças no campo da formação para a saúde e da atenção. Prevalece ainda uma orientação acadêmica centrada na doença e no ambiente hospitalar, com conteúdos fragmentados e uma dicotomia entre teoria e prática, apesar de pontuais avanços (ROCHA *et al.* 2008).

Quando observamos o campo da atenção à saúde, também é nítido o predomínio das práticas biomedicalizantes. Em muitos casos, os profissionais encontram-se despreparados para enfrentar as diversas necessidades e demandas apresentadas na prática, e reproduzem um modelo pautado na medicalização da

⁵ "Em Saúde, os atores são indivíduos, grupos ou instituições capazes de interferir de forma ética e/ou política numa determinada situação, de acordo com um projeto próprio" (FEUEWERKER e CECCIM, 2005, p. 09).

doença, com dificuldades de saber como lidar com os fatores sociais que influenciam as questões da saúde. De forma geral as profissões da área da saúde estão vivenciando essas questões.

No caso da Fisioterapia, a profissão surgiu em “decorrência das grandes guerras, fundamentalmente para tratar de pessoas fisicamente lesadas” (Rebelatto e Botomé, 2002, p. 19), o que caracterizou a profissão com foco na reabilitação. Além disso, a fisioterapia sofre a influência do modelo flexneriano de formação, marcado pela medicina científica (ROCHA, 2002).

No atual momento, as características que antes se justificavam já não se justificam da mesma forma; novas demandas decorrentes de mudanças no contexto político, social, cultural, econômico, tecnológico e de outros setores exigiram modificações nas políticas e na maneira de intervir, solicitando a ampliação da atuação do fisioterapeuta para os diferentes cenários e para transformações no seu fazer.

As necessidades sociais geraram novas demandas à formação dos profissionais de saúde, que se apresentam para a fisioterapia por meio das Diretrizes e Bases Curriculares dos Cursos de Fisioterapia no intuito de orientar os rumos da formação de fisioterapeutas no Brasil (BRASIL, 2002). Em 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais surgem como um dos primeiros instrumentos a desafiar as práticas profissionais realizadas até então.

O cuidado passou a ser pensado de maneira complexa, exigindo uma práxis profissional unificadora, centrada no conjunto de necessidades apresentadas por cada pessoa, o que ultrapassa os fazeres estanques (divididos em prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, dentre outras divisões conhecidas na fisioterapia). O cuidado centrado em um profissional já não dá mais conta da dimensão das necessidades, e requer a presença dos diferentes profissionais, das ciências exatas, sociais, humanas, da saúde...

Esses e outros pontos causaram-me algumas provocações que me levaram a refletir acerca da formação profissional:

Como as instituições de ensino têm se organizado diante dos processos de mudança na formação de seus graduandos em saúde?

Em especial, no campo da Fisioterapia, como tem sido este processo?

A que é dado ênfase no processo de graduação em Fisioterapia?

Há uma preocupação, nos currículos propostos, no que se refere ao Sistema Único de Saúde e seus princípios?

Com o intuito de responder algumas dessas inquietações este estudo buscou compreender o processo de formação de fisioterapeutas a partir dos discursos de coordenadores de cursos de Fisioterapia do Estado do Rio Grande do Sul; mais especificamente, com o objetivo de:

- Identificar as principais características das escolas de Fisioterapia do Rio Grande do Sul;
- Compreender os fazeres em saúde no contexto da formação de fisioterapeutas sob a ótica de coordenadores de cursos de Fisioterapia do Rio Grande do Sul;
- Conhecer fatores limitantes e potencializadores para a implementação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Fisioterapia; e
- Identificar possíveis articulações entre o discurso sobre os fazeres formadores em saúde na perspectiva da integralidade.

O campo da formação em Fisioterapia, em especial no Rio Grande do Sul tem se expandido muito. Analisando dados disponibilizados pelo INEP é possível perceber que desde o surgimento dos cursos no Estado, nos últimos sete anos, houve um aumento de 80% no número de cursos. Contudo, a realidade do que ocorre no interior destes cursos é ainda pouco conhecida (GAPARETTO, 2008). Neste contexto essa dissertação pretende contribuir como um elemento de diálogo entre a educação e a saúde no campo da Fisioterapia e instigar reflexões acerca da formação de fisioterapeutas no Rio Grande do Sul.

O que desejei verificar aqui foram as práticas em saúde no âmbito da formação de fisioterapeutas, a partir dos discursos de coordenadores destes cursos.

Para definir o sentido que pretendi aludir utilizei a perspectiva de Foucault (1999) que remete à palavra prática caráter singular e fundamental.

Pela palavra prática Foucault não pretende significar a atividade prática de um sujeito, mas designa a existência objetiva e material de certas regras a que o sujeito está submetido desde o momento em que pratica o discurso. Os efeitos dessa submissão do sujeito são analisados sob o título posições do sujeito. (LECOURT, 1990, p. 91 apud VEIGA NETO, 2007, p. 45).

Neste sentido, ao optar pela análise de discurso, considerei que o que é dito adquire vida própria na medida em que divide espaço com o mundo concreto de cada pessoa, repleta de subjetividades e para a qual os significados se estruturam a

partir de sua existência. De acordo com Foucault (1999) as palavras não se apresentam coladas às coisas, o que é dito não necessariamente representa o que acontece. A fala dos sujeitos é permeada por diferentes subjetivações relacionadas à vida, ao mundo e ao trabalho, produzidas como formas de verdade, e que, no entanto, possibilitam várias operacionalizações e análises.

DAS LEITURAS QUE FIZ

Retrato aqui algumas das leituras que fiz antes e durante a trajetória percorrida, que serviram como ferramentas para a construção deste estudo.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE

Em *contextualização da saúde* apresento um resgate histórico da saúde no Brasil, pois, como não poderia ser diferente, acredito que o momento histórico em que vivemos não está desarticulado do já vivido. Apresento desde os movimentos desencadeados pela população até a incorporação dos desejos na Constituição Federal e consolidação do SUS como vitória social, e algumas conquistas legitimadas nos últimos anos. Não como um passado dado, mas no intuito de (re) acender a reconstrução de um passado a partir do presente. Apresento o conceito de saúde, cuja ideologia produz significado em mim e fundamenta minhas escolhas. Trago, ainda, a exposição do campo de práticas sob o qual incidem as principais apostas, inclusive as minhas, de uma práxis conciliadora de dicotomias existentes entre saúde e sociedade.

A Saúde no Brasil

No Brasil, atualmente a sociedade tem vivido grandes problemas no campo da saúde, os quais refletem a influência do contexto político-social da história do Brasil (Polignano, 2004), e vem orientando para uma saúde pautada na produção social.

No início do século XX, a atenção à saúde era considerada uma responsabilidade da população, que sofria com o autoritarismo das práticas sanitárias impostas pelo Estado, de acordo com seus interesses de mercado, os quais não contemplavam o atendimento das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007). Durante este período, o Estado atuava mediante a medicina previdenciária, que se encontrava em crise.

Havia sido instalado no Brasil um sistema de saúde cuja hegemonia era ditada por uma ditadura militar; por uma dicotomia entre prevenção e cura, por um modelo flexneriano, por um poderoso complexo médico-industrial, por lutas corporativas, por uma

concepção preventivista campanhista no Ministério da Saúde, pela falta de organização hierarquizada e conseqüente falta de mercado de trabalho para profissionais com perfil generalista. (DA ROS, 2005, p. 60).

Na tentativa de responder à crise do setor saúde na época, foram criadas políticas racionalizadoras como o Sistema Nacional de Saúde, os Sistemas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde (CONASP) e a Estratégia de Ações Integradas de Saúde (AIS), além de programas de extensão da cobertura de serviços em áreas rurais e periferias urbanas (PAIM, 2006).

O modelo de atenção à saúde era inadequado às reais necessidades da população, havia desigualdade no acesso aos serviços de saúde (o acesso era restrito somente àqueles que estavam formalmente inseridos no mercado de trabalho ou tinham condições financeiras de pagar). Também era evidente a separação entre prevenção e cura e o descomprometimento por parte do Estado, já que os serviços de saúde eram assumidos ou pelo setor privado ou por entidades filantrópicas. Sendo assim, as necessidades da sociedade iam além do proposto, conduzindo a mudanças no processo de atenção à saúde, que se fortaleceram através da democratização do Estado e da sociedade (MENDES, 1999).

Segundo Paim (2006) o fim da ditadura militar levou a sociedade a participar ativamente na proposição de formulações políticas engajadas num processo de lutas sociais que buscavam a construção de um sistema nacional de saúde contra hegemônico, orientado por uma utopia de transformação da sociedade.

A atenção à saúde requeria a ampliação do conceito de saúde, a compreensão e o atendimento integral do ser humano, respondendo a todas as suas necessidades. Esses ideais faziam parte do Movimento pela Reforma Sanitária iniciado em 1960, que ficou marcado como um movimento democrático de luta pela saúde como direito dos cidadãos, o qual expressava um conjunto de condições indispensáveis de vida e de trabalho.

A saúde adquiria um conceito 'ampliado', ampliação resultante da compreensão de seus fatores condicionantes (ou determinantes) e em defesa da superação das dicotomias entre ações de promoção e prevenção (saúde pública) e ações curativas (assistência médica), como vigente até então (CECCIM e FERLA, 2009, p. 444).

Afirmado os preceitos para uma Reforma Sanitária, cada vez mais defendida e disseminada por seus atores, aconteceu em 1986 a VIII Conferência

Nacional de Saúde, preconizando a instituição de um sistema de saúde assentado nos princípios de participação popular, equidade, descentralização, universalidade e integralidade da atenção.

A “habilidade do movimento sanitário em produzir fatos de articulação social entre diferentes forças organizativas da sociedade civil” veio estabelecer uma reforma ao setor saúde, pautando-se em três eixos principais (CECCIM, 2007, p. 35).

O primeiro eixo diz respeito aos conceitos e princípios doutrinários do SUS, destacando a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a equidade traduzida como a igualdade de assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e a integralidade de assistência entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do SUS (BRASIL, 1988).

De acordo com o CEBES, 1992 e a ABRASCO, 1992 *apud* CECCIM, 2007, p. 35, os princípios doutrinários do SUS propõe:

[...] a reconceitualização da saúde, concepção de saúde como expressão da qualidade de vida cuja conquista se dá por meio de políticas econômicas e sociais que diminuam ou eliminem os riscos de doenças e outros agravos, assim como pelas ações específicas setoriais de promoção, proteção e recuperação dos estados de saúde.

Compartilho aqui a identificação com o ideário da saúde no seu conceito ampliado, entendendo a saúde como um amplo terreno de complexidades e percebendo o processo saúde-doença como um processo contínuo, que se altera constantemente e sofre a influência de fatores sociais, culturais, emocionais, econômicos, psicológicos e biológicos, inseparáveis entre si.

O segundo eixo, não necessariamente nessa ordem, diz respeito às estratégias de organização e operacionalização do SUS, e apresenta como princípios a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; a descentralização dos serviços para os municípios, e o controle social, manifestado através da participação e fiscalização da comunidade (BRASIL, 1988).

No que se refere ainda aos eixos doutrinário e organizacional, apresentados como primeiro e segundo eixos, a regulamentação do capítulo da saúde na Constituição resultou na promulgação da lei 8.080 e na lei 8142 que dispõem sobre ambos, respectivamente.

Em relação ao primeiro eixo, a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre os princípios doutrinários do SUS e indica também que o sistema de saúde deve articular-se com o de educação em todos os níveis de ensino, no intuito de formar profissionais coerentes com as necessidades apresentadas pela sociedade. A respeito do eixo organizacional, a lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de outras providências (BRASIL, 1990).

No mesmo ano foram criadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios. Nos anos seguintes, novas conquistas foram alcançadas, com as Normas Operacionais Básicas - NOB e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS (BRASIL, 1996; 2001). As NOB voltadas para a definição de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do SUS, e as NOAS visando promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeando um processo de descentralização, transferindo para os Estados e para os Municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal (BRASIL, 1996; 2001).

Mais tarde, após o esforço da sociedade organizada e diálogos entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, sobre as respectivas responsabilidades, foram criadas novas orientações quanto ao funcionamento do SUS, tendo sido aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, dando origem ao *Pacto Pela Saúde*, o qual substituiu as NOB e as NOAS (BRASIL, 2006).

O terceiro eixo para uma reforma no setor saúde diz respeito à esfera política e traz a concepção de saúde como um direito de cidadania, especificado no Art. 196 da Constituição Federal como “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Pretendo nesta dissertação uma aproximação maior com esse eixo que nos remete aos significados micropolíticos⁶ do SUS. Não desconsiderando os outros

⁶ As relações sociais são produzidas a partir de uma relação de forças, uma relação de poder que configura o campo político. “Tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica.” O macro e o micro são dois modos de recortar a realidade, “as duas efetivamente se distinguem mas são inseparáveis, embaralhadas uma com a outra, uma na outra.” (Deleuze e Guattari 1996, p. 90). A micropolítica trata do campo das forças, do que é invisível (cada ação, cada

eixos, muito pelo contrário, reconheço toda a sua importância no âmbito macropolítico. Contudo, na interface saúde educação, aposto no eixo político como recurso que potencializa e desloca questionamentos, produzindo outras condições de pensar e experimentar o presente. Mais do que ao conteúdo presente nas cartilhas doutrinárias, busco atentar ao campo das interações vivas, os espaços onde ocorrem as relações e a manifestação ética.

A Saúde no Contexto da Atenção Básica

A concepção do Sistema Único de Saúde representou uma verdadeira revolução na história da Saúde Pública brasileira trazendo avanços conceituais e no desenho da política de saúde do Brasil, tornando a saúde “um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). O SUS existe há mais 20 anos e, aos poucos, vem consolidando processos de mudança em direção à ampliação do cuidado e à promoção da saúde da população com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A promoção da saúde já era foco em 1978, quando no Cazaquistão houve a Conferência de Alma Ata, que reuniu 134 governos, dentre eles o Brasil, para tratar dos Cuidados Primários em Saúde. A Conferência declarou “saúde para todos no ano 2000” (OPAS, 1978).

Segundo Barchifontaine (2005) os países do primeiro mundo ainda estão mais voltados para a promoção da saúde, enquanto nos centramos na saúde curativa.

Apesar de ainda centrado na saúde curativa, no Brasil mudanças sanitárias vem ocorrendo, dentre as quais podemos destacar a valorização do campo da Saúde Coletiva que, conforme Carvalho e Ceccim, (2006) orienta-se nas necessidades sociais e tem se sobressaído como espaço privilegiado para o diálogo entre saúde e sociedade. Além disso, percebe-se um consistente esforço no sentido de reorganizar e incentivar a Atenção Básica, como estratégia privilegiada de

ato de produção de realidade), enquanto a macropolítica trata das formas, do que é visível. Neste sentido considero que o que imprime vida ao SUS que conhecemos na teoria explicitada nas leis, nos Programas de Saúde da Família e no Pacto pela Saúde e outros pactos que o constituem (macropolítica) é dependente da prática cotidiana que se dá em cada microespaço, configurando a micropolítica onde se caracteriza o que de fato é o SUS, suas potencialidades e suas fragilidades.

substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar.

O campo da Saúde Coletiva vem contemplando a ampliação dos serviços de Atenção Básica cujas características dizem respeito a

[...] um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas à população de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, PORTARIA GM 648/06 2006).

A Atenção Básica também se caracteriza pelo uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, orienta-se pelos princípios do SUS, é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e considera as pessoas em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural (BRASIL, 2006). O estabelecimento de uma Atenção Básica resolutiva e de qualidade denota reafirmar os princípios constitucionais estabelecidos para o SUS, na medida em que se busca concretizá-los por meio desta atenção.

Seguindo os preceitos da Atenção Básica em saúde estão cada vez mais presentes nos municípios a Estratégia de Saúde da Família (ESF), adotada no Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e mais recentemente os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No âmbito da saúde das famílias o Programa de Saúde da Família prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua e vem sendo implementado em todo o Brasil como estratégia importante para a reordenação do modelo assistencial. Neste sentido, para a implementação do PSF, faz-se necessário formar profissionais para abordagem do processo saúde doença com enfoque em Saúde da Família (BRASIL, 2001).

Acompanhando o desenvolvimento da ESF e buscando ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutibilidade, foram criados em 24 de janeiro de 2008 os NASF, lançados pela Portaria GM 154 (BRASIL, 2008).

Além deste conjunto de instituições em prol da Atenção Básica, em 2006 a Portaria GM 399 lançou o Pacto pela Saúde, o qual engloba três dimensões: o Pacto

pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde institui mudanças na organização do SUS e, entre diversos encaminhamentos define a Atenção Básica como prioridade na organização da assistência em saúde e, dentro da Atenção Básica, a ESF. (BRASIL, 2006).

Dado o reconhecimento da importância da Atenção Básica no sistema de saúde brasileiro e de sua expansão algumas reflexões se tornam pertinentes. As competências dos profissionais da área da saúde dão conta das necessidades apresentadas no contexto da Atenção Básica? O que é necessário para os profissionais se adequarem às necessidades que emergem da Atenção Básica em saúde? De que forma os cursos da área da saúde tem se implicado nessa que é/deve ser uma das responsabilidades que as instituições de ensino superior estabelecem indispensavelmente com a sociedade?

A INTEGRALIDADE COMO DIREÇÃO

A integralidade como direção insere uma abordagem da integralidade na sua polissemia dando luz aos diversos sentidos que ela abarca, utilizados por autores do âmbito da saúde, cujos ideais compartilho. Logo adiante me ocupo também da saúde e da educação numa dialética à luz da integralidade, trazendo semelhanças existentes entre o que compreendo como um desejo/necessidade nos contextos da saúde e da educação dos profissionais de saúde.

Valores da Integralidade

Contando com a participação de vários profissionais da saúde empenhados no movimento pela Reforma Sanitária, na elaboração do capítulo saúde da Constituição Federal de 1988 a integralidade ganhou destaque como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1988).

Mesmo que a integralidade não tenha ficado explícita como um conceito constitucional, Mattos (2004; 2006) busca trazer alguns dos seus sentidos consolidando sua importância não somente no Sistema Único de Saúde, mas dentro de todos os contextos de saúde, sejam eles públicos ou privados. Esta óptica da

integralidade é compartilhada por diversos autores, tais como Mendes (1999), Feuerwerker (2002), Pinheiro (2006), Marins et al., (2004), Da Ros (2005), dentre tantos outros que compartilham o desejo de uma saúde digna e de qualidade.

Dedicado aos estudos que enfocam o tema da integralidade Mattos (2006) confere a ela diversos sentidos que se caracterizam por um enunciado de diferentes particularidades do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas, as quais são consideradas por alguns e adotadas nesta dissertação como anseios, por se relacionarem ao ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. Neste contexto, a integralidade é trazida no sentido de tentar indicar a imagem que se quer imprimir à transformação da sociedade, fruto de um pensamento crítico de superação da realidade existente.

De forma bastante conveniente Mattos (2006) se faz entender quando apresenta três sentidos distintos da integralidade, porém interligados entre si:

De acordo com o autor um dos sentidos da integralidade está relacionado com um movimento conhecido como medicina integral. A medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem, diante dos pacientes, uma atitude cada vez mais fragmentada.

Inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente os pacientes, atentando tão somente os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram. Isso significava ao mesmo tempo a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes (MATTOS, 2006, p. 47).

A crítica a tais atitudes por parte da medicina integral era baseada nos currículos dicotômicos, que conforme seu ponto de vista reproduziam a escola médica; o que levou os apoiadores da medicina integral a propor reformas curriculares. Para a medicina integral a integralidade relacionava-se à atitude dos médicos que seria desejável, caracterizada pela recusa em reduzir o “paciente” ao biológico, ou seja, na forma como os profissionais respondem aos “pacientes” que os procuram (MATTOS, 2006).

É possível identificar outro sentido da integralidade quando o profissional de saúde busca reconhecer as necessidades de ações de saúde, relacionadas ou não a doenças, para além das demandas explícitas relacionadas a uma experiência de sofrimento, como as relacionadas ao diagnóstico precoce ou à redução de danos e fatores de risco. Segundo Mattos (2006, p. 52), “buscar compreender o conjunto de

necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta, seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade”.

Ainda no sentido das práticas de saúde, conforme Pinheiro (2004) e Mattos (2006) pela perspectivas do usuário dos serviços de saúde a integralidade relaciona-se com um valor freqüentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Quanto ao conjunto de sentidos da integralidade que incide sobre as práticas, Mattos (2006, p.54) afirma que:

Eles têm em comum a preocupação de discernir de modo abrangente as necessidades dos usuários desses serviços, buscando de um lado gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção, e de outro, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças. Diga-se de passagem, a integralidade assim concebida é um valor que merece ser defendido em relação a todas as práticas de saúde e não apenas às práticas de saúde do SUS.

Outro sentido atribuído à integralidade está relacionado à organização dos serviços e das práticas em saúde. Neste, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua nos serviços de saúde, caracterizado pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (MATTOS, 2006). Por exemplo: uma pessoa que participa de um programa de combate à tuberculose, não deve ser reduzida apenas ao olhar das questões que envolvem a tuberculose, mas deve ser percebida sobre todas as outras ópticas com a mesma consideração, de acordo com as necessidades que apresenta. Desta maneira a integralidade serviria como uma forma de horizontalizar programas anteriormente verticais, ou seja, o programa de combate à tuberculose deveria estar atento a outras necessidades demandadas pela população, e dar conta de encontrar soluções, articulando-se com outros setores de atuação.

Neste caso, como em todos os outros, é importante a presença do diálogo como uma ferramenta indispensável para se apreender as necessidades de um indivíduo ou grupo populacional.

O terceiro sentido remetido à integralidade é relativo às configurações de certas políticas específicas que Mattos (2006) denomina de políticas especiais. São políticas desenhadas com a finalidade de responder a um problema específico de saúde. Em outras palavras, trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos. “Neste sentido a noção de integralidade expressa a convicção de que cabe ao governo

responder a certos problemas de Saúde Pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as assistenciais” (MATTOS, 2006, p. 63). Este é o caso, por exemplo, da AIDS, que abarca desde a perspectiva preventiva até a assistencial.

Os conceitos de Paim (2006, p.18) acerca da integralidade também se aproximam das idéias já explicitadas e, seguindo as bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira, distribuem-se em pelo menos quatro perspectivas:

a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudança (reforma agrária, reforma urbana, etc) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes de saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação integral.

Indo ao encontro dos ideários tanto de Mattos (2006), quanto de Paim (2006) nesta investigação me debruço sobre os desafios da integralidade referentes à integração das ações em saúde e às dimensões da atuação profissional nos ambientes de formação. Entretanto, compreendo que é necessária aos profissionais da área da saúde uma ampla apropriação dos sentidos e valores da integralidade em todas as suas esferas, para que estes se tornem cada vez mais conhecedores e fazedores de uma prática transformadora da realidade.

Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação de abertura para o diálogo (MATTOS, 2006, p. 63).

A Integralidade Orientando as Práticas na Saúde e na Educação

No movimento contrário à fragmentação do homem e do conhecimento, os profissionais de saúde, os educadores e todos os envolvidos no processo de formação de profissionais de saúde não podem ignorar as relações dialéticas, interdependentes e interpessoais no âmbito das práticas em saúde e no âmbito da educação. Integrar o desintegrado e articular o desarticulado é a questão quando o objeto alvo é o ser humano, o cidadão (Morin, 2000).

A saúde e a educação, como vimos anteriormente, são duas áreas intimamente envolvidas com alguns dos que podemos chamar sentidos da integralidade e, talvez, ainda com mais força aquele que se relaciona com as práticas que envolvem as relações humanas.

Se por um lado a integralidade tratando-se da relação das práticas em saúde na busca por uma atenção à saúde política, ética e solidária aponta para o diálogo, o tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (Merhy, 2000; Mattos, 2006), por outro, no contexto da educação significados semelhantes são trazidos por Paulo Freire desde os anos setenta como necessidades para uma educação emancipatória e libertadora do conhecimento, em busca da reinvenção de um mundo mais humano e solidário (FREIRE, 1983; 2008). É possível dizer que, na perspectiva de Paulo Freire, integralidade, palavra ainda desconhecida por seus sentidos na época, aproxima-se muito dos propósitos da humanização, da solidariedade e do diálogo, dentre outros predicados que vem ao encontro do sentido aqui pautado da integralidade (STRECK, 2008).

Tardif e Lessard (2005) no escrito *O Trabalho Docente* apontam um tópico denominado *a docência como trabalho interativo e seu objeto humano* que considero muito relevante e bastante próximo do conceito de integralidade ao qual este estudo se dedica.

A educação e a saúde têm em comum uma essência pautada nos espaços micropolíticos, tendo o ser humano como objeto de seu trabalho, o qual, conforme Tardif e Lessard (2005) no âmbito da educação, e Merhy (2002) no âmbito da saúde, modifica profundamente a natureza do trabalho e a atividade do trabalhador. Diferente de qualquer outro objeto de trabalho, o trabalho com o ser humano requer uma interação humana entre sujeitos, seja na saúde ou na educação, donde emergem porosidades que são potencializadoras de novos significados, a partir dos encontros e relações permeadas de diálogo e alteridade (MERHY, 2000). Trata-se do trabalho vivo em ato, o qual promove ou pelo menos deveria promover a interação e o reconhecimento da qualidade que é do outro, *affectando* e colocando na posição de aprendizes, numa via de mão dupla, o docente e o aluno, o trabalhador da saúde e aqueles a quem ele dedica seu cuidado (MERHY, 2002).

No campo da saúde, as interações humanas são muito bem desenvolvidas por Merhy (2000) e definidas como tecnologias⁷ leves. Elas enfatizam as relações, valorizando a escuta, o vínculo, o diálogo, o acolhimento, dentre outros, e, devem estar inseridas em todas as outras tecnologias.

Para melhor se fazer compreender, o autor utiliza como exemplo o que denomina de valises tecnológicas. Imaginando um encontro entre um médico e um usuário o autor refere que o médico, para atuar, utiliza três tipos de valises (caixas de ferramentas tecnológicas). Uma diz respeito aos instrumentos utilizados com as mãos, como o estetoscópio, que ele utilizaria para examinar o paciente (tecnologia dura); a outra, aos conhecimentos científicos acumulados que ele adquiriu no percurso de sua formação profissional, como o conhecimento clínico (tecnologia leve-dura); e a terceira, refere-se ao encontro com o outro, ou seja, à produção de relações entre os dois sujeitos (tecnologia leve) (MERHY, 2000).

Voltando-nos ao campo da educação é possível fazermos uma analogia, onde, por exemplo, a tecnologia dura poderia ser do giz ao data show; a tecnologia leve-dura, os conhecimentos do docente, a didática, o currículo; e a tecnologia leve a interação entre o docente e seu aluno no decorrer do processo de formação.

Projetar sob a forma de imagens ou registros, no data show, os conhecimentos do docente para seus alunos pode ser uma atividade considerada produtiva, ou não, para aqueles que almejam uma educação reflexiva e politizada. Tudo dependerá da forma como isso será conduzido no momento do encontro entre docente e aluno. Assim também há de ser no interior dos processos de trabalho em saúde. Tomando o exemplo do âmbito da saúde ou da educação é possível perceber que, do ponto de vista micropolítico dos processos de trabalho, os três fatores exemplificados expressam processos produtivos singulares implicados com certos tipos de produtos (MERHY, 2000).

As três tecnologias merecem o reconhecimento de sua importância; no entanto, por todas envolverem o encontro entre as pessoas, é imprescindível que as tecnologias das relações humanas, estejam sempre presentes, e essa é a questão que a integralidade busca resgatar, pois não são raras as vezes em que

⁷ O termo tecnologia diz respeito aos “nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos. Refere-se às configurações reciprocamente assumidas ou assumíveis pelo conjunto daqueles três momentos do processo de trabalho, dados os objetivos, as finalidades do mesmo” (GONÇALVES, 1994 apud MERHY, 2000, p. 110).

percebemos a supervalorização de tecnologias duras em detrimento das relações humanas.

Neste sentido cabe ainda pensarmos algumas questões colocadas por Tardif e Lessard (2005, p.29) sobre a tradicional oposição sujeito/objeto e sua derivada trabalhador/matéria: “Pode-se reduzir a interação humana à prática transformadora de um trabalhador sobre um objeto material? Quais são os riscos derivados, os perigos inerentes a uma tal redução de outrem a um objeto?”

Conforme esses autores, as questões que envolvem a redução do ser humano se tornam ainda piores quando o objeto humano de trabalho se encontra na posição de fragilizado, por exemplo, uma criança ou um doente; o que nos impulsiona para uma discussão crítica acerca dos processos tradicionais de trabalho e, acrescento ainda, do ensino em saúde.

Neste contexto das relações com o outro, acredito que as questões da integralidade, já referidas anteriormente, que se vinculam à valorização das histórias de vida, das diferentes culturas, baseadas no diálogo, na escuta, valorizando o outro como sujeito, devem estar presentes nos processos de formação dos indivíduos em todos os ciclos da educação e dos profissionais de saúde com a mesma importância, para que estes se transformem em profissionais capazes de compreender a complexidade do ser humano.

Compreendo que a integralidade como eixo da saúde e da educação vem ao encontro do referenciado por Hernández (2007), Freire (2008), Ceccim e Feuwerker (2004), dentre outros autores que propõem uma educação estimuladora do protagonismo estudantil, ampliando a implicação do estudante em seu processo formativo. Esta proposição entende os estudantes como indivíduos em transição que sejam capazes de construir e participar de experiências vivenciadas de aprendizagem pelas quais aprendam a resolver questões que possam dar sentido ao mundo em que vivem, e que construam e participem de suas relações com os outros e consigo mesmos.

O conhecimento na dimensão humana não é um ato, através do qual o sujeito, transformado em objeto, recebe, dócil e passivamente, os conteúdos que o outro lhe oferece ou lhe impõe, o espaço de aprendizagem é a vivência dos valores humanos (FREIRE, 2001, p.12).

Compartilho o apontamento de Freire (2001) de que conhecer na dimensão humana requer curiosidade e ação transformadora sobre a realidade implicada em

invenção e reinvenção; e para isso se tornar possível é necessário ocupar o lugar de sujeito, pois é como sujeito e somente enquanto sujeito que o homem pode realmente conhecer. Neste sentido, compreendendo que, como seres inacabados aprendemos permanentemente durante toda a vida e considero que a evocação de Freire (2001) incide tanto no estudante em seu processo de formação, quanto no profissional de saúde em seu processo de trabalho.

Essas e outras transformações que envolvem o processo de formação e de trabalho estão imbuídas no intuito de que o profissional esteja cada vez mais implicado em uma formação crítica, capaz de produzir significado, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social e prestar a devida atenção humana e de qualidade (FEUERWERKER, 2002).

A FORMAÇÃO EM SAÚDE E SUAS ORIENTAÇÕES

Em *a formação em saúde e suas orientações* busco resgatar o compromisso que as instituições de educação superior apresentam para com a sociedade e elucidar o tensionamento por vezes existente entre esses e outros interesses institucionais, além trazer um esboço das finalidades de projetos político pedagógicos, currículos e práticas pedagógicas. Também pretendo apresentar o modelo hegemônico de formação que configurou a história da formação em saúde no Brasil e suas fragilidades perante o contexto atual de saúde; além de manifestar novas perspectivas para a educação de profissionais de saúde no Brasil, que buscam considerar a complexidade humana.

Intersectorialidade: a educação superior de profissionais da saúde

A formação de profissionais da área da saúde é uma preocupação presente na Constituição Federal de 1988. Conforme o seu artigo 200 compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988). Decorrente desta importância, consta na Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), que o setor requer a formação de pessoal específico, que disponha do domínio de tecnologias tanto para a atenção individual de saúde, quanto para a Saúde Coletiva (BRASIL, 1996).

Na NOB/RH-SUS, a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação dos profissionais, e a formulação de políticas está relacionada com a proposição de propostas de formação de novos perfis profissionais. Por isso, a NOB/RH-SUS registra como imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis com o sistema de saúde (FEUEWERKER e CECCIM, 2004 p. 1407).

A partir das insuficiências e carências de atenção à saúde que vivenciamos diariamente nos serviços, não é difícil constatar a existência de lacunas e fragilidades na atenção à saúde, estreitamente ligadas ao processo de formação dos profissionais. Segundo Feuewerker e Ceccim (2004), autores intensamente dedicados ao estudo da formação em saúde na atualidade e defensores de uma saúde implicada com a sociedade, os profissionais da área da saúde têm apresentado uma formação profissional em desacordo com o ideário do SUS, o que vêm atentando as Universidades e Instituições Formadoras e chamando-as à responsabilidade de mudanças em seu processo de formação.

É obrigação das Universidades e Instituições Formadoras colocar o comprometimento público acima de qualquer compromisso privado, já que, ao contrário do mercado, estão amarradas desde sempre a uma determinada função social (DEMO, 2005, FEUEWERKER e CECCIM, 2004). Em virtude disso, todas as Universidades e outras Instituições Formadoras vêm sendo pressionadas por mudanças no processo de formação e na maneira de se relacionarem com a sociedade (FEUEWERKER e CECCIM, 2004).

Segundo Demo (2005) a Universidade e, acrescentando, Faculdades, Centros Universitários e Institutos de Educação, estão ligados a um dos patrimônios mais decisivos e profundos da humanidade, que é a habilidade de manejar conhecimento, de um lado, e de formar novas gerações, de outro, não só para o mercado, mas essencialmente para saberem pensar. Em consonância, Pimenta, (2008, p. 162) percebe a Universidade como:

Instituição educativa cuja finalidade é o permanente exercício à crítica que se sustenta na pesquisa, no ensino e na extensão. Ou seja, na produção dos conhecimentos historicamente produzidos, de seus resultados, na construção da sociedade humana e nas novas demandas e desafios que ela apresenta.

Sendo as Universidades e as IES locais de formação intimamente relacionados à construção da sociedade humana e às suas novas demandas e

desafios da sociedade contemporânea considero importante resgatar a relação entre o ensino e a socialização por mim reconhecida.

De acordo com Gómez (1998) e Freire (2008) a educação, sem dúvida cumpre a função de socialização. Mesmo escrito numa época em que a reforma da educação era ainda incipiente, as palavras de Gómez (1998) se tornam atuais quando refere que, nas sociedades, a preparação na vida pública requer intervenção de instâncias específicas como a escola, a família, os grupos sociais, os meios de comunicação, dentre outros, cuja função peculiar é atender e canalizar o processo de socialização, contribuindo decisivamente para a interiorização de idéias, normas e valores da comunidade.

Dentre as várias instâncias participativas do processo de educação, a escola é vista pela sociedade contemporânea como uma entidade de fundamental importância. Para Gómez (1998), o processo de socialização na escola é complexo e assume um caráter plural. Por um lado a escola tem o papel de preparar os alunos para sua incorporação no mundo do trabalho e, para tanto, requer o desenvolvimento de novas gerações, da formação de disposições, atitudes, interesses e comportamentos e não somente, nem principalmente de idéias, habilidades e capacidades formais. Neste sentido, Demo (2005, p.19) aponta que: “enquanto o mundo mudou substancialmente, ser profissional, em primeiro lugar, não é só exercer profissão, mas saber renová-la de maneira permanente. É fundamental ser mentor de sua profissão, não somente serviçal.”

Por outro lado, a outra função do processo de socialização na escola seria o que Gómez (1998) define como a formação do cidadão para sua intervenção na vida pública. Função a qual deve preparar os estudantes para que “se incorporem à vida adulta e pública, de modo que se possa manter a dinâmica e o equilíbrio nas instituições, bem como as normas de convivência que compõem o tecido social da comunidade humana” (GÓMEZ, 1998 p.15). Cabe aqui, ressaltarmos o que, de forma muito relevante, é dito por Demo (2005, p.51): sobre a formação do cidadão:

[...] muito além do instrucionismo, formação contém num nível a habilidade disruptiva do conhecimento para saber pensar, mas contém também em outro nível conjugado, a habilidade política para saber intervir. É por essa porta tipicamente curricular que entra a cidadania na Universidade. Este processo deve ser intrínseco ao currículo sem jamais passar a impressão de que cidadania provém de fora, de atividades eventuais e apenas voluntárias.

Parece que a porta para a habilidade política apresenta ainda alguma ou muita dificuldade de ser aberta, pois, distanciando-se dos valores que implicam uma formação para a cidadania, comumente a formação em saúde pode ser interpretada como alheia aos valores agregados ao processo de educação, já que, “pode ser vista inicialmente como a aquisição pelo indivíduo de uma série de conhecimentos e habilidades que o tornem capaz de entrar para o mercado de trabalho” (MAIA, 2004, p.102). Segundo Pimenta (2008) a crescente dicotomia entre as finalidades da Universidade enquanto instituição social e as finalidades de caráter neoliberal é nítida. A autora traz como exemplo o aparecimento, a partir dos anos 90, da restrição do papel da Universidade, com o aumento da formação de profissionais voltada à transmissão rápida de conhecimentos e à habilitação rápida para graduados que precisam entrar depressa no mercado de trabalho.

A formação de profissionais de saúde historicamente tem concedido privilégios aos conhecimentos e habilidades técnicas colocando a saúde como um produto a ser comercializado. Dessa forma, habitualmente a formação tem subtraído a saúde ao significado de peça de uma máquina a ser consertada, remetendo-a ao valor de um mero objeto de compra e venda. Nesse sentido, parece que os planos ético, estético e político que constituem a base para a cidadania, têm, quando muito, ocupado um lugar marginalizado, o que configura nosso cenário atual.

Vários autores, tais como Feuewerker (2002), Marins et al. (2004), Pereima et al. (2005), Pinheiro et al. (2006), Pinheiro et al. (2007), Rocha e Centurião (2007) dentre outros, tem problematizado a polarização da formação de um lado positivo–tecnológica, e de outro filosófico-ideológica, além das metodologias de ensino utilizadas durante a formação. Assim como a maioria desses autores, considero que o sistema de saúde vigente requer trabalhadores de saúde qualificados em todos os sentidos, desde as habilidades e competências mais duras, como habilidades práticas e técnicas, até as habilidades e competências mais sensíveis, subjetivas, e que requerem postura crítica, ética e política, proatividade e criatividade.

Compreendendo a existência de intrínsecas relações entre educação e formação dos profissionais de saúde e percebendo como indissociáveis as duas funções do processo da educação anteriormente referenciadas, compreendo que o processo de formação de um profissional da saúde e o processo de formação de um ser humano, cidadão, não são independentes entre si. Eles ocorrem ao mesmo tempo, na mesma pessoa, e estão envolvidos em uma trama de relações sociais

que organizam a experiência cotidiana do pessoal com o profissional, o que remete ao processo de formação alto grau de complexidade.

Como parte dessa complexa trama, e como potenciais elementos para o enfrentamento de parte de alguns dos desafios colocados; considero os projetos político pedagógicos e as matrizes curriculares como mapas que reúnem orientações de: como, por que e para que fazer, configurando desejos e interesses predominantemente existentes em cada instituição e/ou curso.

Quanto aos Projetos Político Pedagógicos, neste caso, políticos pelas intenções que deve trazer, sob a lógica de uma formação socialmente comprometida, Pimenta (2008, p. 171) refere que

[...] a construção coletiva do projeto institucional, recupera as raízes da instituição social que é a Universidade e questiona criticamente as funções que hoje se quer que ela exerça. Esse projeto é pedagógico porque discute o ensinar e o aprender num processo de formação de construção de cidadania, e não apenas de preparação técnica para uma ocupação temporal.

Seguindo a mesma direção das mudanças desejáveis nos Projetos Político Pedagógicos, Maia (2004) nos refere acerca das transformações de currículo, que devem representar um recorte real do mundo, pois:

O currículo é uma construção social da escola, um instrumento pelo qual ela delimita um espaço onde vão ocorrer as experiências de ensino e aprendizagem, com vistas a um processo de formação, em um determinado nível de educação escolar, por um certo período de tempo (MAIA, 2004, p. 104).

Acompanhando o rumo dos projetos político pedagógicos e currículos que configuram o desenho da formação, encontram-se as pedagogias de ensino, as quais acontecem nos pequenos espaços de encontro e conferem vida ao conteúdo; envolvendo diferentes atores, dentre os quais, principalmente, docentes e discentes. Acerca das práticas pedagógicas, aqui fazemos jus à pedagogia Freireana, cuja afinidade com o tema desta dissertação reside na maneira de inventar/conduzir a formação no intuito de alcançar uma práxis transformadora da realidade, cujo detalhamento é realizado posteriormente, no tópico “novos rumos da formação em saúde”.

A Formação em Saúde: o Modelo Hegemônico

O processo de formação acadêmica dos profissionais de saúde sofre a influência de inúmeros fatores externos às instituições de ensino, dentre os quais se encontram mudanças no âmbito político, social, cultural, econômico e tecnológico, bem como modificações nas políticas de educação e de saúde (POLIGNANO, 2004).

Na formação em saúde, a evolução das ciências conduziu a medicina a adotar para suas práticas o modelo positivista newtoniano/cartesiano, que durante longo tempo, caracterizou a medicina científica.

O paradigma Flexneriano é uma ideologia consolidada pelas recomendações do Relatório Flexner, publicado em 1910, o qual culminou com a inauguração do chamado Modelo Flexneriano de pensar/exercer saúde nos Estados Unidos. O surgimento do modelo Flexneriano, segundo Da Ros (2005), partiu da possibilidade de produzir alternativas de desenvolvimento de capital na área das doenças com exames de laboratório (para descobrir a “causa”), medicamentos (para combater a “causa”) e leitos hospitalares especializados, consolidando o que o autor chamou de império econômico, conhecido como complexo médico industrial. A idéia foi difundida para outros países em virtude dos interesses de mercado e teve inserção no Brasil a partir da ditadura militar.

De acordo com Rocha (2002) e Pellegrino (1993) é importante considerar o contexto sócio-político em que o Relatório Flexner foi desenvolvido. Na época, os Estados Unidos contavam com um grande número de escolas médicas isoladas com fins lucrativos, acompanhadas por um péssimo padrão de ensino médico.

A proposta de Flexner, com uma forte fundamentação científica, não deixa de aludir aos aspectos relativos à formação humanística e social para a Medicina. Flexner defendeu o médico ideal como uma pessoa sensível e educada – para quem ciência e humanidade eram necessárias e indissolúvelmente unidas (ROCHA 2002). Segundo Pellegrino (1993), esse é o pleno conteúdo do legado educacional de Flexner, um legado que hoje permanece parcialmente cumprido, pois somente uma parte dele se desenvolveu, visto que a Medicina alcançou um avanço científico inimaginável a partir de 1910, porém, a reconciliação entre a ciência médica e uma formação humanista ainda está por ocorrer.

Com a adoção do modelo flexneriano, houve a proposta de um currículo para a formação médica orientado pelas ciências básicas, centralizado no ensino em práticas fragmentadas e hospitalares, com tempo de formação mínimo de quatro anos, aumentando o poder aquisitivo das escolas e sugerindo um avanço na área da educação tecnológica superior (CHAVES, 1996; CENTURIÃO, 1997; ROCHA, 2002). Inicialmente sua repercussão foi voltada às escolas médicas, mas tornou-se significativa nas demais profissões da área da saúde, provocando mudanças estruturais em seus cursos de formação.

A lógica do paradigma hegemônico da saúde trouxe consigo algumas características, as quais fazem parte do processo de formação dos profissionais de saúde e estão ainda presentes na forma de intervir e atuar nos serviços de saúde.

O paradigma Flexneriano possui elementos marcantes que coexistem, se completam, se potencializam e determinam a sua ideologia, os quais são, de acordo com Mendes (1993), o mecanicismo que fazia uma analogia do corpo humano com a máquina; o biologismo que pressupõe o reconhecimento exclusivo e crescente da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências; o individualismo que se manifesta, de um lado pela instituição do objeto individual da saúde e, de outro, pela alienação dos indivíduos, excluindo da vida os aspectos sociais; a especialização, decorrente da necessidade de fragmentação do processo de produção e do produtor, pela via da divisão técnica do trabalho, que troca a globalidade do sujeito e pela profundidade do conhecimento de suas dimensões específicas; e a tecnificação: forma de mediação entre os homens, os profissionais e a doença e o curativismo, que prestigia o diagnóstico e a terapêutica.

Será que é somente por patologias transmissíveis ou degenerativas, ou acometimento dos órgãos corporais que as pessoas requerem atendimento em saúde? Será que o conceito biológico de doença é o único responsável pela ausência de saúde em sua complexidade? Que fatores, além dos fisiológicos, estão envolvidos no processo da saúde?

Mesmo com possíveis respostas explicitadas para estas, em meio a tantas outras perguntas cabíveis neste contexto, parece que grande parte das instituições de ensino em saúde permanecem à margem dessa problematização. Tal modelo biomédico era e em muitos lugares parece permanecer excludente em relação às concepções sociais, caracterizando-se por um conceito positivista do processo

saúde-doença, prevalecendo, dentre as características já citadas, a fragmentação do indivíduo, a negação do social e do psicológico, a atuação centrada no hospital, no mecânico e na biologia.

O desenvolvimento da ciência e da tecnologia também trouxe e traz benefícios, tendo em vista a possibilidade de evitar e aliviar sofrimentos e salvar pessoas. (PEREIRA, 2007). As inovações tecnológicas oriundas dessas abordagens científicas não devem ser desconsideradas nem relegadas, pois os avanços da ciência têm contribuído muito para a cura de algumas doenças, a prevenção, o controle de epidemias, o controle da dor, a substituição de órgão e membros, dentre outros benefícios (ROCHA, 2002).

Segundo Pereira (2007) a crítica ao modelo hegemônico está na utilização dos avanços da ciência sob a óptica da razão instrumental e sobre a forma do capital que desloca o sentido do trabalho com valor útil, ético e político à vida em trabalho produtivo.

As escolas do mundo inteiro passaram a adotar esse modelo, que dava à formação médica *status* científico. No Brasil, além das recomendações flexnerianas, predominou o modelo universitário europeu, mais precisamente, o francês. As escolas detinham uma formação profissional voltada para cada profissão, área e/ou especialidade, com uma proposta curricular seriada e com programas fechados aos referidos interesses (MASETTO, 1998; ROCHA, 2002).

Apesar dos avanços na área da saúde, a realidade de grande parte dos serviços ainda limita-se à centralidade na doença, à valorização do saber técnico-científico e à medicalização, acobertando a discussão dos problemas sócio-econômicos envolvidos na gênese do sofrimento e da formulação de práticas e políticas de saúde que atendam às complexas necessidades da população (LACERDA et al., 2007).

Somando-se a isso, conforme Mendes (1999) o conceito de saúde como ausência de doença e o Paradigma Flexneriano influenciam diretamente a cultura da população, estruturando uma resposta social organizada sob a forma de prática da atenção médica, o que contribui para a restrição de outros profissionais nos serviços de saúde, dentre eles o fisioterapeuta, e, conseqüentemente, limita o atendimento prestado que deveria atender as diversas e diferentes necessidades apresentadas pelos indivíduos.

Novos Rumos da/para a Formação em Saúde

Nos últimos anos o cenário da formação em saúde vem transpondo barreiras e desencadeando importantes mudanças no que se refere à superação do modelo hegemônico predominante (KOIFMAN, et al., 2007).

As mudanças que propõem novos rumos para a educação dos profissionais da saúde são sustentadas legalmente através da Constituição Brasileira que direciona as transformações ocorridas nos cursos da área da saúde ao definir para os setores de saúde e educação, que cumpram suas finalidades constitucionais de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, e promover o desenvolvimento pleno dos educandos preparando-os para o trabalho e o exercício da cidadania (BRASIL, 1988). Da mesma forma, a Lei Orgânica da Saúde prevê que o sistema de saúde deve articular-se com o de educação em todos os níveis de ensino (BRASIL, 1990).

Caminhando no sentido da mudança, vários atores e entidades tem se envolvido na elaboração de um conjunto de reflexões e intervenções buscando fazer uso de estratégias didático-pedagógicas e realizando aproximações entre o mundo da formação e do cuidado, a fim de garantir a formação do profissional de saúde voltada ao desenvolvimento de habilidades e competências em consonância com as diretrizes do SUS (ALMEIDA et al., 1999; CECCIM e CAPOZZOLO, 2004; CECCIM e CARVALHO, 2006).

Muitos destes esforços podem ser ilustrados através de reformas que buscaram recuperar a integralidade e humanização às práticas de saúde e ao desenvolvimento tecnoprofissional visando identificar, apoiar e desenvolver experiências de ensino e pesquisa capazes de transformar a formação em saúde (CECCIM e CAPOZZOLO, 2004). Essas reformas podem ser exemplificadas ao longo do tempo através da criação dos Departamentos de Medicina Preventiva (1960), dos Projetos de Aprendizagem em Saúde Comunitária, (1970), das propostas de Integração Docente – Assistencial em 1980 (IDA), do Programa UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: Integração com a comunidade, da Comissão Interinstitucional de Avaliação de Ensino Médico (CINAEM), da Rede Unida, em 1990 e mais tarde do movimento do Aprender-SUS.

Como linha de apoio ao Aprender – SUS destaca-se o EnsinaSUS, (uma linha de atuação do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas da Integralidade - LAPPIS), que conforme Ceccim (2004, p. 04):

[...] se propõe a pensar a questão abrangente da formação – como todos os elementos da formação são tocados pela integralidade – mas também a relação com a graduação. É preciso configurar a relação com o ensino dos profissionais de saúde na universidade como um lugar de intervenção. E, para nós a mudanças de ensino não se esgotam no currículo: são o compromisso das instituições formadoras com o Sistema de Saúde. O EnsinaSUS então, está abrindo um caminho de reflexão crítica e formulações nesse recorte da graduação, de um ensino orientado pela Integralidade, mas um ensino que compromete a instituição formadora, não o currículo. O currículo é objeto da área pública de gestão de ensino. Já a formação em saúde é um compromisso da área pública de saúde. Nossa responsabilidade são os cenários de prática, de interatuação e de compromisso.

Em nível de Instituições de Ensino Superior algumas das reformas na educação dos profissionais de saúde podem ser vistas através de consagradas experiências de mudança como nas faculdades de Medicina de Londrina-PR e Marília-SP (Feuerwerker, 2002) as quais têm sido acompanhadas por novas experiências dos cursos da área da saúde em todo o país, como por exemplo, os cursos de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (Pereima, Coelho e Da Ros, 2005) e da Universidade Federal Fluminense (March et.al., 2006); os cursos de enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Macedo et.al., 2006) e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Brito et.al., 2006); o curso de odontologia da UFMG (Ferreira et.al., 2006) e o curso de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul (Stedile e Claus, 2006), dentre outros.

As experiências de Marília e Londrina trazem à tona questões de mudanças importantes como a educação relevante orientada para os problemas de saúde da sociedade; a descrição clara e detalhada do perfil profissional que se deseja formar; a articulação entre teoria e prática, conteúdos básicos e clínicos, a integração de aspectos biopsicossociais e a inter e transdisciplinaridade; a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem e práticas em saúde voltadas à vida real dos serviços e da comunidade; a introdução de novas metodologias de ensino, tais como ensino tutorial, em pequenos grupos, baseadas em problemas e o estudo auto dirigido; a investigação aplicada e participativa, envolvendo a comunidade (FEUERWERKER, 2002).

Os projetos dos cursos da área da saúde, aos poucos, têm buscado se adequar a uma formação mais contextualizada, que considera as dimensões sociais, econômicas e culturais da sociedade. Uma formação crítico reflexiva, que estimula a atuação entre os vários e diferentes profissionais da área da saúde e de outras áreas, entendendo e respeitando os princípios do SUS, desta forma, buscando o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social (LAMPERT, 2002).

Neste sentido as experiências de ensino-serviço têm procurado trabalhar muito próximas dos princípios da pedagogia de Paulo Freire, que orientam para uma educação em sintonia com o que nos cerca propondo uma leitura do mundo que nos convida a aproximar da realidade e retirar dela elementos que servem para a vida e mobilizam para o desejo de transformação para um mundo melhor.

Paulo Freire nos ensina que ler o mundo, compartilhar essa leitura através do diálogo e colaborar para sua reconstrução por meio da função emancipatória do conhecimento é o caminho para a formação da consciência na sua forma política (FREIRE, 2001).

Nessa perspectiva Freire afirma que:

A partir das relações do homem com a realidade, resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão, vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo de que ele mesmo é o fazedor. Vai temporalizando os espaços geográficos. Faz cultura [...] (FREIRE, 1983, p. 43).

Falamos até agora de formação de profissionais de saúde no âmbito da graduação. Entretanto, que estratégias para mudanças de rumos nos fazeres vem sendo apontadas para aqueles que já concluíram sua graduação, inclusive para docentes que foram formados à luz de uma lógica hegemônica e desejam/necessitam dar novas formas aos seus fazeres?

Da necessidade de mudanças na formação de trabalhadores que se adaptem a uma nova realidade do tratar em saúde emerge o processo de educação permanente que estimula a reflexão crítica sobre o processo de trabalho após a inserção deste profissional no mercado de trabalho (FEUEWERKER e ALMEIDA, 2003).

O processo de educação permanente, e também o processo de educação continuada compõem um dos pilares do quadrilátero da formação para a área da saúde, em conjunto com a gestão, a atenção e o controle social, sendo percebidos

como um mecanismo de democratização social pelo seu caráter descentralizador, ascendente e transdisciplinar (CECCIM e FEUEWERKER, 2004). Desta forma, são vistos como dispositivos potencializadores de novos rumos para a formação e, conseqüentemente para a atenção em saúde.

UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA

Em um olhar sobre a formação em fisioterapia apresento uma breve história da formação em Fisioterapia no Brasil que caracterizou a profissão. Posteriormente, abordo a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Fisioterapia que apresentam princípios orientadores de uma formação coerente com as necessidades de habilidades e competências profissionais existentes na atualidade.

Breve Histórico da Formação em Fisioterapia no Brasil

Inicialmente, nos primeiros cursos de Fisioterapia no Brasil, a proposta curricular atendia a um projeto pedagógico voltado para uma assistência basicamente curativa. Havia todo um cenário da prática pela prática, lançando mão de ações conjuntas ou isoladas de agentes termoterápicos, crioterápicos, hidroterápicos, aeroterápicos, fototerápicos, eletroterápicos e sonioterápicos, além dos exercícios físicos, voltados especificamente para as pessoas doentes e inválidas (REBELATTO e BOTOMÉ, 2002).

A profissão Fisioterapia tem um passado bastante recente, havendo, no Brasil quatro documentos oficiais que certificam o seu nascimento oficial no país (PRZYSIEZNY, 1999 *apud* GALLO, 2005, p. 58).

Os primeiros documentos oficiais surgiram em 1963 e 1969, nos quais o primeiro (parecer n° 388/63, do Conselho Federal de Educação) descrevia o fisioterapeuta como um técnico auxiliar do médico, cujo papel era executar técnicas terapêuticas sob a orientação do médico a quem era limitado o exercício do diagnóstico. Este parecer também serviu de base para a primeira proposta curricular fixada pela Portaria Ministerial n° 511/64 que, em seu Art. 1°, estabeleceu o conteúdo mínimo a ser desenvolvido nos Cursos de Fisioterapia e Terapia

Ocupacional e o tempo de duração dos referidos cursos (REBELATTO e BOTOMÉ, 2002).

O segundo documento (decreto lei nº 938/69) limitava as atividades do fisioterapeuta apenas a procedimentos relacionados à cura e reabilitação (BRASIL, 2004).

Seis anos depois, em 1975, por meio da Lei nº 6316, foram criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, os quais passaram a organizar o que dizia respeito ao exercício profissional e deveres da categoria profissional dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. (BRASIL, 2004).

Em 1978, com a Resolução nº10, de 03 de julho de 1978 do Conselho Federal Fisioterapia e Terapia Ocupacional, houve a criação do Código de Ética Profissional. Neste documento aparece o discurso da ampliação da prática profissional, mencionando a participação do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional em atividades de promoção, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos (BRASIL, 1978).

Apresentando-se como uma profissão nova no Brasil a Fisioterapia tomou como referências o modelo da medicina científica da época, ou seja, o modelo positivista flexneriano (REBELATTO e BOTOMÉ, 2002; ROCHA, 2002).

A Fisioterapia no Contexto da Formação e na Perspectiva da Integralidade

As novas demandas de formação advindas do movimento da Reforma Sanitária e do sistema de saúde vigente no país também refletem no contexto da formação de fisioterapeutas, bem como de todas as outras profissões da área da saúde.

Parte integrante dos cursos biomédicos, a Fisioterapia também sofreu as influências positivistas do Relatório Flexner, adotando para si muitos de seus preceitos, a fim de tornar-se, a partir de uma especialidade médica e das ações de enfermagem, uma profissão específica e autônoma. Desta forma, consolidando seus saberes em uma formação reabilitadora como essência de sua gênese (REBELATTO e BOTOMÉ, 2002; ROCHA, 2002).

Assim, a atenção à saúde na Fisioterapia estava voltada aos sinais e sintomas biológicos da doença, baseada no diagnóstico e na reabilitação mecânica,

fazendo uso prevalente de tecnologias duras e percebendo os indivíduos em fragmentos independentes.

Como em outras profissões da área da saúde, no momento contrário à fragmentação do ser humano e do conhecimento, e a fim de garantir uma formação e uma atenção que atendam às reais necessidades contemporâneas da população, na área da Fisioterapia também se têm percebido movimentos de resistência ao modelo de formação vigente.

A construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde, que orientou, posteriormente, a construção de Diretrizes Curriculares para cada curso, inclusive para o curso de fisioterapia no ano de 2002, veio firmar os objetivos preconizados pela Constituição Federal de 1988, onde se incluem os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde na tentativa de dirigir uma formação para a cidadania (MARANHÃO, 2003).

Para melhor compreender o caminho percorrido pela formação de fisioterapeutas no decorrer dos anos torna-se interessante conhecer um pouco dessa trajetória.

O Parecer n° 388/63 serviu de base para a primeira proposta curricular fixada pela Portaria Ministerial n° 511/64 que, em seu Art. 1°, estabeleceu o conteúdo mínimo a ser desenvolvido nos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (T.O.), dividindo-o em Matérias Comuns: Fundamentos de Fisioterapia e T.O., Ética e História da Reabilitação e Administração Aplicada e Matéria Específicas: Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada, além de estabelecer e o tempo de duração de três anos para os referidos cursos. A elaboração do parecer contou com a participação de “uma comissão de peritos” (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

Por meio da Resolução n° 4 do Conselho Federal de Educação, em 1983, com colaboração de alguns fisioterapeutas ligados ao ensino, ficou definido um novo currículo mínimo para os cursos de Fisioterapia, o qual foi dividido em quatro ciclos: primeiro ciclo: Matérias Biológicas, segundo ciclo: Matérias de Formação Geral, terceiro ciclo: Matérias Pré-profissionalizantes e quarto ciclo: Matérias Profissionalizantes. O tempo da graduação aumentou para 4 anos (BRASIL, 1983).

Em ambas as elaborações, identifica-se a preocupação em ensinar nada mais do que conhecimentos sob a forma de conteúdos (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

O currículo implementado pela Resolução de 1983 vigorou até 1996, quando o Ministério da Educação, através da LDB (Lei de Diretrizes e Bases) estabeleceu

novas regras, dando autonomia para as universidades elaborarem seus currículos (BRASIL, 1996). Desta forma, a autonomia universitária desencadeou reformulações no sistema de ensino, as quais visavam a flexibilização do ensino e a redução dos tempos dos cursos, promovendo mudanças de acordo com seus interesses (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

Assim, diferentes propostas curriculares nortearam os cursos de Fisioterapia no Brasil, os quais aos poucos foram sendo autorizados e reconhecidos.

Em dezembro de 1997, a Secretaria de Ensino Superior do MEC convocou as Instituições de Ensino Superior (IES), para apresentarem propostas de Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação. Durante os anos de 1998 e 1999, as categorias profissionais representativas e governamentais COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), CREFITOS (Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), coordenadores de cursos, docentes, discentes e profissionais interessados, foram convocados para debater e propor ao MEC as diretrizes gerais que deveriam nortear o ensino da Fisioterapia no Brasil (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

O processo de repensar e reelaborar as novas diretrizes curriculares ocorreu de forma participativa e amplamente discutida entre os atores do ensino, contando com o apoio de docentes, discentes, profissionais, categorias profissionais representativas e Comissão de Especialistas do Ministério da Educação e Cultura. Para tanto, também foram utilizados mais de dez documentos internacionais e nacionais de fomento da educação e saúde, nos mais diversos níveis e segmentos sociais e de gestão, tais como: a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI, da Conferência Mundial Sobre o Ensino Superior, UNESCO, 1998; documentos da OPAS, Rede UNIDA, e OMS; Lei Orgânica do SUS; Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde; além da Constituição Nacional de 1988 e da LDB da Educação Nacional nº 9394, de 1996, dentre outras referências que convergem na constatação de necessidade de mudanças no processo de formação. O resultado desses debates culminou na sistematização das propostas feitas por fisioterapeutas, que compuseram uma Comissão de Especialistas de Ensino, nomeada pelo MEC (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999; MARANHÃO, 2003).

Em 2001 a comissão do Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação analisou as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, e, após o

aperfeiçoamento de alguns aspectos fundamentais relacionados ao perfil do formando egresso/ profissional, às competências e habilidades, aos conteúdos curriculares, aos estágios e atividades complementares, à organização dos cursos e ao acompanhamento e avaliação, foi homologado o parecer CNE/ CES 1.210/2001 (BRASIL, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Fisioterapia contemplam aspectos que buscam atender as necessidades de adequação dos profissionais aos avanços técnico - científicos, do mercado, de serviços e de atenção à saúde, de acordo com o sistema de saúde vigente no Brasil, o Sistema Único de Saúde.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Fisioterapia têm como objeto principal permitir que os currículos propostos possam construir um 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, considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, MEC/CNE, Parecer n° 1210/2001, p.3).

Conforme consta nas Diretrizes, são competências do fisioterapeuta, bem como de todo e qualquer profissional da área da saúde, a atenção à saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração, o gerenciamento e a educação permanente (BRASIL, 2002).

Quanto às competências e habilidades específicas, essas orientam para respeito aos princípios éticos; atuação em todos os níveis de atenção à saúde; extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética; garantia da integralidade da assistência; contribuição para a manutenção da saúde da sociedade considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, ambientais e biológicas; realizar consultas, avaliações e reavaliações a fim de tratar as disfunções no campo da Fisioterapia e toda a sua complexidade; elaboração crítica do diagnóstico cinético funcional; articulação da profissão com o contexto social; desempenho de atividades de planejamento, gestão e organização dos serviços; realização de orientações e esclarecimentos; manutenção da confidencialidade; encaminhamento do paciente a outros profissionais sempre que necessário; trabalho cooperativo em equipe; garantia de qualidade e segurança dos recursos utilizados; conhecimento de métodos científicos de investigação e elaboração de trabalhos e conhecimento dos fundamentos

históricos, filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes modelos de intervenção (BRASIL, 2001).

Considerando tais competências e habilidades, as diretrizes curriculares para os cursos de fisioterapia visam uma formação generalista, humanista, crítico-reflexiva, integral, de rigor científico e intelectual, com visão ampla e global, com respeito aos princípios éticos e culturais dos indivíduos e da coletividade (BRASIL, 2001).

Além disso, a intenção trazida nas diretrizes é levar os alunos do curso de graduação em saúde a aprender a aprender, o que engloba o aprender a fazer, aprender a ser, aprender a viver juntos e aprender a conviver; desta forma, buscando garantir a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001).

Ao abordar as diretrizes curriculares nesta dissertação minha intenção não se refere a tecer julgamentos em relação à sua aplicação ou não pelos cursos de Fisioterapia no sentido do cumprimento de uma normativa. Pauto-me nesta por ser o único documento normativo e regulatório que orienta a formação em Fisioterapia no intuito de promover competências e habilidades que buscam atender a uma formação coerente com o ideário do SUS.

Defendendo os valores coerentes com o atendimento das necessidades de saúde que se apresentam a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), entidade formada por docentes e discentes associados e reconhecida como fórum legítimo para as discussões que envolvem o ensino em Fisioterapia no Brasil, coloca como urgente a adoção destes preceitos por parte das Instituições Formadoras. De acordo com os componentes da ABENFISIO, o desafio requer uma nova construção epistemológica para os saberes da saúde e conseqüentes transformações no perfil profissional que está posto (ROCHA et.al., 2008, p. 25).

A necessidade de fundamentação política, humanística e social, de integração de conteúdos e uma redistribuição equilibrada entre teoria e prática, iniciadas através de mudanças na matriz curricular e da utilização de metodologias ativas e novos cenários de aprendizagem, dentre outros, é colocada como urgente pela ABENFISIO. É ressaltada ainda a importância da integração entre ensino, pesquisa e extensão, a organização de conteúdos voltados para dados epidemiológicos, o compromisso da graduação de forma a garantir uma formação geral e incentivar o

profissional a buscar formação continuada e permanente, além da necessidade de valorizar e estimular a participação dos usuários dos serviços de saúde no interior das IES.

Essas diretrizes, orientadas pelo eixo da integralidade e para a lógica da saúde fortalecem o compromisso com a vida. Os cursos da área da saúde, mais do que relacionados às necessidades de mercado, estão relacionados ao cumprimento de uma dada função social (ROCHA et al., 2008, pg. 25).

O que se percebe é que as modificações vêm ocorrendo de forma um pouco tímida em relação a outros cursos da área da saúde como, por exemplo, os cursos de enfermagem, medicina e odontologia. Enquanto alguns cursos estão implicados de forma profunda e avançados com as mudanças voltadas a atender as recomendações preconizadas pelo SUS (Feuerwerker, 2002) os cursos de Fisioterapia encontram-se num processo mais lento e parecem caminhar a passos curtos, com pouco legitimação do SUS.

Na área da Fisioterapia, conforme referido por Rocha et.al., (2008) parece que há um certo “desconhecimento” do processo de mudança na formação, pois é verificado que muitas IES, mantenedoras e gestores dos cursos “ajustam” seus currículos sem considerar o histórico e a importância dos avanços já obtidos na estruturação curricular, com diferentes desenhos, por módulos integrados e articulados ao Sistema Único de Saúde.

Em 1997, Centurião (1997) em sua dissertação de mestrado apontava para uma preocupação com a formação dos fisioterapeutas relacionada à prevenção no contexto do Rio Grande do Sul, quando havia somente seis cursos de Fisioterapia no Estado. Hoje são 27 cursos no total e o foco da preocupação continua sendo a necessidade de melhorias na formação (FREITAS, 2006; FARIA, 2007; ROCHA e CENTURIÃO, 2007; ALMEIDA, 2008; GASPARETTO, 2008).

Estudos recentes demonstram carências na formação de fisioterapeutas direcionadas à Saúde Pública e Saúde Coletiva, como é o caso da dissertação de mestrado de Gallo (2005) a qual evidencia que a formação encontra-se distante das adequações necessárias à atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica. Segundo o autor, isso contribuiu para tornar a inserção dos fisioterapeutas no PSF de Londrina pouco organizada e voltada ao restrito atendimento a uma demanda específica de necessidades de atendimento domiciliar. Por outro lado, o estudo demonstra o

esforço pessoal destes profissionais que aos poucos foram enfrentando dificuldades e criando novas linhas de atuação neste território.

Na dissertação de mestrado intitulada “a atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional” Freitas (2006) relata haver um diálogo entre a integralidade e as práticas conservadoras da Fisioterapia apontando para um reducionismo das práticas exclusivamente voltadas à doença, o que propôs, portanto uma resignificação que sugere a ampliação da dimensão do cuidado.

Recentemente o estudo de Faria (2007) sobre a promoção de saúde nos cursos de graduação em Fisioterapia no Estado de Minas Gerais concluiu que tem havido um movimento no sentido de efetivação de mudanças paradigmáticas da saúde a partir da inserção de disciplinas e estágios que contemplam conteúdos que envolvem Saúde Coletiva; porém, conforme a autora, por ser uma área de atuação de recente inserção do fisioterapeuta, encontra-se em processo de construção permeado por conquistas, desacertos e confusões conceituais.

As dificuldades vivenciadas pelos profissionais da saúde e a demanda de necessidades dos usuários dos serviços são evidências comuns nos estudos de Faria (2007) em Minas Gerais; Almeida (2008) em São Paulo; Gasparetto (2008) no Rio Grande do Sul; Araújo (2009), nos Estados do nordeste, dentre outros autores que recentemente se dedicaram ao estudo da interface formação/fisioterapia. Como podemos constatar em diversos Estados brasileiros, os indícios nos remetem a uma nova visão em busca do conhecimento que sugere mudança das regras e padrões existentes.

PREPARAÇÃO PARA A ANDANÇA – O PERCURSO METODOLÓGICO

Com uma abordagem qualitativa o presente estudo problematiza o processo de formação do fisioterapeuta no Rio Grande do Sul a partir do discurso de coordenadores de cursos de Fisioterapia acerca das práticas desenvolvidas no cotidiano da formação.

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa que compreende a saúde como socialmente construída. Neste sentido, considerando o profissional fisioterapeuta inscrito entre as 14 profissões da área da saúde reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998), busquei compreender os fazeres em saúde no cotidiano da formação de fisioterapeutas no Rio Grande do Sul à luz dos discursos dos coordenadores dos cursos.

Tal como em uma pesquisa social, a característica básica do objeto de estudo são os sujeitos em contexto, os quais pertencem a uma determinada condição de vida profissional, fazendo parte de um determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados. Segundo Minayo (1992) as pessoas são repletas de peculiaridades, complexas, contraditórias, inacabadas e em permanente transformação, fatores que considero enriquecedores na medida em que as subjetividades que constituem cada coordenador influenciam nosso diálogo e nossa percepção.

Nesta investigação os docentes dos cursos de Fisioterapia do Rio Grande do Sul em atividade na gestão foram entrevistados com o propósito de verificar o discurso sobre as práticas desenvolvidas no cotidiano dos cursos.

Tendo em vista que o foco do estudo é a formação profissional do fisioterapeuta, a pesquisa envolveu Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas do Rio Grande do Sul que oferecem o curso de Fisioterapia.

Conforme constava nos registros públicos do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira(INEP) até o final de 2008, o Rio Grande do Sul, contava com 24 Instituições de Nível Superior que oferecem o curso de Fisioterapia. São elas: UNIJUÍ (Ijuí), IESA (Santo Ângelo); UNICRUZ (Cruz Alta); URI (Erechim), UPF (Passo Fundo); FSG (Caxias do Sul), UCS (Caxias do Sul); ULBRA (Torres); IPA (Porto Alegre), PUC (Porto Alegre), UNISINOS (São Leopoldo), UNILASALLE (Canoas), ULBRA (Canoas), FEEVALE (Novo Hamburgo); UCPEL (Pelotas), Atlântico Sul (Rio Grande); UFSM (Santa Maria), UNIFRA (Santa Maria),

UNISC (Santa Cruz do Sul), UNIVATES (Lajeado), ULBRA (Santa Maria), ULBRA (Cachoeira do Sul); URCAMP (Bagé) e UNIPAMPA (Uruguaiana).

Os dados disponibilizados pelo INEP foram estudados e a partir disso foi traçado um panorama dos cursos de fisioterapia do Rio Grande do Sul.

No intuito de tentar dar uma idéia dos momentos históricos em que se encontravam, dentre todas as Instituições de Ensino que oferecem o curso de Fisioterapia, convidei a participar deste estudo dois docentes que fazem parte dos cursos de Fisioterapia mais antigos do Estado; dois docentes que se encontram nos cursos com tempo de existência intermediário e dois docentes que fazem parte dos cursos mais novos, cujos critérios de inclusão obedeceram aos seguintes preceitos:

- Os cursos de Fisioterapia deveriam estar devidamente reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC);
- Os cursos de Fisioterapia deveriam já ter formado pelo menos uma turma até o final de 2007;
- Os docentes deveriam estar em atividade de gestão nos cursos de Fisioterapia.

Para estabelecer quais Instituições de Ensino Superior seriam convidadas a participar, foram sorteados dois cursos entre os mais antigos (com vinte anos ou mais de existência), dois cursos entre os intermediários (com 9 a 18 anos de existência) e dois cursos entre os mais recentes (com 5 a 8 anos de existência). Caso o docente de algum dos dois primeiros cursos sorteados em cada categoria não aceitasse fazer parte da pesquisa, seria realizado um novo sorteio entre os cursos restantes respeitando os critérios de inclusão.

De acordo com esses critérios de inclusão foram convidados a participar deste estudo seis docentes em atividades de gestão nos diferentes cursos de Fisioterapia distribuídos pelo Estado.

Por meio de consulta aos dados do INEP realizei a identificação dos cursos de Fisioterapia no Rio Grande do Sul que preenchiam os critérios de inclusão neste estudo. Fiz o levantamento dos nomes dos coordenadores dos cursos de Fisioterapia das respectivas instituições, seus telefones e e-mails. A partir disso, elaborei um roteiro de contato com as pessoas envolvidas, as quais foram contatadas conforme a ordem do roteiro, primeiramente por telefone e em seguida por e-mail, com o propósito de serem esclarecidos e convidados a participar da

investigação. Neste momento, pretendi confirmar uma primeira aproximação e acertar o envio, por e-mail, de uma carta de apresentação do estudo com o convite formal para sua participação como colaborador (APÊNDICE 1).

As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade dos coordenadores dos cursos de Fisioterapia, nos dias, locais e horários de sua preferência. Os mesmos também foram esclarecidos quanto ao tipo de entrevista e o tempo previsto para sua realização.

[...] destacamos como importante a apresentação da proposta de estudo aos grupos envolvidos. Trata-se de estabelecer uma situação de troca. Os grupos devem ser esclarecidos sobre aquilo que pretendemos investigar e as possíveis repercussões favoráveis advindas do processo investigativo. É preciso termos em mente que a busca das informações que pretendemos obter está inserida num jogo cooperativo onde cada momento é uma conquista baseada no diálogo e que foge à obrigatoriedade. Com isso, queremos afirmar que os grupos envolvidos não são obrigados a uma colaboração sob pressão [...] (MINAYO, 2002, p. 55).

Para identificar as principais características das escolas de Fisioterapia do Rio Grande do Sul utilizei informações fornecidas pelo INEP (2009); foram elas: nome da IES, categoria administrativa, região de abrangência, turnos de funcionamento, data de início do curso, número de turmas formadas, regime de funcionamento do curso, número de matrículas por semestre, dentre outros.

Para investigar o que pensam os gestores dos cursos de fisioterapia sobre o processo de formação de fisioterapeutas, realizei uma entrevista individual, semiestruturada, composta por questões norteadoras referentes à formação acadêmica do fisioterapeuta na IES e ao Sistema Único de Saúde e sua relação com o processo de ensino em Fisioterapia.

As questões da entrevista envolveram o processo de formação; os princípios norteadores, a estrutura do curso e da matriz curricular, a articulação teoria e prática; a preparação docente, o envolvimento com a construção do projeto político pedagógico; bem como a prática em saúde e a atenção ao sujeito (APENDICE 2).

A entrevista semiestruturada, em geral, parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

A entrevista é o procedimento mais usual do trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais. Ela não significa uma fala despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta

dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos- objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (MINAYO, 2002, p. 57).

Assim, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas foram mediadas por mim, foram gravadas com um mini gravador e um aparelho MP3 e transcritas literalmente. Cada transcrição foi retornada ao colaborador correspondente para que este ficasse a par do conteúdo de sua fala e pudesse verificar a fidedignidade da transcrição. Também utilizei um diário de campo onde foram registradas impressões vivenciadas no momento de cada entrevista. As fitas e CDS provenientes das gravações foram identificados por códigos, a fim de garantir a privacidade dos entrevistados. Cada entrevista teve a duração de uma hora e vinte minutos a quarenta e cinco minutos, perfazendo um total de aproximadamente seis horas.

Com o intuito de permitir a identificação de possíveis falhas na entrevista, tais como inconsistência das questões, ambigüidades, perguntas supérfluas, dificuldade de entendimento, dentre outros, realizei previamente um estudo preliminar, conforme sugere por Nicolaci da Costa (2007), com um coordenador de um dos cursos de Fisioterapia que ainda não havia formado nenhuma turma, desta forma estando fora dos critérios de seleção desta pesquisa. O estudo preliminar foi realizado logo após a aprovação do projeto pelo CEP/UFRGS.

Os dados colhidos nas entrevistas foram analisados em seus aspectos qualitativos através de análise discursiva.

Analisar significa estudar, decompor, dissecar, dividir, interpretar. Implica no conhecimento de uma determinada realidade, ou seja, encontrar os tipos de relações existentes entre as idéias expostas e/ou definir conclusões (MINAYO, 1992).

Os resultados foram interpretados de acordo com a análise de discurso, por meio de categorias emergentes dos discursos dos participantes que se relacionavam com o tema objeto do estudo e deram origem a subcategorias.

Segundo Minayo (1992) a análise de discurso tem como finalidade realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão do significado de textos produzidos em diferentes campos, tais como: religioso, filosófico, jurídico e sócio

econômico. Essa metodologia de análise visa compreender o modo de funcionamento, os princípios e as formas de produção social de sentido. Para a autora a análise de discurso considera o texto como um momento e sua exterioridade como uma parte do que constitui a historicidade inscrita no discurso. Desta forma, a análise de discurso visa mais a compreensão do seu processo produtivo do que a interpretação em si, fator que consideramos de grande relevância para dar sentido a este estudo.

Na análise do discurso o texto pode ser de uma simples palavra até um conjunto de frases ou um documento maior, o importante é que o texto seja “tomado como uma unidade complexa de significações” (MINAYO, 1992, p. 213).

A autora ainda referencia que:

O discurso é a linguagem em interação, ou seja, é o efeito de superfície de relações estabelecidas e do contexto da linguagem. O texto é o discurso acabado para fins de análise. Todo texto, enquanto *corpus* é um objeto completo. É dele que partem possíveis recortes. Enquanto objeto retórico, porém, o texto é infinitamente inacabado: a análise lhe devolve sua incompletude, acenando para um jogo de múltiplas possibilidades interpretativas (MINAYO, 1992 p. 213).

Como primeiro passo para a análise do material coletado nas entrevistas, realizei uma leitura integral dos materiais obtidos para dirimir possíveis dúvidas e, posteriormente, novas leituras, de maneira exaustiva. Essas leituras têm o objetivo de localizar as idéias, compará-las entre si, procurar semelhanças e diferenças existentes, estabelecer relações, interpretar, evidenciar aspectos importantes, agrupá-las tendo como critério os pontos comuns e os objetivos do estudo. A interpretação, contudo, é própria do leitor, enquanto sujeito cognoscível (MINAYO, 1992).

O resultado da pesquisa que diz respeito às principais características das escolas de Fisioterapia do Rio Grande do Sul é apresentado sob o título “*casas avistadas ao longe – uma visão dos cursos de fisioterapia do Rio Grande do Sul*”.

Para a apresentação dos resultados das entrevistas os dados foram agrupados em três unidades de análise, que deram origem a duas categorias cada, as quais geraram subcategorias, conforme é especificado no quadro que segue.

Tabela 1: Classificação das unidades de análise dos resultados das entrevistas realizadas com os coordenadores dos cursos de fisioterapia do Rio Grande do Sul que participaram da pesquisa.

UNIDADES DE ANÁLISE	ELEMENTOS DEFINIDORES (CATEGORIAS)	SUBCATEGORIAS
Estrutura e organização dos cursos	Apresentação das casas - características gerais da formação	Sobre a formação e as diretrizes curriculares
	Traços da arquitetura das casas – as estruturas curriculares	Caracterização da formação
		As Matrizes curriculares
		Mudanças nas matrizes curriculares e suas direções
Formação e cenários	Sobre a vida no interior das casas – as práticas pedagógicas	Árvores de madeira nobre - os docentes
		O cultivo das árvores - a formação do formador
		O cultivo dos frutos - metodologias de ensino-aprendizagem
	Varandas das casas – os cenários de prática	Diversidade de cenários
		O contexto da Atenção Básica em Saúde
		O fisioterapeutas na ABS
Perspectivas de Integralidade	Janelas se abrindo para o horizonte: algumas paisagens que se pode ver - o âmbito das relações	A temática da humanização
		O ACS como potencializador da formação na ABS
	Uma fresta voltada para o horizonte - a integralidade nas práticas em saúde	Os fazeres nos cenários de prática

Com o intuito de estabelecer relações entre os diferentes instrumentos e encontrar possíveis aproximações e distanciamentos entre o objeto de estudo, foi realizada a triangulação dos dados, de forma a exercitar diferentes abordagens e olhar por vários ângulos (Minayo et al., 2005), considerando-se, inclusive anotações do próprio diário de campo. Para a triangulação foi considerado válido a devolução do material com as transcrições, as quais não sofreram nenhuma alteração por parte dos entrevistados, o conteúdo das Diretrizes Curriculares para os cursos de fisioterapia e as anotações do diário de campo.

O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS em 20 de novembro de 2008, conforme o parecer número 2007972 (ANEXO 1).

As entrevistas foram concedidas voluntariamente, precedidas de esclarecimento quanto aos aspectos éticos e legais. Os participantes tiveram seu anonimato garantido em conformidade com a Resolução CNS 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. As informações foram coletadas somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias de igual teor, permanecendo uma com o entrevistado e outra com a pesquisadora (APÊNDICE 3).

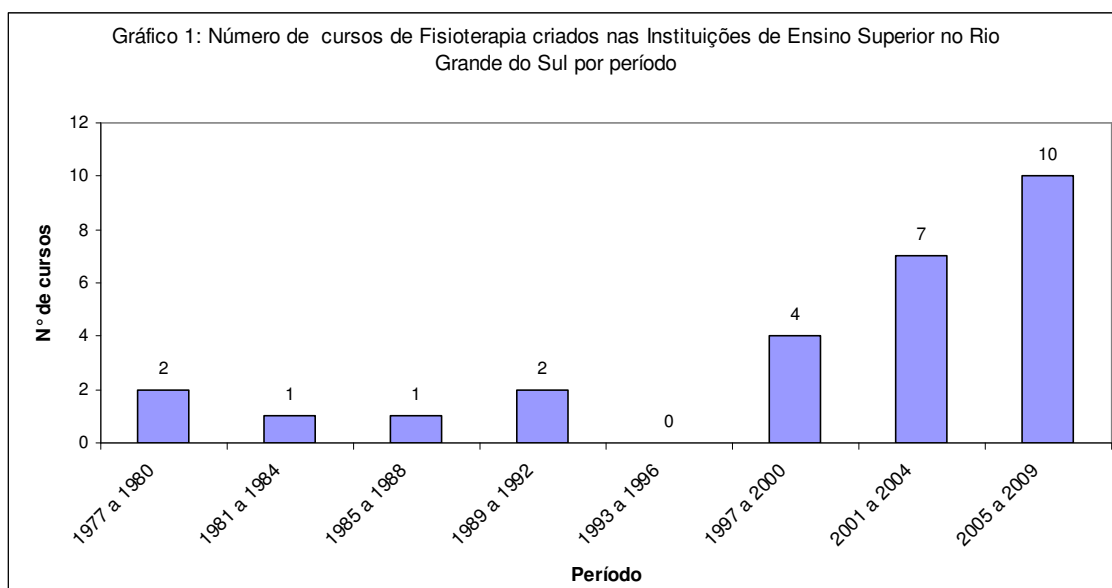
O TERRITÓRIO CONHECIDO E SUAS PARTICULARIDADES

Casas avistadas ao longe – uma visão dos cursos de fisioterapia do Rio Grande do Sul

Buscando uma apropriação do contexto de formação de profissionais fisioterapeutas no Estado Rio Grande do Sul em um âmbito macro inicio o percurso da investigação mapeando as *casas*. Trago aqui vinte e sete casas das quais vinte e uma foram avistadas à distância, e seis constituíram o foco de minha atenção.

Atualmente são vinte e sete cursos de Fisioterapia existentes no Estado do Rio Grande do Sul.

O gráfico abaixo mostra o número de cursos de fisioterapia criados no Rio Grande do Sul de 1977 a 2009.



O primeiro curso de Fisioterapia no Rio Grande do Sul teve início em 1977, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Desde então, o número de cursos vem aumentando consideravelmente, sendo que quatro cursos, incluindo o da UFSM tem mais de 20 anos; três cursos têm entre dez e vinte anos de existência; oito cursos surgiram entre os últimos dez e cinco anos, e doze cursos apresentam menos de cinco anos de existência no Estado.

Somente nos últimos sete anos o número de cursos de fisioterapia no Estado do Rio Grande do Sul triplicou desde seu surgimento.

O rápido aumento do número de cursos é coerente com dados apresentados por Andrade, Lemos e Dall'Ago (2006) no livro que registra a trajetória dos cursos de graduação na saúde entre os anos de 1991 e 2004. Os autores apontaram que durante o período entre 1991 e 2004 o curso de fisioterapia teve um aumento de 606,3%, ganhando o segundo lugar em percentual de crescimento em relação aos demais 13 cursos da área da saúde que compunham a lista.

Em relação à organização acadêmica das vinte e sete Instituições de Ensino Superior do Rio Grande do Sul que oferecem os cursos de Fisioterapia, dezenove são Universidades; cinco são Centros Universitários; duas são Faculdades e uma é considerada Instituto Superior ou Escola Superior conforme dados do INEP (BRASIL, 2009).

Acerca somente das seis Instituições que fizeram parte do foco de nosso estudo, quanto à organização acadêmica: cinco são Universidades e uma é Centro Universitário.

De acordo com o INEP (Brasil, 2009) o que diferencia as Universidades dos Centros Universitários é que as Universidades são instituições pluridisciplinares, públicas ou privadas, de formação de quadros profissionais de nível superior, que desenvolvem atividades regulares de ensino, pesquisa e extensão, e os Centros Universitários são instituições de educação superior, públicas ou privadas, pluricurriculares, que devem oferecer ensino de excelência e oportunidades de qualificação ao corpo docente e condições de trabalho à comunidade escolar.

Considerando as características que diferenciam as instituições de ensino pode-se observar que as Universidades oferecem a seus discentes e docentes maior oferta de equipamentos e possibilidades do que os Centros Universitários. Neste sentido, as Universidades podem ser um lugar privilegiado pela existência de oportunidades que se relacionam às atividades regulares de ensino, pesquisa e extensão, em comparação com os Centros Universitários, os quais se encontram mais limitados nesta questão; e, provavelmente, necessitam ir em busca de estratégias de superação para operarem um ensino de qualidade.

A categoria Administrativa das Instituições de Ensino Superior destes cursos é bastante variada. Em números absolutos, das vinte e sete, sete Instituições são

caracterizadas como Privada - Comunitária; cinco como Privada – Comunitária – Confessional Filantrópica; três como Privada Confessional Filantrópica; três como Privada Comunitária Filantrópica; três como Privada Filantrópica; duas como Privada – Particular em Sentido Estrito; e quatro como Pública Federal.

Quanto especificamente às seis instituições colocadas em foco neste estudo: cinco são privadas e variam entre Filantrópica; Comunitária; Comunitária – Filantrópica; Confessional – Filantrópica; Comunitária - Confessional – Filantrópica e uma é Pública Federal.

As instituições públicas de ensino são instituições criadas ou incorporadas, mantidas e administradas pelo Poder Público; enquanto as instituições privadas são mantidas e administradas por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado e podem se organizar como:

Instituições privadas com fins lucrativos ou Particulares em sentido estrito - instituídas e mantidas por uma ou mais pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

Instituições privadas sem fins lucrativos, que podem ser:

Comunitárias - instituídas por grupos de pessoas físicas ou por uma ou mais pessoas jurídicas, inclusive cooperativas de professores e alunos que incluam, na sua entidade mantenedora, representantes da comunidade;

Confessionais - instituídas por grupos de pessoas físicas ou por uma ou mais pessoas jurídicas que atendam à orientação confessional e ideológica específicas;

Filantrópicas - são as instituições de educação ou de assistência social que prestem os serviços para os quais foram instituídas e os coloquem à disposição da população em geral, em caráter complementar às atividades do Estado, sem qualquer remuneração (BRASIL, 2009).

As características organizacionais, principalmente das instituições privadas refletem os possíveis interesses existentes em cada instituição de ensino superior, o que pode exercer influência sobre o formato e o processo de formação.

Independente de sua natureza, as IES assumem um papel social de colocar o comprometimento público acima de todo e qualquer compromisso particular (Demo, 2005; Feuewerker e Ceccim, 2004), o que provavelmente as torna impossibilitadas de fazer uso do ensino como uma mercadoria de troca.

No Brasil, segundo a Portaria GM/MSN nº 198/2004, 98% das escolas que oferecem o curso de Fisioterapia estão no setor privado (BRASIL, 2008). Considerando que no ano de 2009 tiveram início os cursos de fisioterapia da UFRGS e da UFCSPA e, mais recentemente, no segundo semestre de 2009, o curso de Fisioterapia da URI, em São Luiz Gonzaga, o número de cursos de

fisioterapia passou de 24 para 27, e ocorreu uma mudança desse índice, que passou de 92% para 75%, o que configurou um distanciamento dos valores nacionais.

Até o final do ano de 2008 somente dois cursos de fisioterapia pertenciam a Instituições Públicas Federais, o que configurava o predomínio de 92% destes cursos em escolas de interesse privado no Estado.

Todos os cursos apresentam modalidade de ensino presencial e regime letivo semestral, variando entre 8 e 10 semestres.

O turno de oferta dos cursos de Fisioterapia é predominantemente integral (dezessete cursos). Entretanto, quatro Instituições oferecem o curso pela manhã, duas à noite; em duas instituições o curso é matutino e vespertino; em uma instituição o curso é matutino, vespertino e noturno; e em outra o curso é matutino e noturno.

Dos seis cursos destacados para as entrevistas o turno de oferta das aulas varia de matutino (1), integral (3), diurno (2) e noturno (1), sendo essa a segunda opção de turno para o mesmo curso.

O total de vagas disponíveis também é diversificado, variando entre 30 e 120 vagas por semestre; sendo as Universidades Públicas as que oferecem número mais reduzido.

Somando-se o número de vagas oferecidas por cada curso com egressos, estima-se que por semestre o número de egresso seja superior a 1400 e daqui há 3 anos aumentará para entorno de 2000 fisioterapeutas, isso sem contar os cursos de Fisioterapia com início no ano de 2009.

A carga horária dos cursos é variada, sendo a carga horária mínima de 3540 horas/aula e a máxima de 4865 horas/aula. A grande maioria dos cursos apresenta carga horária igual ou superior a 4080 horas/aula. Os cursos que fizeram parte da entrevista apresentam carga horária entre 3540 e 4500 horas/aula.

Recentemente a resolução nº 4, de 6 de abril de 2009 estabeleceu que os cursos de fisioterapia, bacharelados, na modalidade presencial tenham carga horária mínima de 4.000 horas (BRASIL, 2009). Mesmo antes dessa disposição, segundo Rocha et al., (2007) o coletivo da Fisioterapia sugeriu como tempo mínimo total 4.500 horas, destinando 20% desse total para as práticas de Estágio Supervisionado. Na articulação para a discussão das Diretrizes Curriculares foi criada a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) que, desde

seu início, tem defendido firmemente, com argumentos e estudos, a implementação de 4.500h (ABENFISIO, 2008). A defesa de uma carga horária mínima de 4.500h não se refere ao simples incremento de horas, mas se justifica em um acréscimo de conteúdo e qualidade voltado ao contexto de formação inerente ao SUS.

É sugestivo que as escolas, ao elaborar seus currículos e definir a carga horária de seus cursos, levem em consideração além do volume de informações inerentes ao fazer da saúde e da Fisioterapia, as competências e habilidades desejadas e os conteúdos curriculares essenciais para a formação profissional, tais como: a vivência em todos os níveis de atenção, a abordagem integral e os conhecimentos técnicos aplicados, humanísticos e sociais integrados, além da garantia da qualidade do processo formador, dentre outros atributos (ROCHA et al., 2007).

De acordo com o documento elaborado pelo Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS) a carga horária total dos cursos da saúde reduzida para menos de 4.000h não permite que os profissionais adquiram as habilidades e competências fixadas pelas Diretrizes Curriculares. Além disso, pode comprometer a promoção dos serviços de saúde e os preceitos de qualidade de atenção necessária ao SUS. Discute-se, neste contexto, que alguns cursos da área da saúde com cargas horárias totais reduzidas e insuficientes, podem desencadear uma "falsa hierarquia", que vem de encontro aos princípios do SUS, resultando num efeito antagônico. A criação de cursos de graduação na saúde com carga horária tão reduzida estimularia a "mercantilização do ensino" ao desconsiderar a qualidade na formação destes profissionais (BRASIL, 2008).

Os vinte e sete cursos de Fisioterapia no Estado do Rio Grande do Sul estão distribuídos geograficamente em nove regiões, e dispostos da seguinte forma:

Região Noroeste: UNIJUÍ (Ijuí), IESA (Santo Ângelo); URI (São Luiz Gonzaga);

Planalto Centro Norte: UNICRUZ (Cruz Alta);

Planalto Nordeste: URI (Erechim), UPF (Passo Fundo);

Região Serrana: FSG (Caxias do Sul), UCS (Caxias do Sul);

Litoral Norte: ULBRA (Torres);

Região Metropolitana: IPA (Porto Alegre), PUC (Porto Alegre), UNISINOS (São Leopoldo), UNILASALLE (Canoas), ULBRA (Canoas), FEEVALE (Novo Hamburgo), UFRGS (Porto Alegre), UFCSPA (Porto Alegre);

Região Sul: UCPEL (Pelotas), Atlântico Sul (Rio Grande);

Região Central: UFSM (Santa Maria), UNIFRA (Santa Maria), UNISC (Santa Cruz do Sul), UNIVATES (Lajeado), ULBRA (Santa Maria), ULBRA (Cachoeira do Sul);

Fronteira Oeste: URCAMP (Bagé), UNIPAMPA (Uruguaiana).

A figura a seguir mostra a concentração dos cursos de Fisioterapia no Estado do Rio Grande do Sul, de acordo com suas regiões geográficas.

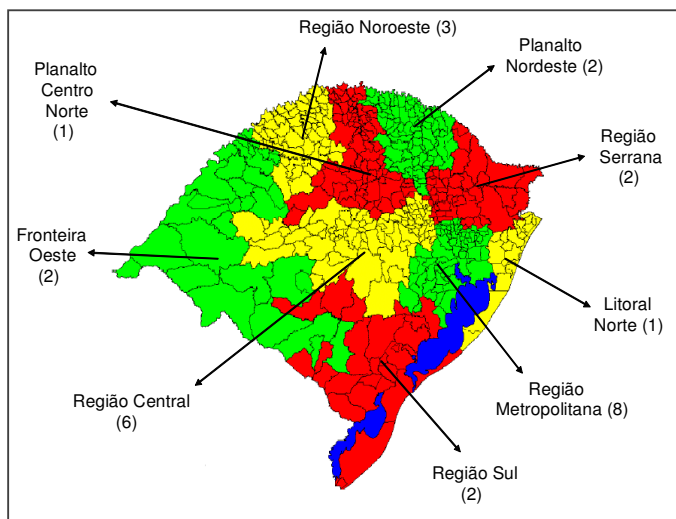


Figura 1: Distribuição dos cursos de Fisioterapia no Rio Grande do Sul por Região Geográfica

Caracterização dos cenários percorridos: as aldeias, as cidades, as casas e seus habitantes

Viajei por entre aldeias e cidades antes mesmo de saber quem era uma ou outra. Inicialmente, conheci trajetos de estradas e mapas que me levaram a casas que, aos poucos, foram ganhando forma a partir da interpretação do que me queriam dizer seus habitantes.

Foram seis habitantes de seis casas, em diferentes territórios no Estado do Rio Grande do Sul, que gentilmente abriram suas portas para me falar sobre o lugar onde habitam, a vizinhança, e me apontar a visibilidade que o lugar permite do horizonte.

Foram cinco coordenadores de cursos de Fisioterapia e um representante da coordenação, de distintas instituições de ensino superior do Rio Grande do Sul que

gentilmente me contaram um pouco sobre as instituições, os docentes, os alunos, surtindo-me interpretações dos discursos acerca do processo de formação existente em cada interior do curso de Fisioterapia de cada uma das instituições de ensino.

As primeiras duas viagens me levaram aos lugares mais distantes, instituições cujos cursos de Fisioterapia existem há mais de 20 anos, desde antes do surgimento do SUS. O terceiro e o quarto trajeto me mostraram lugares nem muito próximos, nem muito distantes, com cursos com idade entorno de 10 anos. Já o quinto e o último percursos me conduziram a lugares mais próximos, cujos cursos tinham pouco mais de 5 anos.

Dos seis trajetos literalmente visitei cinco casas. Com exceção de uma das conversas que foi realizada em outro local, todas as entrevistas foram realizadas *in lócus*, nas *casas*, ou seja, no interior da Instituição de Ensino Superior pesquisada, mais especificamente, dentro dos locais onde acontecem os cursos de Fisioterapia, o que resultou em algumas anotações em diário de campo, referentes a impressões, que também foram utilizadas para a análise do discurso.

A análise dos discursos sobre as casas, a vizinhança e os horizontes está estruturada a partir de falas e recortes das falas dos *habitantes*. Procurei ao máximo não fragmentar as falas para não interferir nas idéias trazidas pelos colaboradores. Todavia, quando julguei necessário e possível, resgatei as palavras que expressam a idéia principal da fala seguindo ou antecedendo de colchetes. Nestes casos os colchetes foram empregados para expressar trechos omitidos que julguei desnecessários ao contexto, porém sem comprometer a idéia original.

Os habitantes das casas, no intuito de terem preservadas suas identidades, receberam codinomes de árvores de madeira nobre, as quais servem como estrutura importante para a sustentação das casas, além de serem matéria prima para janelas e portas, tão essenciais para as casas quanto considero os coordenadores para os cursos.

Os habitantes das casas mais antigas denominei de “*Jacarandá*” e “*Jatobá*”; “*Angelim*” e “*Angico*” são os *habitantes* das *casas* de idade intermediária, e “*Tauari*” e “*Itaúba*” são os *habitantes* das *casas* mais novas.

Acerca das características dos *habitantes*, foram dois colaboradores do gênero masculino e quatro do gênero feminino, sendo que uma das colaboradoras representava um curso coordenado por um homem, totalizando os seis cursos com três coordenadores de cada gênero.

A partir de consulta aos dados disponibilizados pelos coordenadores, foi possível conhecer um pouco mais sobre sua formação, tempo de formação, titulação, tempo de permanência nas casas e carga horária de trabalho.

De acordo com os dados disponibilizados, todos são graduados em Fisioterapia e um deles possui graduação também em Educação Física. O tempo médio de formados em Fisioterapia foi de dezesseis anos, com tempo mínimo de sete e máximo de vinte e cinco anos.

Apenas um dos profissionais possui somente o título de Especialista; todos os outros (cinco) são mestres, dentre os quais dois também são doutores.

Dois habitantes vivem nas casas há seis anos; dois há sete anos; um há 10 anos; e outro há 18 anos. Quanto ao tempo de dedicação aos cursos quatro coordenadores apresentam dedicação exclusiva, enquanto um está envolvido 36 horas semanais e outro, 30 horas semanais, incluindo a carga horária destinada à docência.

As áreas de formação *Latu Sensu* e *Stricto Sensu* foram bem variadas, conforme pode ser visto no quadro que segue:

Tabela 2: Apresentação das áreas de formação *Latu Sensu* e *Stricto Sensu* dos coordenadores dos cursos de fisioterapia do Rio Grande do Sul que participaram da pesquisa.

NÍVEL DE FORMAÇÃO	NÚMERO DE COORDENADORES	ÁREA TEMÁTICA
Especialização	01	Pesquisa e Ciências do Movimento Humano;
	01	Educação Física e Treinamento Esportivo;
	01	Saúde Pública;
Mestrado	01	Fisioterapia;
	01	Psicologia;
	01	Saúde e Comportamento;
	01	Gerontologia Biomédica;
	01	Ciências do Movimento Humano.
Doutorado	01	Engenharia de Produção;
	01	Ciências do Movimento Humano.

Apresentação das casas - características gerais da formação

Sobre a formação e as diretrizes curriculares

Em relação às Diretrizes Curriculares os discursos que seguem representam uma tendência percebida na maioria dos cursos de fisioterapia estudados. Os recortes salientados demonstram um discurso revelador do documento das Diretrizes Curriculares como um instrumento utilizado para orientar a formação de fisioterapeutas nestes cursos.

[...] a gente tem procurado atualizar, juntamente, para que a gente faça, digamos, uma formação condizente com aquilo que é preconizado pelas diretrizes nacionais, pela questão de integralização. Então a gente sai do modelo eminentemente biomédico, no sentido de que a formação técnica, ela era uma referência e a gente tenta trazer para dentro da formação do curso, não excluída a técnica, porque acho que a excelência da formação, ela também está na questão técnica, mas também um pouco mais do cenário crítico e reflexivo sobre as condições de saúde e adoecimento da sociedade de um modo geral. *Jacarandá*

[...] tinha uma demanda da comunidade bem importante de poder ter esse curso na cidade. E aí, baseado nisso, se pensou numa formação voltada às diretrizes curriculares que na época já existiam, que foram de 2002, e a gente tentou ter uma formação bem... um pouco diferente daquela formação tradicional que é a formação de reabilitação. Não... não esquecendo dela, porque com certeza ela é bastante importante para o profissional fisioterapeuta, mas uma formação mais voltada para o lado mais generalista, então de atenção à saúde das pessoas desde os níveis de complexidade mais baixos até a maior complexidade. *Tauari*

Os discursos sugerem alguma apropriação das Diretrizes Curriculares, apontando questões explicitadas no documento e trajetórias rumo à incorporação de alguns valores, ao que parece, antes menos presentes na formação, tais como um cenário crítico reflexivo sobre as condições de saúde-doença-cuidado-qualidade da sociedade e a preocupação com uma formação mais cidadã. Esses valores poderiam ser considerados as ferramentas que buscam uma saúde, conforme Buchabqui et al. (2006) construída sob o alicerce da democracia, permeada de sentimentos de respeito aos direitos humanos e à autonomia dos sujeitos, não reduzida ao corpo e à mente, mas também um campo estratégico para um outro mundo possível.

As citações apresentadas evidenciam uma formação pautada no modelo biomédico, o qual valoriza a técnica em detrimento das questões sociais, divergindo do que autores, como Feuwerker (2002), Marins et al. (2004), Pereira et al. (2005), Pinheiro et al. (2006), Pinheiro et al. (2007), Rocha e Centurião (2007) tem defendido ao longo destes anos. Aparentemente seguindo a mesma direção, os

recortes dos discursos aqui descritos apontam alguns esforços coletivos dos cursos no sentido de ampliar e qualificar o processo de formação dos fisioterapeutas.

O curso apresentado *por Jacarandá*, que tem mais de vinte anos, aponta uma tentativa de atualização do currículo que faz uso do conteúdo das Diretrizes Curriculares; enquanto o outro curso, por ter sido criado há menos tempo, quando já existiam as Diretrizes Curriculares, apresenta as Diretrizes Curriculares como base desde o planejamento inicial do curso.

Nos dois discursos, bem como em outros, entra em evidência a palavra *tentativa*, o que supostamente, considerando o atual contexto da formação na saúde, nos remete à existência de um cenário de tensões, onde ao mesmo tempo em que existe um coletivo que busca seduzir e pôr em prática mudanças há outro resistente a essas questões.

A possível existência de conflitos no interior dos cursos, no que diz respeito à incorporação de mudanças propostas pelas Diretrizes Curriculares, também ficou evidenciada no decorrer dos discursos da maioria dos outros coordenadores entrevistados. Considerando que o contexto de formação faz parte de um Projeto Político Pedagógico, o qual, conforme Gadotti (1996) tenta quebrar um estado confortável para arriscar-se em busca de uma nova estabilidade, torna-se claro que no confronto do instituído (a história da IES, o conjunto dos seus currículos, dos seus métodos, dos seus atores internos e externos e o seu modo de vida) com o instituinte (o ensinar e o aprender num processo de formação de construção de cidadania) permeiam tensões e conflitos de poder, atravessados por interesses pessoais e institucionais, econômicos políticos e culturais.

É visto também que grande parte dos discursos demonstra preocupação em manter as características do núcleo profissional. Cabe aqui uma reflexão do que simboliza a adoção dos valores presentes nas Diretrizes e Bases Curriculares para os Cursos de Fisioterapia, que até pouco tempo atrás não existiam, e um debate acerca de sua incorporação. Torna-se importante considerar que pertencemos a uma sociedade de legado positivista predominante no campo da formação e da saúde, a qual, conforme Merhy (2000), em princípio desautoriza todo o saber e toda a prática sobre saúde produzidos fora de sua própria racionalidade. De acordo com Morin (1999) durante muito tempo sob o domínio científico pensava-se que a ciência era o espelho da realidade e do mundo, o que provoca eco ainda nos dias atuais.

Tais fatores talvez sejam indutores da necessidade de uma justificativa por parte dos equipamentos formadores de, assumindo a adoção de novas habilidades e competências, ressaltar que outras já existentes não serão prejudicadas, evitando assim a possibilidade deste tipo de julgamento.

Ao que parece, mudanças sugeridas pelas Diretrizes Curriculares têm sido interpretadas como algo que coloca em risco as características tradicionais da profissão.

Conforme Stedile e Claus (2006, p.141) a identidade profissional do fisioterapeuta ao longo da história tende a ser concebida e definida pela maneira fragmentada de atuar, na medida em que a formação enfatiza o tratamento tomando por base uma divisão em níveis de atenuação, compensação, reabilitação e recuperação da saúde. Nesse sentido, o modo como a formação e a profissão vêm sendo conduzidas tem se sobressaído em detrimento da busca que outras formas e possibilidades de atuação, tais como incremento de ações que promovem a melhoria ou manutenção da qualidade de vida; o que “reduz o grau de visibilidade necessário ao fisioterapeuta para propor e realizar intervenções que sejam eficazes no sentido de alterar as condições de saúde da população.”

No intuito de ampliar o campo de visibilidades necessárias ao fisioterapeuta para sua compreensão e intervenção no contexto social atual, percebido nos discursos como uma fragilidade no âmbito da fisioterapia, as Diretrizes Curriculares sugerem uma postura dialética entre os saberes acadêmico-científicos instituídos e processos éticos e humanísticos de subjetivação.

No contexto geral da fisioterapia o incremento de novas habilidades e competências busca contemplar a “garantia da integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2002, p. 02), o que vem se somar aos saberes acadêmicos; dialogando inclusive, e impreterivelmente, com os contextos que requerem a aplicação de técnicas fisioterapêuticas que visam a reabilitação física.

Sob essa óptica, nota-se que as Diretrizes Curriculares orientam a incorporação de outras tecnologias indispensáveis ao atendimento pleno das necessidades de saúde, tais como as tecnologias que dizem respeito ao âmbito das relações humanas, as quais passam não a substituir, mas sim a compartilhar o espaço utilizado pelos saberes científicos e equipamentos tecnológicos tais como

remédios, aparelhos para a realização de exames e aferições, dentre outros que também apresentam sua importância muitas vezes indispensável para o alcance resolutivo dos problemas de saúde.

Características da formação

De uma forma geral, todos os coordenadores evidenciaram que os cursos estão passando por mudanças nas características da formação.

No intuito de responder a questionamentos acerca das características principais da formação, os coordenadores falaram-me sobre uma formação “baseada na Atenção Básica”, uma formação “dividida entre a saúde e a doença”, uma formação que tem se voltado “do modelo biomédico para um cenário mais crítico-reflexivo”; além de “uma formação generalista”.

Com frequência o atributo “formação generalista” entrou em evidência nos discursos, tendo sido utilizado para designar características que conduzem a um modelo da formação, conforme pode ser visto nas afirmações que se seguem.

O nosso modelo de formação é uma formação generalista! A gente forma um profissional para atuar em todas as áreas da Fisioterapia. Sendo que um dos nossos diferenciais como currículo é a... o grande número de práticas porque os nossos alunos são confrontados bem precocemente com o cenário de prática. E o outro diferencial também é que eles têm um estágio bem completo, onde eles passam pelas várias áreas contempladas da Fisioterapia. *Angico*

O curso de Fisioterapia aqui da Universidade tem uma característica de formação comunitária, uma formação generalista e voltada à comunidade [...] *Angelim*

Gostaria aqui de atentar para a diversidade da possibilidade de interpretações no que se refere ao termo “generalista”. Solicito a atenção ao trecho das Diretrizes Curriculares em que se faz presente este termo, mais especificamente no seu artigo terceiro, que manifesta uma formação:

[...] generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação (BRASIL, 2002, p. 04).

Para alguns, como é o caso evidenciado nas falas dos colaboradores, o termo generalista dá a idéia da caracterização de um modelo de formação. Contudo, o termo generalista abre margem para uma ampla possibilidade de significações. Seria generalista no sentido de um pouco de todas as especialidades técnicas referentes ao amplo conjunto de intervenção do fisioterapeuta (fisioterapia em neurologia, em cardiologia, em traumatologia, em pneumologia, em dermatologia e tantas outras classificações existentes), como sugere o primeiro discurso? Generalista no sentido de um dentre os inúmeros atributos considerados necessários a uma formação coerente com as necessidades sociais de saúde apresentadas na atualidade? Ou ainda, generalista no sentido de contemplar as diferentes virtudes que se deseja de um profissional coerente com as especificidades do núcleo da fisioterapia e as amplas complexidades necessárias a todo profissional da saúde?

Meyer e Kruser (2003) apresentam questionamentos semelhantes ao problematizarem essa expressão contida nas diretrizes dos cursos de graduação em Enfermagem e consideram que a expressão comporta múltiplas interpretações que determinam uma indefinição sobre o profissional que se deseja formar.

Diante de tal provocação cabe-nos refletir um pouco acerca do processo de construção e do conteúdo das Diretrizes Curriculares. Resgatando o processo de construção das Diretrizes Curriculares de todos os cursos da área da saúde, Maranhão (2003) aponta que serviram como base para essa construção mais de dez documentos, tais como a Constituição Federal de 1988; a LDB da Educação Nacional nº 9394, de 1996; a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI, da Conferência Mundial Sobre o Ensino Superior (UNESCO, 1998); dentre outras referências que convergem na constatação de necessidade de mudanças no processo de formação.

Considerando os objetivos da vasta literatura que serviu de referência, o mesmo autor relata que as Diretrizes apresentam como um de seus princípios embaixadores:

Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduando possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção de conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa (MARANHÃO, 2003, p. X).

Em outras palavras Feuewerker e Almeida (2003, p. 351) reforçam as afirmativas de Maranhão (2003) referindo que “as orientações das diretrizes estimulam as escolas a superar as concepções conservadoras, a rigidez, o conteudismo e as prescrições estritas existentes nos currículos mínimos, mas não definem um único caminho”, pois reconhecem a autonomia das escolas para formularem estratégias e agirem com liberdade; entretanto, articulados às demandas locais, regionais, políticas e sociais brasileiras.

Ao que parece, as Diretrizes Curriculares facilitam uma interpretação e entendimento àqueles que já estão mais familiarizados com seu conteúdo histórico e ao contexto social em que foram estruturadas e sob o qual se pautam. Por outro lado, em virtude de seu conteúdo condensado e orientações genéricas, as Diretrizes Curriculares abrem margem para interpretações possivelmente equivocadas àqueles que descendem de uma estrutura mais rígida, e que seguiram seus caminhos nesse contexto e ainda não estão muito apropriados de sua gênese. Nesses casos, as Diretrizes Curriculares correm o risco de ser interpretadas à luz de forças conservadoras e defensoras do *status quo* estabelecido, havendo assim apenas uma mudança de vocabulário no que se refere ao modelo de formação, cuja incorporação dos anseios envolvidos nas Diretrizes Curriculares permanece distante do discurso.

Analisando o contexto das entrevistas em que se situam os discursos em relação aos princípios das diretrizes curriculares referenciados por Maranhão (2003) e Feuewerker e Almeida (2003) e, percebendo a prevalência da dicotomia entre teoria e prática, prevenção e reabilitação, disciplinas desconexas, dentre outros que serão discutidos em seguida, presume-se que haja ainda certo distanciamento entre a palavra falada e as ações realizadas.

Traços das arquiteturas das casas - as estruturas curriculares

As matrizes curriculares

Ao mirar a organização dos currículos dos cursos de fisioterapia, percebe-se que incidem sobre eles um ensino dividido em disciplinas, que apresenta

dificuldades de comunicação entre si, com distanciamento entre conhecimentos básicos e conhecimentos clínicos, além da dificuldade de um diálogo entre a teoria e a prática. Tais características evidenciam traços de uma formação tecnicista, calcada no Modelo Flexneriano, marcada pela organização curricular, que, conforme Maia (2004) organiza temporal e espacialmente as atividades de diversas áreas de conhecimento e confere ordem e governabilidade ao processo de formação.

O discurso abaixo aponta características compartilhadas pela maioria dos cursos, em relação à sua organização.

[...] porque o aluno como ele tem disciplinas, que é uma questão de organização do curso, as vezes, ele também têm um pouco segmentada[...]
Jacarandá

Os traços que ilustram a formação predominante nos cursos de fisioterapia estudados apresentam uma base marcada historicamente pelo processo disciplinar, fundamentado por Foucault (2008), vinculado a idéias de controle e imposição de uma ordem. Sobre o processo disciplinar Veiga Neto (2007, p. 23) ancorado em Foucault, nos aponta que:

No palco da *episteme* moderna, da representação o saber científico constrói-se numa busca de ordenação do mundo. Ora as diversas ciências – ou as várias disciplinas – constituem-se em esforços de construção de uma ordem do mundo ao nível do saber. Esta ordenação está intimamente relacionada aos mecanismos de poder. A disciplina que se tornou sinônimo de campo de saber tanto na epistemologia quanto na estrutura curricular do saber escolar, apresenta uma ambigüidade conceitual muito interessante: invoca em si mesmo o campo do saber propriamente dito quanto um mecanismo político de controle, de um certo exercício do poder. Disciplinarizar é tanto organizar/classificar as ciências quanto domesticar os corpos e as vontades.

Nos espaços de formação, a forma de organização disciplinar é um dos pontos que vem sendo questionados (Freire, 2008; Morin, 2000) por seus limites e distorções; por seu reducionismo e determinismo; por sua dificuldade ou incapacidade de abarcar aspectos da realidade vivenciada, que são estranhos aos marcos conceituais e metodológicos que englobam as disciplinas.

No âmbito da formação em saúde a maneira isolada como se dispõem as disciplinas, tende a dificultar uma formação voltada para as práticas que buscam a integralidade da atenção, na medida em que fundamentadas em si próprias as disciplinas tendem a não estabelecer relação com outras disciplinas e com o contexto da vida real sobre a qual os conhecimentos devem ser refletidos e onde serão aplicados.

Na tentativa de adequar disciplinas e conteúdos técnicos articulados com novos saberes, muitas vezes os docentes trazem para a sala de aula temas descontextualizados, que provocam estranhamentos aos estudantes, os quais parece vivenciarem, predominantemente, o ambiente técnico. Esse fato pode ser ilustrado com o discurso de *Angelim*:

É ainda um pouco confuso dentro da cabeça deles. A gente coloca muito texto, muita coisa. Eu tive momentos dentro da minha própria disciplina que eu trouxe texto de integralidade, o aluno ficava: “mas eletroterapia, falar em integralidade [...]”
Angelim

Para Maia (2004) o processo de formação tradicional fragmentado e simplificado se distancia da complexidade do mundo real e conta com a expectativa de que o estudante por si próprio construirá as assimilações e relações necessárias entre as temáticas. Contudo, quando isso não ocorre, reside o risco de formar-se um profissional com dificuldades de compreender e adaptar-se ao perfil profissional necessário às demandas sociais existentes.

Os discursos apresentados nos apontam que em meio a um clima de divergências entre a estrutura tradicional de ensino e as mudanças que vem pedindo espaço, tem havido mobilizações que sinalizam algumas práticas diferenciadas das tradicionais, que mexem com a estrutura dos cursos.

O discurso de Jatobá nos induz a pensar que no curso ao qual se refere, apesar de haver uma dicotomia entre saúde e doença, tem havido mudanças no processo de formação, quando refere de forma enfática “bem mais saúde do que antes”.

[...] Na verdade, o currículo ainda continua dividido entre a doença e a saúde, quando a gente tem mais saúde, bem mais saúde do que antes [...] *Jatobá*

Alguns coordenadores apresentam uma postura política, que busca coerência entre os campos e as áreas de conhecimento, demonstrando a intenção de encontrar estratégias que favoreçam o diálogo e a relação entre os conteúdos abordados nas disciplinas e a realidade social defrontada. Neste sentido, uma crítica que questiona a disciplina enquanto um espaço fechado pode ser exemplificado a partir da fala de *Itaúba*:

[...] essa estrutura dessa disciplina do humanismo social cristão, elas estão sendo rediscutidas, por exemplo, eu quero uma antropologia, mas eu quero uma antropologia do além, eu quero uma antropologia que lute com a questão de entendermos os processos de relação desse homem com o mundo. Eu não quero uma antropologia do homem: o homem veio dos macacos ou não veio dos macacos;

eu não quero esta antropologia clássica, eu quero que a antropologia esteja dentro desses espaços da comunidade, que ali a gente enxergue esses processos. *Itaúba*

No momento de nossa conversa, percebo que ao conduzir o discurso o coordenador adota uma postura de liderança, ao mesmo tempo em que a entonação de sua voz explicita um convicto desejo de mudança, o que considero importante para a condução dos rumos de um curso em fase de transição, situação em que todos os cursos se encontram (DIÁRIO DE CAMPO, 10/03/09).

Os discursos nos mostram que de um lado reside o legado da formação positivista tradicional, que tende à valorização de uma formação conservadora, enrijecida e conteudista, centrada em eventos biológicos, na clínica especializada e compartimentada, na redução do indivíduo à doença e na medicalização dos problemas sociais, o que também é destacado na reflexão de alguns autores, como Feuerwerker (2002) e Rocha e Centurião (2007).

Por outro lado, em meio a esta tensão, mesmo que de maneira mais tímida, se estabelece um movimento desafiante, que chama para o redimensionamento dessa formação, pautado em fundamentações políticas que defendem a cidadania. Percebe-se então que o contexto de mudanças envolve um processo dialético, movido por uma oposição que avança por rupturas.

As divergências existentes nos cenários de formação compõem o ato pedagógico, o que, conforme Ruiz (2003), por sua vez, contribui para que os docentes compreendam que vivem em uma sociedade plural e multifacetada; que requer despertar nos estudantes reflexões acerca dos conflitos vivenciados e das várias possibilidades de encarar um mesmo conflito.

Mudanças nas matrizes curriculares e suas direções

Todos os cursos passaram recentemente ou estão passando por um processo de revisão da matriz curricular, conforme podemos constatar em alguns trechos a seguir.

Nós estamos num processo de revisão curricular, onde estamos passando de um currículo de conteúdo para um currículo de competências e estamos fazendo a nossa primeira mudança curricular, Agora nós estamos num momento interno de discussão já dessas competências, das competências das diretrizes e competências que nós achamos que temos que ter pelo direcionamento do curso. Todas as

competências voltadas à questão do humano, à questão do espaço da atenção básica e à questão da educação e saúde [...] *Itaúba*

A partir do vestibular de 2011, a gente vai para 5 anos, a gente vai tentar diluir um pouquinho algumas coisas que estão muito condensadas em poucos semestres, dar espaço para o aluno transitar em outras coisas na formação, fazer mais monitoria, fazer mais extensão, se aproximar mais das realidades [...] *Jatobá*

A maioria dos coordenadores parece seguir uma mesma direção em relação às mudanças que ocorreram ou vêm ocorrendo na matriz curricular. Os coordenadores referem que os cursos vêm buscando a melhoria da qualidade da formação dos fisioterapeutas; o que provavelmente vem ao encontro de valores que se agregam à possibilidade de intensificar vivências relacionadas às realidades que cercam os estudantes; ao campo da Atenção Básica, à abertura para a promoção da saúde; à inserção de diversificadas metodologias de ensino aprendizagem, a uma preocupação com os processos de subjetivação dos discentes, dentre outros.

Sobre as mudanças na formação, Perrenoud (1999), voltado em estudos sobre a organização curricular, tem apontado que os currículos por competências devem construir uma relação com o saber menos pautada em uma hierarquia baseada no saber que se fundamenta em si para dar abertura a um saber contextualizado que se projeta para os acontecimentos realistas das situações da vida, da sociedade. Nessa conjuntura, o currículo por competências passa a priorizar conteúdos que se aplicam a situações complexas, tais como a dimensão do processo saúde - doença- cuidado - qualidade de vida como fenômenos da vida, seus determinantes, e sua relação com os serviços e a práxis que envolvem o profissional de saúde, o que se vem ao encontro de uma formação coerente com os preceitos do SUS.

No contexto da organização e estrutura curricular, outro aspecto destacado nas falas dos participantes refere-se à questão do tempo de integralização dos cursos. De acordo com um dos colaboradores, há a necessidade de uma duração do curso que permita a possibilidade de maior circulação dos estudantes e mais vivências na prática, além de dar liberdade ao aluno para que ele possa fazer escolhas em relação à sua formação. Trata-se da possibilidade de o aluno complementar sua formação com outros assuntos que, muitas vezes, não vinham sendo discutidos no currículo antigo, mais calcado na doença. Neste caso, o coordenador evidencia resultados positivos ao referir que quando os estudantes buscam outras disciplinas e vivências em outros cursos e áreas, como, por exemplo,

uma disciplina denominada “percepção corporal”, eles têm levantado discussões que têm colaborado para melhorar a qualidade das aulas e o senso crítico dos estudantes. A idéia de ampliar o tempo de curso, que vem sendo defendida também pelos componentes da ABENFISIO, possivelmente contribuirá para a propagação dessas experiências, desenvolvendo a pró-atividade dos estudantes.

Em meio a direções dos cursos que aparentam certa uniformidade, prendemos a atenção o discurso seguinte, que destoa dos demais em relação aos objetivos almejados com a reforma da matriz curricular.

[...] a situação econômica, a condição que se gerou fez com que a gente buscasse... tem duas razões: a primeira razão é que a Universidade instituiu uma coisa que a gente chama de DNA institucional, que foi assim, todos os cursos divididos por área tiveram que reformular seus currículos para adaptar as disciplinas de núcleo comum. Então por essa razão a Fisioterapia já teria que passar pela reforma para adaptar os núcleos comuns, que teriam disciplinas tipo anatomia, patologia que todos os cursos da saúde terão a mesma disciplina [...] O segundo motivo era o fato de querer então oferecer o curso uma única vez ao ano. Então a gente começou a ver que os vestibulares de inverno estavam dando lucro menor, a que nós atribuímos? O valor da nossa mensalidade estava muito alto, alto entre aspas, não que fosse alto, o curso valia aquele valor só que infelizmente o poder econômico das pessoas diminuiu, né? Então, essa também foi a idéia da reforma curricular. *Angico*

Parece que os interesses apresentados apontam menos para questões sociais e mais para questões que envolvem aspectos administrativo-financeiros.

O discurso demonstra a necessidade de uma redução de custos em virtude da diminuição do número de estudantes no curso, o que subentendidamente o denominado “DNA da Universidade” tenta resolver reunindo alunos de diferentes cursos em disciplinas comuns para, dessa forma, economizar na carga horária dos docentes. A Lei de Diretrizes e Bases confere autonomia para que os cursos possam também se orientar a partir de suas reflexões e escolhas. Neste sentido, pela sua natureza administrativa, as instituições privadas necessitam colocar em pauta também os interesses financeiros quando pensam a formação. No entanto, tal fato não pode ocorrer em detrimento de seus compromissos ético-sociais, os quais devem estar pautados acima de todo e qualquer interesse privado (DEMO, 2005; FEUEWERKER e CECCIM, 2004).

O fato de constituir turmas com poucos estudantes, que na proposta pedagógica de modernização didática é considerado positivo para a formação do estudante, como é o caso das propostas de Londrina e Marília que apontam o ensino tutorial e em pequenos grupos como uma das estratégias de mudança na

educação médica (Feuwerker, 2000), neste caso, é visto de forma negativa, em função de um envolvimento econômico que permeia a situação.

Tomando como base o compromisso ético da IES, a situação nos leva a pensar de que forma a solução encontrada pela IES perante sua dificuldade financeira poderia ser utilizada a favor da situação dos docentes e da formação dos estudantes?

Mesmo que o elemento disparador dessa mudança não tenha sido a preocupação direta com a qualidade da formação, havendo a criação de espaços para a reflexão coletiva dos docentes, e o comprometimento da gestão, provavelmente novas metodologias de trabalho pudessem ser debatidas e adotadas, vindo beneficiar a permanência dos docentes e a diversidade de cursos nas disciplinas. Neste sentido, as disciplinas compartilhadas pelos cursos poderiam ser otimizadas, refletindo na ampliação da possibilidade de favorecer a convivência e o trabalho em equipe multiprofissional/inter/transdisciplinar, considerados fatores indispensáveis para o alcance da integralidade da atenção. Desta forma, a IES poderia promover a formação do cidadão para sua intervenção ética e política na vida pública, fazendo valer o compromisso que assume enquanto instituição implicada com o processo de socialização, ao mesmo tempo em que busca soluções para seus problemas financeiros.

Considerando o que Gutiérrez (1988, p. 22) nos diz sobre as formas de fazer política da escola: “a escola faz política não só pelo que diz, mas pelo que cala; não só pelo que faz, mas também pelo que não faz” é possível constatarmos que parece existir então duas posturas políticas diferentes por parte dos cursos de Fisioterapia diante de mudanças na matriz curricular: a maioria demonstra que tem tentado enfrentar as dificuldades no desejo de transformação, enquanto outra parte permanece numa postura política menos mobilizada. De alguma forma, o curso que permanece numa posição mais inerte, está fazendo uma opção política, configurando uma formação que possivelmente contribuirá para manter as relações sociais já existentes.

Mais um fato que confere mudanças em relação aos currículos, por parte de alguns cursos, diz respeito a critérios de seleção de docentes. Como uma possível estratégia para aproximar a formação de outras habilidades e competências para

além da centralidade técnica e da reabilitação, alguns cursos estão investindo na maneira de selecionar os docentes, conforme podemos acompanhar nos discursos:

[...] Melhorou muito, eu tive uma mudança dos professores, então assim, hoje eu tenho um grupo que eu posso dizer assim que, pretensiosamente, assim em torno de 65 a 80% sabe 70%, 80% dos professores se incorporam a essa questão porque assim ó, no processo seletivo eu escolhia muito... eu levava em consideração muito a questão da pessoas e não só do currículo da formação, então eu tive sucesso em algumas escolha e insucessos em algumas. *Itáuba*

Alguma coisa que parece boba muitas vezes, mas quando há o processo seletivo de secretária do serviço, por exemplo, eu sempre participo porque desde a pessoa que trabalha com a gente na higienização, a secretária, o rapaz que recolhe o lixo, toda a pessoa... essas pessoas e o sistema, eu acho que tudo isso é a parte de tu trabalhar o todo, então eu tenho... procuro ter sempre esse envolvimento [...] *Tauari*

Os relatos sobre estes dois cursos, que fazem parte do contexto dos cursos mais jovens, nos mostram que outras características além dos conhecimentos científicos estão sendo valorizadas na escolha e contratação mais recentes dos docentes. Os coordenadores, no seu papel de gestores, demonstram que tem ousado dentro dos limites do poder conferido pela gestão, para selecionar pessoas cujo perfil seja “mais humanizado”. Entra em cena uma atitude que confronta códigos das normas existentes no que diz respeito a critérios pré-definidos de normalização, os quais, muitas vezes correm o risco de superestimar currículos e titulações e ofuscar outros valores inerentes do ser humano.

Ainda dentro das mudanças apresentadas nas matrizes curriculares, dois cursos apontam outras formas possíveis de conduzir a formação que se encontra em vigor.

Ah, a característica do curso de Fisioterapia da Universidade é todo ele focado em cima da..., não só, mas fortemente em cima da Atenção Básica, é onde nós procuramos ter o nosso diferencial... O grande foco realmente é a Atenção Básica. [...] porque ela não tem uma disciplina de preventiva ou uma ação do curso dentro de uma comunidade... [...] está inserida como algo inovador porque ele muda, ela abandona, não totalmente, o modelo biomédico e passa para um modelo mais antropológico, social, filosófico e intuitivo, espiritual. *Itáuba*

[...] no início do curso a gente trabalha dentro de um eixo que a gente chama de eixo sistêmico ou eixo orgânico; orgânico e funcional, então ali nesse eixo, ele vai indo com todas as disciplinas que compõem a parte básica do profissional da saúde, ele vai da Fisioterapia, anatomia, fisiologia, bioquímica, toda a contextualização inicial necessária. Depois ele passa para uma área que vai... as anatomias mais aplicada, fisiologia aplicada, neuro-anatomia, depois ele vai para a micro-biologia, parasitologia, o eixo sistêmico orgânico. Ao lado desse a gente tem o eixo de formação que aí tem as Fisioterapias de atenção à saúde aonde vem toda contextualização. E ainda tem o eixo operacional, e esse pega bem os recursos que o fisioterapeuta necessita. Então, durante os semestres, estes eixos vão se complementando como se fosse uma espiral até chegar nos dois últimos que é quando o aluno, realmente, tem o sistema todo completo, inclusive, a integração dos eixos de formação. É bem interessante[...] *Tauari*

Os discursos apresentam alguns rumos adotados pelos cursos que evidenciam a formação com uma provável maior aproximação do contexto social vigente. Isso infere que eles têm feito uso de sua autonomia universitária, conferida pela LDB e buscado alternativas, o que talvez possa ser favorecido pelo fato de serem cursos criados mais recentemente.

Talvez, o conteúdo escrito das falas não permita uma compreensão do que acabo de afirmar. Todavia, remeto à frase certo tom de afirmação em virtude de percepções que tive ao presenciar as narrativas. Imagino que a maneira como me foram narrados os discursos tenha contribuído para esta minha percepção, além das manifestações em outros momentos da entrevista que ambos fizeram acerca de sua participação nas reuniões da ABENFISIO (das quais também fiz parte e os percebi como atuantes), onde buscaram apoio para tais realizações. A ênfase dada nos discursos sinalizou a postura política dos coordenadores, quando demonstraram, inclusive pelo tom de voz enfático identificado nas falas, certo apego e uma aposta pessoal nas direções adotadas pelos cursos. No primeiro caso *Itaúba* refere, com orgulho, que essa é uma formação “de vanguarda”, inovadora em nosso Estado. No segundo, *Tauari* demonstra um aparente envolvimento e sentimento de satisfação pelo que está sendo construído e por fazer parte dessa construção (DIÁRIO DE CAMPO, 10 e 12/03/09).

No caso do curso que optou por adotar como foco a Atenção Básica, em princípio este não foi bem aceito pelos estudantes, que, conforme *Itaúba*, com o decorrer do tempo mudaram de opinião. Quando perguntei como tinha sido a aceitação dos alunos em relação a isso, ele me respondeu:

Hoje muito tranqüila, no início do curso foi um horror. Porque assim, o modelo que está, quando nós abrimos o curso funcionou maravilhosamente bem naquela parte biológica. Quando se começou com a disciplina de comunitária, quando começou a se trabalhar com educação e saúde: primeiro os alunos achavam que educação e saúde não é Fisioterapia, então eles não aceitavam, eles queriam apenas reabilitação, que é o modelo que todos conhecem. E eu tive evasão... a partir daí os alunos não queriam ir desenvolver na comunidade trabalho de educação e saúde, eles queriam ir para lá com estetoscópio, com esfigno, eles queriam ir para lá fazer... aplicar métodos e técnicas em reabilitação. À medida que nós começamos a observar os resultados das nossas intervenções de forma também horizontal dentro da comunidade, que nós tivemos o retorno da comunidade, os alunos começaram então a ter um pouco mais de paciência e experimentar e a coisa acalmou. Então foi um período ali muito triste, muito ruim onde grande grupo teve essa reação, mas assim à medida que tu vai, que tu vê que tem resultado, que aquilo funciona então vai por água, a medida que tu começa a te apropriar de congressos, vê que tem congressos na área, que tu começa a ler porque as vezes o aluno critica porque não tem a base porque o nosso curso é recente, se tu pegares os documentos internacionais todos eles falam em promoção à saúde, em educação em

saúde, mas eles ainda vinham pra aquele modelo de um médico, hoje os alunos que procuram a Universidade já procuram porque querem esse modelo de formação.
Itaúba

O discurso apresentado relata as dificuldades e seu enfrentamento pelo curso em relação à aceitação dos estudantes. Nele aparece a expectativa dos estudantes em fazer uso das habilidades técnicas que compõem o núcleo de formação e um suposto desinteresse inicial pelos conhecimentos, habilidades e competências que compõem uma atenção integral.

Possivelmente o que os estudantes buscavam é o reflexo do que lhes é apresentado acerca da profissão, pautado ainda na sua gênese: o discurso científico. Discurso este que, dentre outros assuntos, relaciona as profissões da saúde ao hospital e à doença, e que é difundido, consumido e valorizado na maioria dos meios de educação, comunicação e, inclusive, em diversos serviços de saúde, controlados por aparelhos políticos, econômicos e sociais que apresentam um papel social e cultural (ARAÚJO, 2007).

Outro elemento que pode ser constatado na fala é o papel da Universidade como um mecanismo potencializador de transformação e reflexão, a partir da promoção de experiências desafiadoras que se conectam entre si e conectam o ensino à realidade.

As experiências adotadas demonstram que tem havido uma preocupação por parte de alguns cursos com uma educação mais contextualizada, pautada nos problemas concretos existentes na realidade das pessoas. O que Freire (1978) traduz como um ato dialético, uma vez que a problematização instiga o sujeito que problematiza a se comprometer com o processo que instaura.

A convivência e o diálogo com a comunidade, bem como a existência de congressos e escritos que contemplam a fisioterapia na área da ABS, de acordo com *Itaúba*, fortalecem positivamente a corrente que defende a presença do fisioterapeuta neste campo, abrindo caminhos para essa busca. O coordenador refere que o curso hoje é reconhecido por essas características, as quais têm buscado contemplar novas possibilidades de atuação profissional.

A opinião de *Itaúba* coincide com as de fisioterapeutas já inseridos neste campo, relatadas por Moreira et al. (2005) em um estudo sobre o papel do fisioterapeuta no PSF em Sobral. Os autores referem que os profissionais entrevistados indicaram positivamente o campo da Atenção Básica como

possibilidade de ampliação do campo profissional, referindo-o como fator importante para a profissão. Além disso, evidenciaram que a atuação desenvolve um processo de descentralização da fisioterapia e leva a uma visão interdisciplinar da saúde.

A Atenção Básica tem se apresentado como uma nova perspectiva de mercado de trabalho que se abre para os fisioterapeutas. Isso aparece registrado no documento “Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS” que consolida a abertura para a participação de fisioterapeutas na Estratégia de Saúde da Família, do Projeto de Lei nº 4261/2004, o qual inclui oficialmente o fisioterapeuta no PSF, e mais recentemente na portaria GM/MS154/2008 que cria os NASF (BRASIL, 2008).

Sobre a vida no interior das casas – as práticas pedagógicas

Árvores de madeira nobre – os docentes

Alguns coordenadores apontaram a importância da figura do docente como elo que faz a mediação entre o discurso trazido pelos documentos que registram os objetivos almejados na formação e as ações que levam à sua concretização.

O discurso trazido por *Jacarandá* ilustra a opinião destes coordenadores:

Eu sempre digo, às vezes, tu tens uma ementa... tu tem todo um referencial bibliográfico, mas a gente não pode nunca esquecer que quem passa aquilo ali, quem dá a vida àquela ementa bibliográfica, é o docente. Por mais que a gente tenha, às vezes, ementas adequadas, projetos pedagógicos lindos e maravilhosos, eu só vou conseguir colocá-los em prática, se de fato eu souber que aquele professor que está ali naquela disciplina, realmente, pensa dessa forma, porque, simplesmente, ele pode ter aquela disciplina, aquela ementa e talvez ele entenda que não seja bem assim [...] *Jacarandá*.

Sob a óptica de alguns coordenadores os docentes são o alicerce para colocar em prática o que consta no projeto político pedagógico e nas matrizes curriculares; são eles os responsáveis por criar um sentido pedagógico ao que está no papel, explicitado nos projetos político - pedagógicos e nas ementas das disciplinas.

Jacarandá e os outros coordenadores que compartilham dessa idéia conferem ao docente o significado que Merhy (2000) remete ao profissional de saúde, compreendendo o ensinar e o cuidar como atividades laborativas em que se faz presente o trabalho vivo em ato, um trabalho que acontece e adquire significado a cada encontro, a partir da relação que se estabelece com o outro.

Os coordenadores também apontam que essa é uma responsabilidade coletiva que envolve os docentes e a coordenação na construção de uma identidade.

Cabe-nos perguntar que consciência os próprios docentes tem em relação ao seu papel? Será que eles compreendem, incorporam, assumem e valorizam sua função docente, ou são profissionais que por hora desenvolvem o exercício da docência? Provavelmente a resposta a estas perguntas estabelece alguma influência sobre o processo de formação dos estudantes.

O cultivo das árvores - a formação do formador

Os entrevistados apontam de forma unânime que uma das principais dificuldades em se realizar uma formação voltada para a realidade social no interior dos cursos de Fisioterapia é a formação dos docentes, centrada em conhecimentos técnico-científicos, direcionada historicamente para a reabilitação física das pessoas e, de certa forma, distante de outras profissões da área da saúde.

No discurso que segue percebemos a opinião de *Tauari*, que condiz com outros discursos, a qual presume a centralidade na formação técnica como responsável por parte das deficiências do docente no processo de formação atual.

Acho que é muito da formação, né? Porque nós temos professores formados aqui em diversas universidades, então tu vê bem direitinho assim a característica daquele professor que tem a área técnica mais fortalecida, ele até tenta porque a gente no curso... o curso tem essa formação com o perfil diferenciado, então ele tem que de uma forma ou de outra entrar nesse perfil, só que acontece, muitas vezes, que ele na prática, ele não consegue desenvolver. Então ele participa das atividades, ele concorda com as atividades, mas muitas vezes, na prática, ele não consegue executar. E isso dificulta sabe, às vezes dificulta [...] *Tauari*

Há uma percepção de que as instituições de ensino preparam seus egressos, (de) formando-os de acordo com suas características predominantes. *Tauari* afirma ainda que o curso ao qual se refere possui um perfil “diferenciado”, dando a entender que confere à maioria dos cursos de fisioterapia o predomínio de habilidades e conhecimentos técnicos no processo de formação; e demonstra que, de alguma forma, os docentes deste curso precisam se adequar a este perfil que configura a visão do curso.

O discurso nos remete à Universidade como um espaço de poder. Poder este que, de acordo com Araújo (2007, p. 29) “cria objetos de saber, os faz emergir, leva a um modo institucionalizado de acumular informações e de fazê-las circular. Poder que à luz de Foucault (2008) possibilita reconhecer um papel não somente repressivo, mas que produz efeitos de verdade, de subjetividades e de lutas.

No campo específico da Fisioterapia, a formação pautada na reabilitação é vista como um fator presente na maioria dos docentes e que, possivelmente, os leva à dificuldade de incorporar novos saberes/fazerem ao profissional fisioterapeuta, limitando seu papel como docente.

[...] é um processo muito difícil porque geralmente os professores quando tu conversa com eles, que tu passa essas informações, que tu acompanha eles, eles te acenam positivamente que entenderam, mas a partir daí se tu não tiver um contato constante com eles, eles passam dentro da comunidade todos os espaços a estabelecer uma relação com o aluno e com o sujeito que eles atendem só e unicamente reabilitadora, ou seja, eles voltam àquilo que está lá no inconsciente deles que foi a formação. *Itaúba*

[...] o profissional da saúde tem que enxergar tudo que é saúde né? Porque a gente, nós como fisioterapeutas, nós ainda estamos muito fechados dentro do box de atendimento com o nosso paciente. Falta muito de intervenção em grupo e falta muito de intervenção comunitária, eu acho. *Angico*

Jatobá, vindo ao encontro das idéias trazidas por outros coordenadores nos aponta concordar que a formação de fisioterapeutas não habilita para a docência:

Nós temos bem claro que nós ficamos professores a partir de um determinado tempo. A nossa formação é... não nos habilita como deveria para a docência. *Jatobá*

De certa forma, os discursos ilustrativos se aproximam do que Batista e Batista (2004) referem quando afirmam que os professores, que por um lado são nativos e sabedores de determinadas áreas, por outro, assumem a condição de estrangeiros diante de alguns pressupostos educacionais, filosóficos e psicológicos que compõem conteúdos específicos da docência. Para os autores, “os docentes que são também profissionais da área da saúde atuam em um território científico que de diferentes formas já trilharam” (BATISTA e BATISTA, p.24).

Em contrapartida, Pivetta (2006) em sua dissertação sobre as concepções de formação e docência dos professores do curso de fisioterapia da UNIFRA, identificou que nem sempre profissionais formados em um modelo de transmissão e reprodução do conhecimento concebem dessa maneira a formação de outros profissionais. Seus achados demonstram que, na instituição estudada, os docentes

apresentam concepções amplas e globais de saúde, que vão ao encontro da proposta de formação de fisioterapeutas prevista naquele curso.

A partir dos discursos apresentados em nosso estudo, os colaboradores compreendem que há a identificação de parte dos docentes fisioterapeutas com as questões que envolvem a técnica e a reabilitação, as quais provavelmente estão marcadas pelas vivências concretas que tiveram durante a graduação; e que, ao mesmo tempo, por parte de alguns desses mesmos docentes, existe a dificuldade de identificação com o que diz respeito aos conhecimentos pedagógicos que constituem a práxis da formação.

Considerando que a educação, segundo Freire (2003; 2008), se resume a duas diferentes pedagogias: a pedagogia da transmissão e a pedagogia da problematização, essa última defendida por Freire, subentende-se que, não havendo uma formação/capacitação docente coerente com os princípios de um ensino/aprendizagem instigador de reflexão crítica, maior é a possibilidade de o docente reproduzir as metodologias predominantes em sua formação; cuja pedagogia aproxima-se do modelo de formação cartesiano manifestado pelo domínio do “acúmulo de uma tradição caracterizada por um formato centrado em conteúdos e numa pedagogia da transmissão, de desconexão entre núcleos temáticos” (CARVALHO e CECCIM, 2006, p.137).

Atualmente a pedagogia da transmissão tem sido criticada por diferentes autores, como é o caso dos participantes da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI (1998), que escreveram o Relatório para a UNESCO, intitulado “Educação um tesouro a descobrir”. No documento evidencia-se o papel que se deseja dos docentes:

O trabalho do professor não consiste simplesmente em transmitir informações ou conhecimentos, mas em apresentá-los sob a forma de problemas a resolver, situando-os num contexto e colocando-os em perspectiva de modo que o aluno possa estabelecer a ligação entre a sua solução e outras interrogações mais abrangentes. (UNESCO, 1998).

Nesse sentido se percebe a importância de os docentes se apropriarem dos referenciais teóricos e políticas públicas da educação, do processo de ensino aprendizagem, do planejamento, das práticas avaliativas para a práxis dos modos de ensinar e aprender na formação em saúde. Além disso, e tão importante quanto, para uma docência em saúde de qualidade também se faz necessária a apropriação

das formas de cuidar, tratar e acompanhar a saúde que seguem o ideário do SUS, para que ambos façam parte dos modos de ensinar e apreender.

Em relação a isso, torna-se conveniente pensarmos se os docentes encontram algum incentivo e apoio para essas buscas por parte das IES. A maioria dos coordenadores dos cursos referiu que as IES incentivam a educação continuada de docentes e de egressos; no entanto, percebe-se que há ainda lacunas em relação à ordenação do processo formativo em relação à educação permanente.

No caso dos egressos foram apontados cursos de especialização *Lato Sensu* e *Stricto Sensu*, oferecidos nas IES, em sua maior parte relacionados ao aprimoramento técnico profissional.

No que diz respeito aos docentes, essas foram apresentadas mais como buscas individuais, e que possivelmente nem sempre vem ao encontro de uma qualificação que se relaciona com a docência em virtude de que muitos docentes buscam especializações relacionadas aos campos de atuação consagrados pela formação técnica.

Ceccim e Feuwerker (2004, p.49 e 50) fazem uma distinção entre educação continuada e educação permanente referindo que a primeira “aceita o acúmulo sistemático de informações e o cenário de prática como território de aplicação das teorias”; enquanto “a educação permanente entende que o cenário de práticas recria a teoria necessária, recriando a própria prática”.

Considerando tal diferenciação, torna-se claro que a educação permanente é peça fundamental para a consolidação de uma formação dos profissionais de saúde comprometida com o SUS; pois se pauta numa aprendizagem significativa produzida a partir do encontro entre os diferentes envolvidos: gestores, profissionais da saúde, estudantes, docentes e usuário dos serviços, de modo a envolver reflexão crítica acerca do processo de trabalho e buscar estratégias coletivas para sua transformação.

Aparentemente as IES se apresentam pouco envolvidas com a educação permanente, o que possivelmente influencia nas problemáticas vivenciadas com os serviços de saúde, trazidas mais adiante.

O cultivo dos frutos - metodologias de ensino-aprendizagem

Outros apontamentos acerca das práticas pedagógicas emergentes dos diálogos referem-se às metodologias de ensino que vem sendo utilizadas. Os discursos apresentam sinalizações a respeito da inserção de metodologias diferenciadas que buscam o protagonismo do aluno de diferentes formas, como pode ser observado nos trechos:

Tu acabas tendo assim, algumas disciplinas que te possibilitam muito mais e outros um pouco menos e características de alguns professores. [...] Então seminários, aulas expositivas clássicas tu vai encontrar pelo curso, aulas dentro de ônibus, processos mais diversificados de “ensinagem” que a gente tem como organizar aula sob forma de uma encenação, uma representação; então assim, bem variado, não teríamos um recurso só em termos de aula, isso varia muito de característica de professor e da natureza da disciplina. *Itaúba*

Aí elas se diferenciam um pouquinho e... como é que vou dizer de áreas a áreas. Então esse pessoal que está trabalhando mais na Saúde Pública, ele está tentando... nós trabalhamos mais com uma perspectiva mais participativa, deixando o aluno mais livre para criar coisas coerentes, deixando ele mais a vontade. Nós temos tentado tirar aquela idéia do papel do professor como o centro, de que o professor é quem vai ditar as coisas. E não, é o aluno que tem que trazer; e a gente discute o que ele traz, principalmente, esse pessoal que está mais na Saúde Pública. Agora os demais, da linha mais assistencialista de internação, da doença, eles tem buscado uma forma também diferente, de o aluno fazer o seu percurso, de o aluno ter os seus próprios interesses para completar a sua formação. Essa coisa do aluno sentar e esperar que dê o polígrafo inteiro para ele. Hoje está muito comum o aluno dizer: “Ah professor manda os seus slides para nós.” Recebe só a tua aula de power point e é aquilo ali. E eu acho que isso não acrescenta muito. *Jatobá*

Observando os discursos é possível constatar que as metodologias mais diversificadas ficam a cargo das características dos docentes e da natureza da disciplina, o que subentende como disciplinas mais flexíveis aquelas ministradas por docentes que estão mais apropriados às metodologias que descentralizam a atenção no docente.

Parece que os docentes do campo da Saúde Coletiva oferecem uma abertura maior à participação dos estudantes, buscando uma forma que descentraliza a figura do professor.

O discurso de *Jatobá* demonstra sua identificação com os docentes do campo da Saúde Coletiva ao mesmo tempo em que aponta uma dicotomia entre os docentes, manifestada como “a gente” e docentes de disciplinas “mais assistencialistas” que carregam os traços da formação. O colaborador mostra que mesmo nas disciplinas ministradas de forma mais tradicional os docentes já resistem um pouco à idéia da “educação bancária” que leva tudo pronto para oferecer ao

aluno. O aluno é instigado a assumir uma posição menos passiva diante da figura do professor.

A identificação de metodologias de ensino inovadoras apresenta afinidade com o campo da Saúde Coletiva, que, historicamente, por meio de autores como Feuwerker (2002), Da Ros (2005), Pinheiro et al. (2006); Lampert (2002); Rocha et al. (2007; 2008), Morin (2000); dentre outros autores, discute a formação em saúde aludindo que seja uma formação política e cidadã que se amplie a todas as áreas. Além desses importantes autores há ainda as formulações de Freire (2008) que mesmo sem focar a educação relacionada à saúde desde os anos setenta veio defendendo novas pedagogias de ensino que contemplam a valorização do ser humano e uma inserção crítica na realidade.

O discurso que segue aponta de forma mais detalhada algumas metodologias que vem acontecendo também em outros cursos. As novas metodologias adotadas desafiam levar o estudante a refletir sobre si próprio, desprendendo-se um pouco dos métodos mais tradicionais de aula expositiva para inserir-se no discurso despertando e incluindo suas percepções e sentimentos.

Eu vou te dizer que são várias porque cada disciplina constrói a sua... seria uma forma diferente de fazer isso... simulações, estudos de caso, a questão de usar o vídeo a partir do debate, em alguns momentos tu tens que dar uma aula expositiva sim, talvez tu precise um pouco dessa questão teórica ... trazer uma situação de casa de um paciente, mostrar no colega com é que tu avaliaria... tu tens que contextualizar, tu tens que fazer o aluno poder pensar sobre isso. [...] Não adianta ser aquilo tradicional, dá a aula, faz a prova, não! Sabe, tem disciplinas aqui que tem que fazer memorial, imagina um aluno de graduação fazer memorial! Quando tu falas para eles que tem que fazer memorial eles tremem na base "que é isso"? Memorial é para isso, ter o aluno presente, a chegada dele no curso, em que ponto ele está, porque memorial é uma disciplina que a gente faz no 7º/8º semestre. Eles têm que falar um pouco sobre a trajetória deles, escrever sobre isso, e é muito interessante tu ver as histórias de cada um. Então, o aluno, às vezes, se sente incomodado com isso [...] O aluno acostumado a ler artigo, a ir lá na frente apresentar em grupo, é coisa tradicional. Aqui não. Agora tu vais fazer de outro jeito. E isso é interessante.

Jacarandá

Jacarandá nos mostra um processo de formação que tem feito uso de metodologias diversificadas, das quais algumas, tais como a construção de um memorial, buscam incluir uma aprendizagem significativa que, conforme Feuwerker e Ceccim (2005, p. 11):

[...] acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. Geralmente isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Isso é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos. Na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências.

Essas e outras metodologias que retiram da realidade elementos que conferem direção e significado às aprendizagens, “considerando a rede de determinantes contextuais, as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam” (Lochida, 2004, p.155) tem demonstrado resultados positivos em diversos cursos de graduação e pós-graduação em saúde, como, por exemplo, o curso de fisioterapia da UCS que se estrutura a partir do ciclo vital (Stedile e Claus, 2006) e o curso de fisioterapia da UFRGS, criado recentemente, pautado em uma estrutura flexível que faz uso de um modelo pedagógico problematizador, afinado com as políticas de saúde e educação (ROCHA et al., 2009).

Varandas das casas – os cenários de práticas

Diversidade de cenários

Mudanças na formação que buscam ampliar o foco das práticas exigem um deslocamento do lugar comum da sala de aula e do hospital onde acontece a formação para a realidade de outros locais. O discurso a seguir representa a variedade dos cenários de práticas referida nos cursos de fisioterapia.

A nossa proposta, até porque quando foi criado o curso, se tinha outras experiências de diversos cursos e se via que havia a necessidade de ter a inserção desde o início. A gente tem uma disciplina... se chama Fisioterapia e Atenção à Saúde I... ela tem toda a contextualização do que é o fisioterapeuta, então seria uma introdução à Fisioterapia, às áreas de atuação, os espaços gestores, os conselhos; e a gente procura dentro dessa primeira disciplina ter o momento de atividade prática. Então o aluno conhece o paciente, os pacientes que são da nossa clínica de Fisioterapia, do Hospital que também é o hospital da Universidade e das Unidades Básicas de Saúde. O que eles fazem? Eles recebem esse paciente uma vez por semana e eles investigam todas as condições relacionadas ao processo de saúde e doença. Então eles investigam o motivo que levou a pessoa ao adoecimento, as condições que a pessoa vive em termos de saneamento, todas as condições sociais e, eles trazem na aula teórica essa discussão então do envolvimento social no processo de saúde e doença da pessoa. *Tauari*

Todos os cursos buscam uma aproximação dos alunos com diversos cenários de práticas onde o fisioterapeuta desenvolve suas atividades, tais como hospitais, clínicas, APAES, centros de reabilitação, laboratórios de especialidades, clubes, CAPS, asilos, escolas, clubes, empresas, PSF, UBS, dentre outros. Em se tratado do campo da Atenção Básica, apenas um dos cursos não dispõe ainda deste lócus

de práticas, o que, segundo o colaborador, será por pouco tempo em virtude de a instituição recentemente ter sido contemplada com o Pró Saúde II.

Mesmo não conhecendo as atividades desenvolvidas em cada local é possível identificar que a diversidade dos cenários de práticas vem se agregando ao processo de ensino numa perspectiva de abertura das IES, aderindo a práticas em ambulatórios, na comunidade, nos domicílios e em outros locais. Este fato aponta para uma diferença em relação ao Modelo Hegemônico de formação em saúde, centrado nos hospitais.

Os resultados encontrados divergem dos achados de Gallo (2005) que, estudando a fisioterapia no PSF em relação à atuação profissional e formação universitária, constatou que nos três cursos de fisioterapia existentes em Londrina havia o predomínio de campos de estágio em hospitais e ambulatórios no interior das IES e apenas um curso com inserção no PSF.

Entretanto, coincidem com o estudo de Stella et al., (2009) que investigou 28 escolas médicas brasileiras e constatou que a maioria se encontra num movimento de saída dos muros institucionais para proporcionar aos estudantes maior experiência nos diferentes setores de atenção à saúde.

Os diferentes cenários de inserção dos estudantes têm vindo ao encontro das propostas das Diretrizes Curriculares e do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde que compartilham o intuito “de incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença” (BRASIL, 2005, p. 17).

Analisando o discurso de *Tauari* é possível perceber que, conforme apareceu na maioria das entrevistas, parece existir uma preocupação, por parte dos cursos, em inserir os estudantes desde os primeiros semestres nos *lôcus* de atuação; o que coincide com as orientações contidas nas Diretrizes Curriculares. Parece que grande parte dos cursos está implicada não somente em demonstrar diferentes *lôcus* de prática, mas aproximar os estudantes da realidade social. O que contribui também para essa afirmação é o fato de parte dos cenários de práticas não estar restrito a locais pertencentes à IES, mas sim, a serviços públicos ou instituições privadas que prestam serviços ao setor público, existentes nas cidades ou nas regiões.

Ainda sobre o discurso apresentado por *Tauari* este apresenta uma diferença da maioria dos cursos entrevistados que merece uma reflexão mais aprofundada.

Tauari nos apresenta que o curso realiza uma inserção inicial em locais onde a Fisioterapia é mais tradicionalmente conhecida, como a clínica e o hospital; e posteriormente insere os estudantes nas comunidades, locais onde a maioria dos cursos estudados proporciona os primeiros contatos.

Esse assunto foi trazido no 8º Congresso da Rede Unida, ocorrido em maio de 2009 em Salvador, por mais de uma vez, chamando a atenção para o fato de responder às expectativas iniciais dos discentes que esperam freqüentar lugares onde podem conhecer atividades que tradicionalmente se relacionam com o núcleo da profissão e, por vezes, talvez tenham sido o motivo de sua entrada no curso. A idéia trazida é de atender a uma ansiedade dos alunos para a partir daí, sensibilizá-los para as outras necessidades de saúde, inclusive em outros *lócus* de atuação, que também fazem parte das habilidades e competências profissionais, neste caso, do fisioterapeuta.

Segundo Laura Feuwerker e Marilda Siriani de Oliveira, respectivamente debatedora e facilitadora de dois momentos distintos ocorridos no evento da Rede UNIDA, esta tem sido uma estratégia importante para demonstrar que as tecnologias que envolvem os encontros, os diálogos, os vínculos, a alteridade, dentre outros atributos, devem estar presentes em todos os contextos de atenção à saúde e não somente, ou de forma mais intensa, no contexto da Atenção Básica (informação verbal⁸). Conforme ambas, esta práxis possivelmente passa a se tornar mais facilmente incorporada pelos alunos, já que esses a iniciam em um lugar que, comumente e inicialmente, para eles tem maior significado do que o campo da Atenção Básica.

Creio que qualquer estratégia seja válida se houver no docente a preocupação em disparar no estudante um significado que contemple a dimensão das ações do cuidado. No entanto, considero interessante esse olhar que busca conciliar os objetivos da formação com as expectativas do estudante, de certa forma, levando em consideração o tempo do estudante, que inicialmente pode encontrar-se ainda um pouco imaturo; ao mesmo tempo que, independente do cenário de práticas, vai projetando valores amarrados à produção de significados que deseja introjetar.

⁸ Em roda de conversa e oficina realizadas no 8º Congresso Nacional da Rede Unida, no Centro de Convenções da Bahia, de 06 a 09 de maio de 2009.

Outra questão em relação aos cenários de práticas diz respeito a algumas evidências que os alunos apresentam ao iniciarem o estágio foi observada por *Tauari*.

Quando o aluno faz... até o 5º, ele vem com toda essa formação, quando ele começa a atender, atender o atendimento mesmo, que ele acaba fazendo a reabilitação, por mais que a gente mantenha a questão da promoção da educação, ele parece que esquece. E há também assim, nos últimos semestres, o aluno começa a escolher a sua... a delinear a sua formação assim, então no último a gente tem um espaço que são estágios em ginecologia e obstetrícia e um espaço de atendimento em infecto, além de toda a formação básica da neuro, da traumato, tem esses dois momentos e a gente vê direitinho que o aluno, se ele não gosta, ele já não faz... ele faz aquilo ali porque é complemento da formação, mas ele não faz por bem. Então acho que são 2 pontos bem importante, o meio do curso quando ele faz essa... não liga bem e há o final que ele já tem a sua... acha que já está formado que já tem a sua especialidade. *Tauari*

Aqui aparecem duas quebras na formação, uma por volta do sexto semestre, no momento em que os estudantes se inserem em cenários que envolvem o atendimento fisioterapêutico; e outra, próximo ao final da formação, quando o estudante já conheceu as várias possibilidades de atuação da profissão e tende a optar por uma especialidade.

Em uma análise mais ampla, poderíamos dizer que a maneira como a formação é conduzida, tanto em disciplinas divididas por especialidade, quanto em estágios também assim divididos (traços do modelo flexneriano) de certa forma sustenta tal postura por parte dos estudantes, na medida em que a IES traz incorporadas essas características de um modelo disciplinar de ensino, muitas vezes mesmo sem ter a intenção de transmiti-las aos estudantes.

Outro exemplo que provavelmente mantém o discurso hegemônico dominante pode ser visto na forma como os cursos lidam com a questão das complexidades que fazem parte dos serviços de saúde.

Nos serviços de saúde percebemos a existência de uma hierarquia determinada por complexidades que dizem respeito a tecnologias e custos. São denominados serviços de alta complexidade pelo Ministério da Saúde aqueles que apresentam uma dependência direta de tecnologias duras e envolvem altos custos, tais como diálise e quimioterapia (BRASIL, 2009). Os serviços de média complexidade “compõem-se por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico” (BRASIL, 2009, p. 207). Os serviços de média

complexidade envolvem menos custos do que os de alta complexidade e se baseiam na utilização de tecnologias leve-duras. Já os serviços de Atenção Básica “utilizam tecnologias de baixa densidade e elevada complexidade” que se traduzem, em outras palavras, como de menor custo (BRASIL, 2009, p. 44). Os serviços de Atenção Básica são complexos, não no sentido da utilização de instrumentos e/ou medicamentos, mas porque envolvem de forma essencial o domínio de habilidades que permitam lidar com a dimensão dos problemas de saúde/doença de cada ser humano.

Percebemos que os conceitos que buscam definir cada nível de complexidade sugerem certo equívoco quando ora falam de tecnologias duras referindo-se à “alta complexidade”, ora falam das tecnologias leves como “elevada complexidade”, sem estabelecer maiores distinções. Tal equívoco apresenta relação com o que Franco (2004) nos refere a seguir. De acordo com o autor formou-se nos serviços de saúde, entre trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas. O imaginário presente acaba por favorecer a desqualificação das ações realizadas na Atenção Básica e conseqüentemente as disciplinas básicas, na medida em que remetem a ela(s) pouca complexidade.

Conforme Luz (1988) as ciências físicas (onde cabem os exemplos da reabilitação na fisioterapia e dos serviços de “alta e média complexidade” onde a fisioterapia predomina historicamente) enraizadas no modelo mecanicista compõem o traço básico da sociedade moderna; desqualificando todos os outros sistemas de expressão de verdades, como a cultura, o social, a filosofia (neste caso, as disciplinas básicas e o campo de atuação da Atenção Básica).

Permanece dominante na maioria das disciplinas, sobretudo no ramo das ciências que envolvem a biologia e a medicina, a tendência a decompor o objeto em elementos, a compará-los por uma operação analítica, e a ordená-los numa totalidade racional e hierarquicamente montada. Sob essa óptica, os conteúdos das disciplinas básicas, da sociologia, da filosofia, da antropologia, bem como o campo da ABS, tendem a se tornar menos interessantes. Para Luz (1988) a apreciação negativa da racionalidade moderna é a perda real de significados e da possibilidade de apreensão holística do homem, sua vida e suas relações.

Em meio ao movimento a favor de uma formação voltada para a realidade, no intuito de resgatar o que Luz (1988) nos aponta como a visão holística do homem,

cabe questionarmos: que estratégias têm sido utilizadas pelos cursos para lidar com tal questão?

O contexto da Atenção Básica em Saúde

Nota-se que na maior parte dos cursos a Atenção Básica em Saúde é o que tem permitido uma abertura da Fisioterapia para as atividades que extrapolam a reabilitação. O discurso de *Angelim* que segue abaixo refere que a ABS deu “uma guinada no curso”.

Essa formação comunitária é um forte alicerce, o cunho reabilitador é forte no curso, tanto que a gente ainda não tem uma estrutura tão modular como a maioria dos cursos novos de Fisioterapia tem. A gente ainda tem uma formação mais tecnicista, mais voltada ao assistencialismo, embora a gente tenha uma área de estágio, hoje forte que deu uma... uma guinada, vamos dizer assim no curso, bem interessante de uns tempos pra cá, que foi o estágio na Saúde Coletiva, onde a gente mudou algumas formas de trabalhar. Embora ele fosse mais tecnicista, ele tem uma forma mais integradora que os ESF, Os ESF começaram a ver de forma muito salutar essa participação da Fisioterapia lá no... no bairro, necessariamente. E aí, automaticamente, pela própria necessidade que o bairro tinha, a gente começou a agregar coisas de cunho mais integrador. Então a gente não é mais só um fisioterapeuta reabilitando a D. Mariazinha lá do bairro com uma doença de Parkinson, por exemplo. *Angelim*

É possível percebermos que o estágio em Saúde Coletiva proporcionou uma abertura para perspectivas que sugerem uma ampliação do olhar tanto relacionado às questões sociais quanto à diversidade de possibilidades de ação do fisioterapeuta. As evidências condizem com afirmações de Carvalho e Ceccim (2006, p.138) que destacam a Saúde Coletiva como “espaço necessariamente interessado e privilegiado para a discussão da relevância social e do seu reencontro com o caráter técnico e científico da formação dos profissionais de saúde.”

Em especial este discurso aponta certa desapropriação por parte do coordenador em relação ao termo ESF, utilizado por mais de uma vez no gênero masculino, quando sabemos que se trata de uma estratégia. Tal sinalização nos remete a alguns questionamentos. Será que a apropriação ou a desapropriação do gestor em relação ao campo de práticas é capaz de interferir nas aproximações entre ensino e serviço? Que reflexos tal constatação pode surtir no processo da formação?

O ingresso dos alunos nos cenários de prática da ABS acontece já desde os primeiros semestres, na sua maioria em comunidades onde existe o Programa de Saúde da Família, a partir de uma parceria com os municípios. Nestes casos

percebe-se a existência de lacunas entre ensino e serviço, e de relações ainda desintegradas.

Olha, eu te diria até que é uma coisa que, não diretamente, é um problema do curso, mas é um problema do sistema, que é a integração ensino e serviço. Jatobá

Os problemas de afinamento entre ensino e serviço reúnem as dificuldades de compreensão do papel do fisioterapeuta na ABS existentes no âmbito do ensino aos problemas existentes nos serviços. Neste sentido os problemas existentes no sistema acabam se tornando um fator que potencializa o enfraquecimento da formação dos estudantes; o que possivelmente dificulta suas vivências práticas e sua compreensão sobre questões importantes para uma atuação de qualidade no serviço, tais como o funcionamento da intersectorialidade, das linhas e redes de cuidado, do trabalho inter/transdisciplinar, a compreensão da ABS na instância do SUS como parte de um sistema ampliado, dentre outros; pois os alunos acabam esbarrando nas dificuldades e deixando de conhecer essas questões.

Os discursos abaixo revelam exemplos de dissonância entre ensino, serviço e gestão, comumente encontradas nas entrevistas:

[...] acontece muito assim de ter, por exemplo, o paciente vem, é feita uma avaliação em que são respeitados todos os princípios, o paciente é avaliado na secretaria, muitas vezes a gente já tem alta para este paciente, ele é reavaliado, reencaminhado coisas assim de problemas, muitas vezes de diálogo com o sistema. [...] as ambulâncias a gente tem problema então o transporte, o acesso do paciente, muitas vezes, é dificultoso, bem dificultoso. *Tauari*

Quando você vai para as unidades básicas, por exemplo, é uma grande dificuldade os profissionais do serviço aceitarem uma mudança na sua rotina. É sempre uma invasão para eles, ainda não conseguiram. Na verdade, acho que eles não foram preparados, acho que como nós não fomos muito bem preparados para isso, eles também não. Então há este hiato ainda, entre o ensino e o serviço, entre a instituição e o serviço. Jatobá

De forma um pouco mais acentuada *Itaúba* tece suas considerações:

[...] a estrutura da estratégia da saúde da família nasceu falida... Porque ela não contempla a possibilidade de uma visão multiprofissional... de eu ter a visão da integralidade ... sem os demais membros constituintes... então, vem depois esse remendo que é o NASF[...] *Itaúba*

É possível identificarmos um posicionamento político ideológico interessante do coordenador. Ao mesmo tempo em que o curso de Fisioterapia dessa IES estrutura-se na ABS, o coordenador demonstra sua crítica negativa a essas estratégias governamentais, que pela forma como são constituídas privilegiam algumas profissões em detrimento de outras, vindo de encontro aos resultados de uma atenção em saúde orientada pelo princípio da integralidade.

Mesmo com as dificuldades apresentadas alguns coordenadores relataram que há inúmeros pontos positivos que devem ser considerados nesse cenário de práticas, e que as dificuldades também são muito válidas para promover reflexões sobre o papel social dos fisioterapeutas, o que passa a ser despertado a partir das vivências experienciadas.

As coisas que eu acho que não estão corretas, eu não pratico. Então eu discuto, posso refletir e posso discutir... Mas eu acho muito válido como uma experiência de vida, ele vai saber quem é o sujeito que procura, como ele chega até ali, quais as dificuldades que tem, como as pessoas que trabalham ali vivem, como elas sofrem enquanto pessoas, como cidadãos que muitas vezes se debatem com o próprio sistema, mas estão inseridos no sistema. Então, uma série de coisas que é uma vivência que só acrescenta. *Jatobá*

Tal referência é complementada pelo discurso abaixo, trazido por outro coordenador, que remonta o papel do docente como formador:

[...] Então assim, a dificuldade, ela está presente, mas eu acho que a dificuldade, ela se coloca como um desafio, a dificuldade não pode ser algo que imobiliza, ela tem que ser transposta e para isso tem que ser uma coisa coletiva, a discussão, o aluno, o professor [...] *Jacarandá*

O fisioterapeuta na Atenção Básica em Saúde

A maioria dos municípios onde os cursos estão situados não conta com a presença do fisioterapeuta na estratégia de saúde da família. Dos seis cursos que fizeram parte da pesquisa, apenas um apresenta fisioterapeutas inseridos na ABS.

Tem ESF? Tem, mas o fisioterapeuta não está inserido. *Angico*

Aqui a gente tem muita dificuldade porque não existe fisioterapeuta contratado pela prefeitura. *Tauari*

Isso aparece muito na questão dos alunos "ah, professora tudo bem, a gente está lá, a gente está fazendo o estágio, puxa vida, mas o tempo que a gente está lá a gente não viu abrir nenhum concurso, a gente não viu ninguém ser chamado, como é? Estão contratando o quê? Daqui a pouco eu vou ser um fisioterapeuta formado e de repente eu vou querer ter a oportunidade de voltar para aquele local onde eu fiz estágio, não mais como estagiário, mas como fisioterapeuta", e ai não acontece. *Jacarandá*

A ausência de fisioterapeutas na ABS é vista de forma negativa pelos coordenadores, docentes e estudantes. Além de as ações do fisioterapeuta na Saúde Coletiva quase sempre serem uma novidade aos estudantes, existe a ausência dos profissionais nestes serviços e os estudantes provavelmente acabam tendo uma visão fragmentada e muitas vezes limitada das possibilidades de ação do fisioterapeuta nesse espaço, pois os docentes que os acompanham no estágio

também não fazem parte daquele serviço, o que favorece o seu desconhecimento sobre a dimensão do funcionamento da equipe de saúde e das comunidades em questão.

A presença dos estudantes no campo da Atenção Básica é fruto de uma parceria entre ensino e serviço que, conforme refere Jacarandá num discurso que ilustra também a idéia de grande parte dos outros coordenadores, apresenta alguns interesses em destaque.

[...] muitas instituições nos viam como serviço para tentar suprir aquilo que o Estado, ou enfim, que os profissionais que deveriam ser contratados não estavam ali. *Jacarandá*

A chegada dos NASF e sua orientação para a inserção de fisioterapeutas na Saúde Coletiva ainda não evidenciou uma mudança de postura por parte dos gestores do âmbito da saúde. Mesmo com a reivindicação dos profissionais:

[...] a gente ficou sabendo da finalização do NASF ... fomos lá levantar a bandeira e dizer: "Mas cadê o profissional de Fisioterapia dentro do projeto de vocês?" E aí a gente reivindicou... mas eles acharam mais importante naquele momento colocar um educador físico... Por que isso? Porque ... o nosso estágio de Saúde Coletiva estava dando tão bem o suprimento já em vários PSF na região que... por que mudar? *Angelim*

Foi possível perceber nas falas de alguns coordenadores que é perceptível o interesse por parte dos gestores dos serviços de saúde em se ter estudantes do curso de fisioterapia nos campos de estágio em Atenção Básica, pois estes, mesmo que de forma mais restrita atendem a uma demanda da população que necessita de atendimento fisioterapêutico. Em contrapartida, conforme os coordenadores entrevistados, o interesse em incluir profissionais de fisioterapia fixos nestes serviços parece reduzido ou inexistente.

Esta não deve ser uma realidade somente dos cursos aqui estudados, pois, Gasparetto (2008), em sua dissertação sobre a promoção da saúde na prática educacional de fisioterapeutas docentes dos cursos de fisioterapia entrevistou docentes de 23 cursos do Rio Grande do Sul, constatou que os fisioterapeutas encontram dificuldades para se inserir nos PSF e UBS.

Conforme Almeida (2008), os fisioterapeutas apresentam um distanciamento dos serviços públicos de saúde. Segundo o autor, conforme dados disponibilizados pelo CREFITO 3 somente no Estado de São Paulo 70,5% dos fisioterapeutas estão no setor privado. A atual conjuntura retrata que o lugar social do fisioterapeuta se identifica com o ideário liberal privatista (ALMEIDA, 2008).

Para mudanças nessa realidade compartilho com o relato do autor o qual traz que o fisioterapeuta deve ter claro o seu papel na ABS para assim, confirmar à sociedade, aos gestores e a outros trabalhadores de saúde o potencial de sua contribuição neste setor. Além disso, compreendo que esta deve ser uma busca coletiva, onde profissionais da saúde, estudantes, gestores do ensino e do serviço e representantes da população dialoguem e estabeleçam estratégias para fazer valer a garantia da saúde integral como direito social.

Se por um lado há escolas e cursos que fazem o deslocamento do foco da atenção para a ABS buscando inserção e olhando-a como um aspecto positivo, por outro percebo que há ainda discursos que evidenciam um imaginário da APS e do SUS atrelado à caridade. Em algumas falas senti que implicitamente é alimentado o discurso que paira na sociedade e na mídia, de que o SUS é um serviço gratuito, oferecido a pessoas de baixa renda que não tem condições de adquirir um plano de saúde (DIÁRIO DE CAMPO, 17/04/09).

A amplitude que as ações do SUS atinge, como por exemplo, os setores de epidemiologia, de vigilância sanitária; bem como a relação intrínseca dos serviços privados de saúde com o SUS, parecem ainda estar distantes dos discursos.

Em se tratando de discursos de coordenadores de cursos e docentes, que ocupam um lugar de formadores de opinião, pergunto-me até que ponto o discurso subentendido pode influenciar o imaginário dos estudantes e que conseqüências isso pode refletir na formação?

Janelas se abrindo para o horizonte... algumas paisagens que se pode ver - o âmbito das relações

A temática da humanização

Com freqüência encontramos os termos “humano, humanizado” nos discursos dos coordenadores; o que se aproxima do intento de potencializar singularidades e subjetividades, valorizando as tecnologias mais relacionais e abrindo espaços dados pelos atos de fala, escuta, olhares, em que os sentidos são instigados a operar junto com os saberes (MERHY, 2005; FRANCO, 2006). Tal preocupação acende os

valores humanos e a alteridade, impactando positivamente o grau de resolutividade das ações de assistência e de cuidado.

[...] Acho que a caracterização de uma atenção integral, eu acho que se dá desde o trabalho humanizado, né? [...] a gente procura dentro das habilidades e competências desenvolver seu lado profissional no sentido técnico, a questão da ética, dentro da Universidade, é uma Universidade religiosa, o eixo de formação humana, ele é forte, então ele começa desde as disciplinas religiosas, ele tem... a gente tem disciplina de antropologia, de bioética, psicologia, sociologia, essa formação humanizada, ela vai ao longo de todo curso; então eu acho que é uma competência, a ética que é bem importante. Tauari

[...] por nós sermos uma instituição da Companhia de Jesus, uma instituição toda ela voltada pra essa questão da valorização do humano, essa questão do próximo, essa questão da pessoa que é muito forte... [...] desde o 1º semestre dentro da sala de aula nós procuramos com que os professores tenham esses... essas atitudes humanas em relação aos alunos, que eles tenham essas atitudes humanas entre eles, já porque eu acho que humano é uma questão de oportunidade e de prática e de exemplo e não de ter-se. Então a gente tem o curso voltado também muito para a questão da espiritualidade[...] Itaúba

As falas manifestam a tentativa de trazer esses valores de forma horizontal no decorrer do curso em todas as disciplinas, e nos campos de prática, o que tem sido assunto freqüente nas reuniões de colegiado dos cursos. Conforme Franco (2006, p. 01), nos processos de trabalho em saúde os colegiados tem configurado uma certa micropolítica, entendida como “o agir cotidiano dos sujeitos na relação entre si e no cenário em que ele se encontra”. Dessa forma, podemos considerar que também na educação em saúde os colegiados podem ser considerados eficazes para a condução do projeto, no sentido deste transformar-se em uma micro rede no interior da organização.

O segundo recorte traz ainda o contexto da sala de aula como um espaço importante para se estabelecer laços de boas relações entre os alunos e os docentes, referindo que essa é uma questão de oportunidade, de prática e de exemplo que deve ter início desde as relações que se dão no interior da sala de aula.

Em outra ocasião, o mesmo coordenador traz uma preocupação que o curso tem tido na elaboração do novo currículo. Trabalhar questões que emergem dos alunos, que se relacionam a demandas pessoais e emocionais dos estudantes como situações de sofrimento e de morte que, segundo o coordenador “... impactam muito neles, no grupo e que aquilo ali serve, como eu te disse, grande motivador de tudo isso é a transcendência”, tem sido um foco de atenção do curso. Tal colocação aponta a inclusão, no currículo, de assuntos que emergem da subjetividade e dos sentimentos dos estudantes diante de situações enfrentadas no cotidiano das

práticas em saúde. O olhar atento a essas necessidades ilustra que o curso oferece uma formação que aqui podemos chamar de humanizada, pois sua centralidade não está restrita ao conteúdo técnico da fisioterapia. Pelo contrário, oferece uma abertura para o diálogo e a escuta de forma que foca-se nas necessidades do estudante, acolhendo e buscando suprir suas demandas pessoais que só podem ser evidenciadas quando existe uma abertura do docente para a alteridade, o que se faz fundamental no processo de formação.

Essa necessidade é vista como potencialidade para a transcendência, traduzida pelo coordenador como “ir além”, algo que possibilita novas leituras aos modos de andar a vida.

Os discursos que trazem à tona a humanização ilustram uma tendência de inclusão de alguns princípios da integralidade. A questão da integralidade nas relações aparece fortemente vinculada às características religiosas das IES, como se fosse uma bandeira de luta. A vocação para a humanização, segundo Freire (2008) é marca do ser humano que se expressa na própria busca do ser mais, é a razão de ser da existência humana e o impulso prático a partir do qual nos humanizamos por sermos capazes de construir novos sentidos e formas de viver no mundo (ZITKOSKI, 2008). Nesse sentido, buscar aproximar os valores humanos na formação de fisioterapeutas condiz com uma formação centralizada no usuário do fazer do fisioterapeuta comprometida com a ética e a responsabilidade social.

As oportunidades de diálogo com os usuários e os espaços de prática no interior das comunidades também são trazidos como fatores que propiciam a humanização das relações. O fato de propiciar a imersão dos alunos no contexto de vida dos usuários favorece o sentido de fazê-los sentir-se envolvidos por aquele contexto, ao invés de apenas meros conhecedores e aplicadores de técnicas.

Olha, eu acho que alguns... algumas buscas nossas foram colocar dentro de uma participação mais ativa dos alunos, eles em contato com a realidade do sistema, com a realidade local também da cidade, da realidade do curso. Então, essas discussões facilitam para que eles busquem uma formação dentro dessa... desse perfil que a gente quer. Então é na sala de aula, é nas experiências de campo que a gente está tentando dar a eles uma visão da integralidade. [...] A gente constrói essas habilidades buscando uma formação mais cidadã. nossa idéia é que ele não tenha mais um estojinho de métodos e técnicas. *Jatobá*

Dois coordenadores que enfocaram a ida à campo como fator potencializador de uma formação usuário centrada e de acordo com o âmbito do SUS e da integralidade apontam feedbacks positivos dessa formação.

[...] durante o período de ensino serviço nós começamos a ter feedbacks tanto do usuário, do sujeito que nós atendemos, quanto de profissionais que passam a ser envolver com essas preceptorias nos nossos estágios que já demonstraram assim que nós estávamos atingindo tanto tecnicamente como na questão do humano, aquilo que nós traçamos para o nosso perfil. *Itaúba*

[...] os nossos alunos, eles entram “patricinha” e muitas vezes saem humanizados, é legal de ver a evolução. *Tauari*

A figura do docente mais uma vez entra em cena como fundamental no despertar das tecnologias que envolvem as relações humanas, independente da disciplina ministrada. Conforme é dito na fala abaixo:

[...] por isso que eu te digo, não é a característica da disciplina em si que vai favorece ou não, são as pessoas, é o grupo né de como ele trava essas... essas relações que podem ser extremamente duras, técnicas, científicas ou podem ser extremamente humanas. [...] Então é muito difícil, agora a gente tem alguns profissionais que tu vê assim que como pessoa são mais abertos, são mais humanos, eles são mais espiritualizados, então esse tem muito mais facilidade de ter essa apreensão de alguns valores, de alguns conceitos, de algumas condutas que faz representar essa forma na pessoa dele perante os alunos e perante o usuário. *Itaúba*

Eu acredito assim muito do estímulo que os professores do curso dão para o aluno. [...] a humanização de tratamento (dos docentes). *Angelim*

O primeiro discurso nos permite perceber que, segundo o coordenador, existe certa dificuldade em fazer incorporar por parte dos docentes esses preceitos de cuidado humanizado. Segundo ele, há uma abertura maior por parte de alguns docentes e profissionais, o que é referido como uma característica mais pessoal do que advinda de sua formação profissional.

Outro tipo de manifestação de abertura para a integralidade é ilustrada na narração que segue adiante. É interessante perceber a forma como os espaços micropolíticos são explorados por alguns docentes no sentido de potencializar um olhar reflexivo dos alunos em relação a acontecimentos cotidianos vivenciados na vida real e trazidos para a sala de aula. O trecho abaixo reflete uma experiência que se mostrou bastante significativa para o coordenador tanto no âmbito pessoal quanto profissionalmente como docente:

[...] eu aprendi que sem escutar você não consegue contemplar todas as coisas. Então integral é olhar para o sujeito como uma vida, como um sujeito dono da sua história, dono da sua vida. Sabe que eu tive uma lição de vida e eu aproveitei... foi em sala de aula... foi a turma do primeiro... primeiro semestre. Ela... a aluna era já formada, técnica de enfermagem, profissional e entrou no curso, e aí um dia nós discutíamos algumas coisas que eles foram fazer uma visita numa vila das mais problemáticas da cidade, e aí eles acharam... os alunos começaram a tecer as suas impressões e eles presenciaram uma situação que o sujeito chegou com o curativo todo sujo e a enfermeira do local chamou a atenção: “Olha, mas como tu não cuida desse...” Foi uma situação constrangedora para a pessoa, e a pessoa estava sendo mostrada para todos aqueles alunos. E aí a moça disse... essa aluna disse assim:

— “Mas professor ninguém perguntou para ele de onde ele veio?” “Como ele veio?” “Por onde ele pisou para chegar até aqui?” “Porque ele não ia botar o pé numa poça de água, de água suja para fazer isso, nem perguntaram, ignorou quem é a pessoa e olhou só para o pé.” E eu fiquei pensando: mas que exemplo! Que exemplo! Mas ela já tinha... já vivia a saúde há mais tempo como técnica de enfermagem. Mas tem muitas pessoas que não olham para isso, então eu achei muito interessante para deixar a turma ver, que nós não podemos olhar para um único lugar e desprezar o resto todo. *Jatobá*

A experiência relatada no discurso demonstra como a história foi significativa para este docente, os sentimentos que ela aflorou nele e a oportunidade que ele percebeu para transcender aos alunos. Neste caso é possível identificar que o fato relatado pela aluna provocou o deslocamento do docente, que segundo Foucault (1994) desloca o sujeito de si fazendo com que ele se permita experimentar a subjetivação e se perceba transformado no seu ser e estar, modificando, criando uma diferença em si. Quanto à forma como a oportunidade foi aproveitada pelo professor no sentido de extrapolar aos alunos esta aponta a captura da integralidade como um dispositivo de reflexão para a práxis da transformação da realidade por parte dos alunos no sentido de, diante de uma história real, contribuir para sua sensibilização à compreensão dos processos de organização da vida. Percebo que ao narrar tal experiência o olhar do docente deixa transparecer um sentimento de afecto e emoção, o que confere verdade à sua fala (DIÁRIO DE CAMPO, 24/04/09).

Interessante também é perceber que esse mesmo docente se coloca como um aprendiz das tecnologias leves ao afirmar o reconhecimento da importância da escuta, o que refletiu positivamente na ampliação do seu olhar acerca da integralidade quando ele refere que integral “é olhar para o sujeito como uma vida, como um sujeito dono da sua história” e principalmente na sua práxis docente.

A partir de suas experiências pessoais, significativas para si, com a integralidade o docente emite sua opinião sobre a incorporação dessas habilidades e competências na formação no contexto da área da saúde. Sugere a desvinculação de métodos e técnicas para incluir assuntos ligados à humanização, pois como ele próprio exprime: “essa é a era da pessoa”.

E você precisaria ter uma escuta aprimorada para fazer isso. Eu acho que é isso que nós precisamos buscar na... em todas as áreas da saúde. [...] nós temos que nos desvincular um pouquinho de uma discussão estreita sobre métodos e técnicas. Tu tens que incluir a ética, tu tens que incluir a bioética, tu tens que incluir outras discussões que envolvem comportamento porque essa é a era da pessoa, e o profissional não vai mais encontrar espaço muito fértil para só isso. Então ele tem que discutir, tem que falar de outras coisas, tem que saber de outras coisas. *Jatobá*

Jatobá refere que o fato de ter realizado uma pós - graduação na área da psicologia contribuiu para ampliar seu olhar em direção aos aspectos ligados às relações no âmbito da formação, o que podemos perceber como positivo tanto para as experiências pessoais do docente quanto para o processo de formação dos estudantes.

Ainda dentro da temática da humanização, na *casa de Angelim*, após o término de nossa conversa que aconteceu na sala da coordenação, caminhando pelos corredores avistei vários pôsteres que traziam experiências acadêmicas dos estudantes. Chamou-me a atenção os vários trabalhos que traziam o cenário da Saúde Coletiva, dentre os quais destaco: “*Relato de experiência e vivência na APS*”; “*ver SUS: um caminho de transformação*”; “*vivências em educação popular em saúde*”, “*inserção em um programa de humanização do acolhimento*”, dentre outros. Em meio aos trabalhos, avistei um cartaz escrito à mão em papel pardo, com os seguintes dizeres:

Aos nossos pacientes e amigos a nossa eterna gratidão pelo carinho e confiança depositados em nós. Aos nossos mestres, obrigado pelos ensinamentos, amizade e aposta neste grupo. Vocês ficarão para sempre guardados em nossos corações. Turma 2008/3 noite

Naquele momento, as palavras escritas naquele simples cartaz fizeram-me sentir que deste espaço emergiram *afectos* que, para além de conhecimentos técnico – científicos, ficarão marcados de forma singular em cada um destes alunos, que, ao que parecem estavam se despedindo do curso rumo à vida profissional (DIÁRIO DE CAMPO, 11/03/09).

O Agente Comunitário de Saúde como potencializador da formação na Atenção Básica em Saúde

A comunidade é predominantemente evidenciada pelos entrevistados como alguém que faz uso dos serviços por necessidade. Porém, sua potência como controle social ainda demonstra pouca visibilidade nos discursos. O que desponta em um dos discursos é a expectativa depositada na figura dos ACS como potencializadores do processo de formação dos fisioterapeutas.

Porque nós queríamos trabalhar na exata medida do agente comunitário. Porque ele é parte integrante da comunidade, ele é usuário, ele conhece a realidade da sua comunidade e é parte do sistema para atender essa comunidade. Então não tem alguém que tenha uma visão tão ampla e tão profunda da estratégia como o agente comunitário. [...] Então isso estrategicamente, para mim é fantástico, ele deu

para o nosso aluno uma potencialidade muito grande, porque quando ele vai para a clinica ele não fica só em sinais e sintomas, quando ele vai para o hospital ele não fica só em sinais e sintomas, ele quer saber quem é esse sujeito, da onde ele vem, quem é a família dele, quem é a pessoa mais próxima, qual é a história dessa pessoa. Então assim, aquela experiência ali é uma experiência muito, muito forte para o nosso aluno. *Itaúba*

O discurso de *Itaúba* vislumbra o agente comunitário de saúde como peça chave para o aprendizado dos estudantes. É interessante ressaltar que, com orgulho, o coordenador refere que essa foi uma escolha do curso “optamos de não entrar embora sejamos convidados, para estas unidades maiores de saúde que tem esses centros clínicos que eles acabam montando, multiprofissionais, nós optamos pela estratégia...”

Com destaque especial facilmente identificado no discurso, o coordenador traz o agente comunitário de saúde como uma figura repleta de possibilidades, integrante da comunidade, usuário do sistema de saúde, conhecedor da realidade da sua comunidade, além de trabalhador do sistema de saúde para ativar a produção de significados, afectar e produzir diferença nos estudantes.

Conforme referido pelo coordenador, o contato entre o ACS e os estudantes facilitou o vínculo entre os alunos e os usuários e gerou significados e subjetividades que surtiram efeito em outros locais de prática, mobilizando sensibilidades acerca da vida dos sujeitos com quem os estudantes estão se relacionando.

O coordenador apresentou uma aposta no ACS um pouco diferentes do que comumente podemos evidenciar. Com freqüência o Agente Comunitário de Saúde é referido como facilitador da aproximação entre a comunidade e a equipe de saúde (BORNSTEIN e STOTZ, 2008/2009; SEABRA et al., 2008; CORREIA, 2008). No entanto, é interessante quando a possibilidade de o ACS servir também de laço de ligação entre os que estão em processo de formação e a comunidade é trazida à tona. Em um estudo que buscou desvelar a vivência de uma equipe multiprofissional de residentes em saúde da família com o ACS, os residentes referiram que acompanhar as ações do ACS possibilitou-lhes perceber a relevância dos vínculos estabelecidos entre ambos e a comunidade, florescendo um trabalho conjunto na medida em que desvelam uma aproximação que aponta para diversas possibilidades (FREITAS, 2007).

Silva et al. (2008) referem que além de promover uma atenção à saúde baseada no acolhimento, o ACS desempenha a função de uma espécie de comunicador, que traduz informações que vão do universo científico ao popular e

vice-versa, ao mesmo tempo em que possibilita a construção de vínculos, de reorganização do trabalho em equipe, de ampliação do acesso aos serviços, de vigilância em saúde, de educação em saúde, e de empoderamento⁹ da comunidade. Nesta direção o ACS surge como um potencial exemplo que através das experiências compartilhadas com os alunos, desperta valores que agregam os sentidos da integralidade.

Uma fresta voltada para o horizonte - a integralidade nas práticas em saúde

Se antes era possível percebermos janelas abertas, agora avistamos o horizonte através de uma pequena abertura que permite uma visibilidade limitada.

Os fazeres nos cenários

Anteriormente conhecemos a diversidade dos cenários de prática oferecida pelos cursos de fisioterapia estudados. Aprofundando um pouco mais as análises buscamos uma compreensão acerca de alguns fazeres no interior destes cenários.

À luz da integralidade relacionada à articulação de ações de alcance promotor, preventivo e assistencial nos fazeres do fisioterapeuta busquei compreender se e como tem se manifestado a integralidade neste sentido nos *lócus* de prática do fisioterapeuta. A este respeito, vejamos os discursos de alguns dos coordenadores:

Olha, mesmo aqueles que estão na assistência, eles já olham para a questão da promoção e da prevenção, dentro do espaço de atuação deles, bem melhor, bem melhor. Eu diria que há uma valorização, teve um crescimento dessa valorização quase que na totalidade, não vou dizer a totalidade, não posso afirmar isso, mas o corpo docente é bastante consciente da importância. Eu acho que isso não é... não é uma coisa que tenha que ser isolada, ela tem que ser falada sempre, em todos os lugares, durante toda a formação. *Jatobá*

O que eles (docentes) fazem, a figura do cuidador, então eu vivo cobrando isso. Quem é o cuidador da tua família lá? Quais são as alterações que tu propuseste junto com a família toda pra facilitar e qualificar a vida desse sujeito que tu estás trabalhando. Então assim, eles têm muita dificuldade de permitir que os alunos ao fazerem reabilitação entrem nesses espaços de educação em saúde e prevenção. Então parece que as coisas ficam estanques. Eles já fizeram educação agora eles vão ter experiência de prevenção, agora de reabilitação. [...] Melhorou muito, eu tive uma mudança dos professores, então assim, hoje eu tenho um grupo que eu posso dizer assim que, pretensiosamente, assim em torno de 65 a 80% sabe 70%, 80% dos professores se incorporam a essa questão[...] *Itáuba*

⁹ Guareski (2008), baseado em Paulo Freire refere que empoderamento é um processo que emerge das interações sociais em que nós, os seres humanos, somos construídos e à medida que criticamente problematizamos a realidade, vamos nos conscientizando, o que nos dá poder para transformar as relações sociais.

Então, eu acho que há uma dificuldade, muitas vezes, de manter a relação, das disciplinas mais especializadas, vamos dizer assim, da reabilitação, com as disciplinas que mantêm o foco da condição em saúde. Essa é uma dificuldade que eu vejo bem importante, por mais que a gente agregue professores, trabalhe em conjunto, muitas vezes um professor nosso que está na UTI, ele tem dificuldade de falar em educação em saúde, a gente tenta, mas ele tem uma dificuldade bem importante. *Tauari*

Os discursos revelam que tem havido uma valorização da incorporação de novas tecnologias de cuidado por parte dos docentes. Parece que essa é uma atitude que tem ocorrido não somente no campo da Saúde Coletiva, mas também em alguns espaços consagrados de reabilitação, onde comumente, em virtude da gênese da profissão e das características que até então compunham a formação em saúde, há certo estranhamento perante as ações de prevenção e promoção. O fato de estar havendo uma mudança na consciência docente evidencia o esforço realizado pela instituição, no sentido de sensibilizar seus docentes.

Os discursos ilustram que há ainda dificuldade de se estabelecer um elo entre ações de promoção e prevenção e ações curativas por parte dos docentes, parecendo que a doença e suas seqüelas ainda são o ponto central do enfoque das ações em saúde. *Itaúba* assume uma postura questionadora perante os docentes em relação às atitudes tomadas e os chama para refletir a importância do cuidador e as necessidades e possibilidades de incorporação de novas tecnologias diante da situação que se apresenta. Ao mesmo tempo em que o coordenador demonstra um papel político e incentivador diante dos docentes, ele considera a presença de dificuldades de unificação e incorporação dessas atitudes por parte do grupo.

Os discursos contidos nas entrevistas permitem-nos tecer a idéia de que essa é uma preocupação dos cursos, presente nos momentos de debate entre docentes de diferentes áreas de atuação, principalmente nas reuniões de colegiado gestor.

A busca pela superação do modelo de gestão e de atenção à saúde individual, fragmentado, curativo, hospitalocêntrica caracterizada pela Atenção Integral em Saúde e a definição de novos princípios defendidos desde o Movimento da Reforma Sanitária até os preceitos da Constituição Federal e Leis que orientam a formação em saúde vem mobilizando teórica e politicamente os conceitos independentes de Atenção Primária, Secundária e Terciária em Saúde.

Nos cenários que envolvem as necessidades de saúde, conforme Merhy (2000) existem quatro diferentes modos básicos para se produzir saúde, os quais se

relacionam com: padrões saudáveis de existência; promoção à saúde, prevenção de enfermidades e morte; clínica e reabilitação; e atendimento de urgência e de emergência. Segundo o autor não existem limites entre eles, pois,

Todos utilizam práticas de promoção e de prevenção, ações clínicas de reabilitação e de cuidados. O que varia é a ênfase com que são utilizados. Assim, a clínica vale-se predominantemente de práticas de atenção ao indivíduo, ainda quando a clínica, para ganhar em eficácia, necessita incorporar o social e o subjetivo e operar com algumas práticas de prevenção e de promoção à saúde. Do mesmo modo, é impossível praticar saúde pública sem o auxílio da clínica, pela atenção individual em programas coletivos ou vice-versa. No entanto, na vigilância à saúde (saúde pública) predominam práticas de promoção e de prevenção (MERHY, 2000, p. 227).

Considerando o complexo cenário das necessidades sociais que envolve a saúde, o cuidado se volta para as abordagens de promoção, prevenção e reabilitação de acordo com o conjunto de necessidades que cada indivíduo ou coletivo apresenta.

Nota-se que a atenção à saúde apresenta-se ainda, predominantemente, separada em partes desvinculadas uma da outra: divididas entre a reabilitação, a prevenção e a promoção da saúde. Os discursos apontam que além de escolas, clubes e empresas, a prevenção de doenças e a promoção da saúde predominam nas comunidades, nos campos de estágio denominados Saúde Pública ou Saúde Coletiva, que dizem respeito ao Programa de Saúde da Família, Estratégia de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde.

Mesmo diante dessa realidade, os cursos de fisioterapia apresentam algum esboço e tentativa de articulação entre promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência e reabilitação, mas percebe-se o predomínio das ações curativas. Não se pode tecer um julgamento linear em virtude de que alguns parecem se mostrar mais e outros menos envolvidos com a integralidade da atenção. Contudo, existe uma preocupação que configura o direcionamento para a horizontalidade das ações no sentido de tornar o cuidado uma práxis, o que se traduz como um ponto positivo para a qualificação dos fisioterapeutas.

REFLEXÕES SOBRE A TRAJETÓRIA PERCORRIDA

Quando iniciei o percurso desta dissertação trouxe o poema da “*Minha Aldeia*”, de Fernando Pessoa, imaginando o que iria encontrar nas histórias relatadas pelos coordenadores sobre o processo de formação dos cursos. Presumia encontrar *casas* no interior de *aldeias* ou *idades*; cursos de fisioterapia em instituições de ensino que promovessem uma educação coerente com as necessidades da realidade social; e instituições que, limitadas ao seu entorno, desenvolvessem uma formação com foco em interesses particulares.

Na medida em que realizava as entrevistas fui percebendo que estava enganada, pois o que avistei dos cursos de fisioterapia é que não existiam nem *aldeias*, nem *idades*. Ambas encontravam-se misturadas e se confundiam, hora com características mais próximas de aldeias, hora com características que me faziam lembrar as cidades.

Deste cenário que encontrei, trago aqui algumas considerações sobre as práticas desenvolvidas no interior dos cursos de fisioterapia relatadas pelos coordenadores que considero possíveis entraves, e outras, dispositivos potencializadores para a implementação das Diretrizes Curriculares para os cursos.

Gostaria de reforçar que as Diretrizes Curriculares não foram trazidas nesta dissertação com a idéia de um ideal de formação a ser seguido, mas como um possível dispositivo para mudanças na formação em fisioterapia rumo à compreensão da saúde como produção social e à incorporação de uma práxis profissional coerente com as necessidades sociais dos cidadãos.

As narrativas dos coordenadores apontam certa convergência acerca da existência de mudanças recentes nos processos de formação, que parecem seguir o rumo de a uma aproximação entre a formação de fisioterapeutas e alguns ideários do SUS. Predominantemente os coordenadores referiram as diretrizes curriculares como um documento importante para esta orientação. Todavia, um olhar mais atento me permitiu vislumbrar que as diretrizes curriculares, ao mesmo tempo em que têm ganhado destaque, têm gerado diferentes interpretações. Os discursos sobre as práticas demonstraram que nem todos os envolvidos com a formação as compreendem, sentem-se parte, ou estão devidamente comprometidos com os novos rumos indicados pelas diretrizes.

Todos os discursos dos colaboradores apresentaram cenários de construção e reforma de Projetos Político Pedagógicos e Currículos calcados na diversidade de atores envolvidos com a formação: coordenadores, docentes, representantes de discentes, em alguns casos discentes egressos, além de instâncias de colegiado gestor e apoio pedagógico institucional, dentre outros. Mesmo sendo um espaço ocupado por diversos atores, os discursos dos coordenadores causaram a impressão de haver ainda um vazio em relação à participação da população e de representantes dos serviços de saúde nas instâncias de formação. Considero um avanço positivo o fato de haver certa pluralidade nas instâncias de decisão; entretanto, acredito que a presença de representantes do controle social e dos serviços de saúde ampliaria ainda mais essa diversidade, tendo em vista que reuniria diferentes perspectivas, aumentando a possibilidade de reflexões que conduzem a uma interferência ética e política nas questões que envolvem o ensino.

A organização dos cursos parece ainda encontrar-se muito apegada às formas tradicionais de ensino, centradas na figura do docente, na divisão de conteúdos por disciplinas, na dificuldade de comunicação entre as disciplinas e na dicotomia entre a teoria e a prática. Considero que este seja um fator que dificulte a incorporação de novas formas de compreender e lidar com a saúde, na medida em que tal estrutura privilegia a organização do conhecimento sob forma hierárquica e descontextualizada do cenário da vida real.

Uma das principais limitações aludidas pelo conjunto de coordenadores diz respeito às dificuldades de envolvimento dos docentes nos rumos sugeridos pelas Diretrizes Curriculares referindo-se às características da formação que constitui o corpo docente. A formação técnica foi apontada como fator que dificulta a compreensão dos docentes, além de uma formação para a práxis docente considerada frágil ou inexistente.

Percebendo as evidências que nos apontam experiências de ensino bastante interessantes ocorridas no interior de alguns cursos, desenvolvidas por docentes que apresentam predominantemente uma formação técnica mais enrijecida, temos que considerar que o que constitui um profissional de saúde e/ou docente nem sempre é fator determinante; na medida em que existe um conjunto de valores que o constituem social, ética, política, cultural, econômico, e psicologicamente; associados à sua maneira de ser e agir na sociedade.

Uma das instâncias que, conforme alguns coordenadores, têm contribuído para o debate e a proposição de estratégias em relação a esta questão é a ABENFISIO. A associação foi apresentada por metade dos coordenadores como uma referência que apóia a qualificação do corpo docente no sentido de ampliar seus horizontes em relação à docência, chamando os cursos à responsabilidade para esta capacitação. Neste sentido, percebi como alguns coordenadores de curso e docentes pareceram politicamente mais engajados e demonstraram ser mais participativos nestas instâncias do que outros, que ao que pareceu, não dispõem de representação de suas IES neste foro.

Em meio ao predomínio de características tradicionais nos cursos, alguns coordenadores apontaram e demonstraram que apostam em novas perspectivas em relação ao projeto político pedagógico e ao currículo que sugerem a abertura das grades curriculares. Sinais desta abertura foram ilustrados nos discursos através da ampliação da carga horária que possibilita vivências diferenciadas e mais intensas no decorrer do curso, da valorização de critérios subjetivos que condizem com um perfil agregador de valores na seleção dos docentes, dentre outros. Isto evidencia que a utilização da autonomia das IES tem considerado seu papel político e ético como instituição de ensino.

Outros fatores considerados positivos para uma formação coerente com a realidade social e que conseqüentemente potencializam a implementação das diretrizes curriculares dizem respeito às metodologias de ensino e aos cenários de práticas existentes no interior dos cursos. O surgimento de metodologias ativas de ensino vem sendo inserido aos poucos na maior parte dos cursos, por parte de algumas iniciativas que geralmente estão ligadas aos docentes do campo da Saúde Coletiva. A utilização de tais metodologias tem evidenciado uma aprendizagem dos estudantes mais reflexiva e significativa. Neste sentido, é interessante perceber como, mesmo em cursos com estruturas mais duras, novas metodologias de ensino vem apresentando resultados positivos; o que dá luz ao papel fundamental do docente dentro do curso como um ativador de processos.

A inserção de novos cenários de práticas na formação também se evidenciou de forma predominante nos cursos. A Atenção Básica em saúde foi o cenário de práticas mais destacado entre as falas dos coordenadores, que mesmo não estando presentes nestes locais manifestaram a existência de limitações relacionadas ao fato de ainda ser um campo incipiente e principalmente de os serviços não contarem

com a presença de fisioterapeutas nas equipes de saúde. Mesmo não havendo a presença de fisioterapeutas, a maioria dos cursos tem buscado inserir-se, descobrir e aproveitar a variedade de possibilidades de atuação dos fisioterapeutas neste campo, mostrando à população, aos serviços e a si próprios as contribuições que podem oferecer, ao mesmo tempo em que contribuem para o despertar do interesse dos futuros profissionais nesta área. Este não deixa de se caracterizar como um fator de tensionamento político por parte da profissão em busca da conquista de uma inserção profissional efetiva.

A descentralização de ambiente hospitalar para outros lugares como o campo da Saúde Coletiva é fator que contribui para mostrar aos estudantes que a saúde e a doença são conseqüências não só do adoecimento biológico; que ambas fazem parte da vida e estão imbricadas entre si no cotidiano; que a presença do fisioterapeuta como um agente de saúde – doença- cuidado- qualidade de vida se faz importante também nos espaços coletivos, tanto por suas características comuns aos profissionais de saúde de outras áreas, quanto por suas habilidades e competências restritas ao núcleo da profissão.

Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas na relação ensino- serviço, a diversidade dos cenários que se faz presente nos remete a pensar que os cursos de fisioterapia deram um passo adiante em direção à ampliação do olhar acerca da realidade social que os circunda. Cabe agora, por parte do ensino, do serviço, de suas gestões e do controle social conceber estratégias de aproximação (como por exemplo, participar efetivamente das Comissões de Integração Ensino - Serviço em Saúde - CIES) e colocá-las em funcionamento em prol de uma atenção para a saúde ampliada, resolutiva e de qualidade.

Ainda em relação à saúde coletiva e às outras instâncias que fazem parte do SUS, implicitamente percebo a existência de um imaginário que não estabelece relação entre o SUS e os serviços privados de saúde e que relaciona o SUS às pessoas com baixo poder aquisitivo; o que de forma subtendida acena a idéia de que pessoas com melhor poder aquisitivo optam por serviços de melhor qualidade, supostamente compreendidos como privados. Outra questão que pode estar subentendida aqui é o despertar de que a atenção em saúde neste setor encontra-se voltada para a caridade. Na atual conjuntura em que vivemos não se pode negar as inúmeras dificuldades vivenciadas pelo SUS; entretanto também não podemos deixar de considerar que de alguma forma todos os cidadãos fazem uso do SUS, e

que vários aspectos positivos são vivenciados diariamente, como as políticas de humanização, a vigilância sanitária, a epidemiologia que garantem a qualidade de nossa saúde; dentre outros. Imagino que um discurso, quando parte de pessoas envolvidas no processo de formação assume uma dimensão que pode fortalecer ainda mais um imaginário que os que acreditam na saúde como direito social pretendem transformar.

No que diz respeito às perspectivas quanto à presença da integralidade nos cursos a proposta trazida nesta dissertação abordava dois enfoques: a temática da humanização e os fazeres nos cenários de práticas. Quando busquei evidências mais concretas que ilustrassem a presença da integralidade em ato, verifiquei fazeres ainda bastante tímidos em relação às intenções apresentadas nos dizeres. No que diz respeito à integralidade, as mudanças não têm sido tão evidentes. Elas aparecem aqui e acolá nos discursos, mas ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade que almejam os que perseguem a saúde como um bem social.

Acerca da temática da humanização percebi que a valorização das relações humanas entre docentes, alunos e usuários dos serviços de saúde SUS vem ganhando amplitude em alguns cursos. Esta foi uma característica comum aos cursos que pertencem às IES religiosas, mas que não se restringe a elas. Atos como a sensibilidade docente diante das considerações trazidas por um estudante ou como o reconhecimento da qualidade e potencialidade dos Agentes Comunitários de Saúde refletem a dimensão que o âmbito das relações interpessoais vem alcançando dentro dos cursos.

Quanto às ocorrências que envolvem a horizontalidade nas práticas do cuidado, os discursos superam as evidências práticas trazidas pelos coordenadores. Contudo, deve-se considerar que esta é uma preocupação referida pela maioria dos coordenadores, e que o exercício desta práxis requer esforço e dedicação por parte das IES para que haja mudanças de atitudes no coletivo docente.

Creio que o fato deste estudo centrar-se nos discursos exclusivamente dos coordenadores, foi um fator limitante para esta pesquisa, visto que o que acontece em cada disciplina, ministrada por cada docente e em cada cenário de práticas está contido em espaços micropolíticos, dos quais só nos interamos do que acontece se estivermos presentes por determinado tempo, o que sugere a ampliação deste estudo para o olhar do discurso dos docentes, estudantes e coordenadores, bem como a entrada do pesquisador em campo.

Conforme podemos observar, os cursos de fisioterapia apresentaram inúmeras diferenças entre si que se destacaram já a partir de uma breve observação lançada aos vinte e sete cursos do Rio Grande do Sul, destoando principalmente a categoria administrativa, a região de abrangência, e o número de estudantes em cada turma; e que se aprofundam ainda mais quando focalizamos e adentramos alguns cursos.

O fato de os cursos estudados terem sido criados há mais de vinte anos, há mais de dez, e há pouco mais de cinco anos não configurou conclusões mais expressivas. Tanto os cursos mais novos quanto os intermediários e os mais antigos apontaram indícios de implicação com as Diretrizes Curriculares. Entretanto, os cursos mais jovens pareceram um pouco mais desafiadores em relação à maneira de conduzir a formação; o que não necessariamente apresente relação com o tempo de surgimento.

Na medida em que visualizamos o surgimento de novas características da formação, torna-se possível vislumbrar o esforço realizado, por parte de alguns coordenadores, diante das dificuldades de se colocar em prática o que referem as diretrizes e os projetos político pedagógicos. Em meio a um cenário de tensões, confusões, erros e acertos, tropeços e percalços; percebi que os cursos constroem o seu caminho durante o próprio percurso.

Resgatando um pouco de tudo o que foi visto aqui poderíamos dizer que falta ainda para alcançarmos uma visão nítida do horizonte; no entanto, assim como traz a ilustração da capa desta dissertação, não podemos desconsiderar que, mesmo em menor proporção o brilho do sol reflete.

Com esta dissertação não tive a pretensão de esgotar assuntos ou estabelecer verdades. Trouxe aqui apenas uma possibilidade interpretativa que carrega consigo um pouco de mim num texto que considero inacabado. Inacabado não porque tenha deixado de responder às minhas expectativas, mas porque assume outras dimensões diante de outros olhares. Inacabado porque disparou em mim outras inquietações, que ficaram acesas. Inquietações que ampliaram meu campo de visão e passaram a fazer parte da minha bagagem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus. **O lugar social do fisioterapeuta**. Presidente Prudente: UNESP, 2008. Tese (Doutorado em Geografia). Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, 2008.

ALMEIDA, Marcio; FEUERWERKER, Laura; LLANOS, C. Manuel, organizadores. **A educação dos profissionais de saúde na América latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

ANDRADE, Armèle Dornelas de; LEMOS, Jadir Camargo; DALL'AGO, Pedro. Fisioterapia. In: HADDAD, Ana Estela et al. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

ARAÚJO, Inês Lacerda. Vigiar e punir ou educar? **Revista Educação. Edição Especial: Foucault pensa a educação**. São Paulo, p. 26-35, 2007

ARAUJO, Francisca Rego Oliveira de. **Integração teoria e prática na formação do profissional de saúde: um caminho a percorrer**. Natal: UFRN, 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Saúde Pública é bioética?** São Paulo: Paulus, 2005.

BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Helena Sylvia. A docência em saúde: desafios e perspectivas. In: _____. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora Senac, 2004.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trab. educ. saúde**; 6(3): p. 457-480, nov. 2008-fev. 2009.

BOTOMÉ, Silvio Paulo; KUBO, Olga Mitsue. Responsabilidade Social dos Programas de Pós Graduação e formação de novos cientistas e professores de nível superior. **Revista Interação em Psicologia**, p. 81-110, jan- jun. 2002.

BRASIL. Decreto Lei n. 938 de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. In: **Legislação CREFITO 5 – Leis e Atos Normativos das Profissões do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional**. Porto Alegre, 3 ed., p.11-12, 2004.

_____. Lei n° 6316 de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. In: **Legislação CREFITO 5 – Leis e Atos Normativos das Profissões do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional**. Porto Alegre, 3. ed. p. 13-19, 2004.

_____. Resolução n.10, de 03 de julho de 1978. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível em: <<http://www.crefito6.org.br/?CodigoEtica>> Acesso em: 06 mai. 2008.

_____. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Resolução n. 4, de 28 de fevereiro de 1983. Fixa os mínimos de conteúdos e duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>> Acesso em 17 out. 2007.

_____. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8142.htm>> Acesso em 17 out. 2007.

_____. Lei n. 9.394. Estabelece as diretrizes de bases da educação nacional. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 dez. 1996.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 96. Define estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona 14 categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm Acesso em: 06 de mai. 2008.

_____. **Manual de Enfermagem – Programa de Saúde da Família**. Instituto para o desenvolvimento da Saúde. Brasília: Universidade de São Paulo, 2001.

_____. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/01, Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde. Disponível em:
<<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>>
Acesso em: 15 mar. 2008.

_____. Parecer CNE/CES n. 1210, de 12 de setembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Disponível em:
<<http://mec.gov.br/sesu/ftp/ces/CES1210.doc>>. Acesso em: 13 de set. 2007.

_____. Resolução CNE/CES n. 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Disponível em:
<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>> Acesso 13 de set. 2007.

_____. Portaria GM/MS n. 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Ministério da Saúde. Disponível em:
<http://200.189.113.52/ftp/espp/legis/04PF198.pdf> Acesso em: 16 jun. 2008.

_____. GM/MS 698/06. Portaria de Diretrizes e Normas para a Atenção Básica Portaria. GM, 30 de março de 2006. Regula o financiamento do SUS. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-698.html>> Acesso em: 15 mar. 2008.

_____. GM/MS 399/06. Portaria de Diretrizes e Normas para a Atenção Básica Portaria. GM, de 22 de fevereiro de 2006. Aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Disponível em:
<<http://conasems.org.br/files/dia29/mesa3conass.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2008.

_____. Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/filme1.zip>> Acesso em: 05 abr. 2008.

_____. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resoluções COFFITO. Brasília. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/>>. Acesso em: 10 jun. 2007.

_____. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em:
<http://www.sbp.com.br/pdfs/portaria_154.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2008.

_____. Cadastro das Instituições de Educação Superior. In: **Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira** (INEP), 2008. Disponível em: <http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp>. Acesso 26 abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Brasil. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, 3. Ed, Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ana Cristhina de Oliveira et al. O papel do fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do município de Sobral Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, 18 (1): 3-6, 2005.

BRITO, Maria José Menezes et al. Experiências de integralidade no curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo. **Ensino – Trabalho – Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p. 93-107.

BUCHABKI, Jorge Alberto; CAPP, Edison; PETUCO, Denis Roberto da Silva. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 30, n.1, jan.-abr. 2006.

CARVALHO, Yara. Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA Alcindo Antônio. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p. 443-456 nov. 2008- fev., 2009.

_____. LAPPIS – **Integralidade em Saúde** - Pensando a Integralidade Boletim Especial – Caderno de Entrevistas. Rio de Janeiro, set. de 2004. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=179&sid=25> Acesso em: 26 out. 2007.

_____. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. **Estudos Universitários**, Sorocaba, v.33. n.1, p.29-48.

_____. FEUERWERKER, Laura. C. Macruz. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, set.-out., 2004.

_____. FEUERWERKER, Laura. C. Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 41-65, 2004.

_____. CAPOZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e a afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves et al. (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 346-390.

_____. CARVALHO Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006, p. 69-92.

CENTURIÃO, Carla Cristina Haas **Prevenção em Fisioterapia: um estudo da formação profissional no Estado do Rio Grande do Sul**. Santa Maria: UFSM, 1997. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal de Santa Maria, 1997.

CHAVES, Mário. Educação das profissões de saúde: perspectivas para o século XXI. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, jan.-abr., 1996, p. 21-27.

CHRISTO, Carlos Alberto Libânio. Como deixar-se moldar pelo sistema. **Revista Caros Amigos**, n.42, set. 2000.

CORREIA, Emilia Maria de Andrade. **Agente comunitário de saúde: a construção de um poder capturado**. Rio de Janeiro: UERJ, 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2008.

DA ROS, Marco Aurélio Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In: PEREIRA, Maurício José Lopes; COELHO, Elza Berger Salema; DA ROS, Marco Aurélio. (Org.) **Da proposta à ação: currículo integrado do curso de graduação em medicina da UFSC**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005. p. 59-80.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 3. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

DEMO, Pedro. **Universidade, aprendizagem e avaliação: horizontes construtivos**. 2. ed. Porto Alegre: Mediação, 2005.

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**. São Paulo: UNIFRAN, 2007. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde), Universidade de Franca, 2007.

FERREIRA, Efigênia Ferreira et al. Travessia a caminho da integralidade: uma experiência do curso de odontologia da UFMG. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo. **Ensino – Trabalho – Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p.85-91.

FEUERWERKER, Laura Macruz; CECCIM, Ricardo Burg. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na

Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

_____. ALMEIDA, Márcio. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v.56 n.4, p. 351-352, jul.-ago. 2003.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber:** Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. **História da sexualidade.** Rio de Janeiro: Graal, 1994.

_____. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas.** 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Microfísica do poder.** 25.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1983.

_____. **Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos.** 5. ed. São Paulo: UNESP, 2000.

_____. **A importância do ato de ler.** 41. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Extensão ou comunicação,** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

_____; HORTON, Myles. **O caminho se faz caminhando: conversas sobre educação e mudança social.** 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 2003.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FREITAS, Alexandra Corrêa de et. al. Desvelando a vivência de uma equipe multiprofissional de residentes em saúde da família com o agente comunitário de saúde. **Revista de APS**; Juiz de Fora, v.10, n.2, p.143-155, jul.-dez. 2007.

GADOTTI, Moacir. O Projeto Político Pedagógico da Escola na perspectiva de uma educação para a cidadania. In: _____. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GALLO, Douglas Luciano Lopes. **A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária**. Londrina: UEL, 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Londrina, 2005.

GASPARETTO, Andriele. **A promoção da saúde na prática educacional de fisioterapeutas docentes dos cursos de fisioterapia**. Rio Grande: FURG, 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal do Rio Grande, 2008.

GÓMEZ, A. I. Pérez. As funções sociais da escola: da reprodução à reconstrução crítica do conhecimento e da experiência. In: SACRISTAN, José. Gimeno; _____. **Compreender e transformar o ensino**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

GUARESKI, Pedrinho. Empoderamento. In: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (Org.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2008.

GUTIÉRREZ, Francisco. **Educação como práxis política**. São Paulo: Summus, 1988.

HERNÁNDEZ, Fernando. O problema está na narrativa e na resistência em mudá-la. In: _____. **Catadores da cultura visual: transformando fragmentos em nova narrativa educacional**. Porto Alegre: Mediação, 2007, p. 11-19.

IOCHIDA, Lucia Christia. Metodologias problematizadoras no ensino em saúde. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Helena Sylvia (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora Senac, 2004.

KOIFMAN, Lilian et al. Reflexões sobre o papel do docente em saúde na constituição de valores e sentidos sobre o ato de cuidar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.) **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO, 2007, p. 165-181.

LACERDA, Alda et al. Cuidado Integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araujo(Org.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO, 2007. p. 249-262.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: MARINS, João José Neves et al. **Educação Médica em transformação: Instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 245-266.

_____. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Tese de Doutorado em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

LUZ, Madel Terezinha. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MAIA, José Antônio. O currículo do ensino superior. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: ed. Senac, 2004.

MACEDO, Maria do Carmo dos Santos et al. Transformação na graduação de enfermagem da UERJ. In PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p. 277-294.

MARANHÃO, Efrem de Aguiar. A construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: ALMEIDA Márcio (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede UNIDA, 2003. p. VII-XVI.

MARCH, Claudia et al, O currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos da área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p. 295-309.

MARINS, João José Neves. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: _____. et al. **Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 97-108.

MARTINS, Paulo Henrique. Humanização para quem? Um olhar crítico sobre os cuidados a partir da fenomenologia da percepção. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.) **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ:ABRASCO, 2007. p. 335-356.

MASETTO, Marcos Tarciso. Professor Universitário um profissional da educação na atividade docente. In: _____. (Org.). **Docência na universidade**. Campinas: Papyrus, 1998.

MATTOS, Ruben Araujo, Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO Roseni, MATTOS Ruben Araujo.

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 41-66.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **Distritos sanitários: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde.** São Paulo /Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1993.

MERHY, Emerson Elias et al. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: _____. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva.** 3. ed. São Paulo: Hucitec. 2006.

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: Org. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção Social da Demanda.** IMS/UERJ-CEPESC- ABRASCO. Rio de Janeiro, 2005.

_____. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: **Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137.

_____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato.** São Paulo: ed. Hucitec, 2002.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições pra compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Revista Interface – Comunicação - Saúde Educação** 6, fev. 2000, p.109-116.

MEYER, Dagmar Estermann; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Acerca das diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 56, n.4, p. 335-339, jul-ago. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (ORG). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

_____. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez e UNESCO, 2000.

_____. **Ciência com consciência**. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

NICOLACI DA COSTA, Ana Maria O campo da pesquisa qualitativa e o método de explicação do discurso subjacente (MEDS). **Psicologia, reflexão e crítica**. Porto Alegre, 2007, p. 65-73.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Alma Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma - Ata**, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> Acesso em: 26 nov. 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde, **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridade de pesquisa**. 2. ed. Brasília, 2006.

_____. ALMEIDA FILHO Naomar Monteiro. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PELLEGRINO, Adela. La movilidad internacional de fuerza de trabajo calificada entre países de América Latina y hacia los Estados Unidos. **Notas de Población**, XXI, v. 21 n. 57, 1993, p.161-216.

PEREIRA, Maurício José Lopes; COELHO, Elza Berger Salema; DA ROS, Marco Aurélio. **Da proposta à ação: currículo integrado do curso de graduação em medicina da UFSC**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.

PEREIRA, Isabel Brasil. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO, 2007, p.145-164.

PERRENOUD, Philippe. **Construir competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed. 1999.

PESSOA, Fernando. Da minha Aldeia. In: **Poesia Completa de Alberto Caieiro**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

PIMENTA, Selma Garrido; ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos. **Docência no ensino superior**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO, 2007.

_____. CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.) **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006.

_____. CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.) **Ensino – Trabalho – Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006.

_____. MATTOS, Ruben Araújo de (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO, 2001.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2004. Disponível em:

http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf. Acesso em: 14 abr. 2008.

PONTES, Jaqueline Fernandes. **O fisioterapeuta: sua formação e os indícios de uma prática educativa**. São Paulo: USP, 2002. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade de São Paulo, 2002.

PRZYSIEZNY W. L. Fisioterapia Preventiva: Uma questão de educação em saúde. Blumenau: FURB, 1999. Dissertação de Mestrado. In: GALLO, Douglas Luciano Lopes. **A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária**. Londrina: UEL, 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Londrina, 2005.

REBELATTO, José Rubens; BOTOMÉ, Silvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

ROSSATO, Ricardo. Práxis. In: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (Org.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2008.

ROCHA, Vera Maria et al. **Fisioterapia – um novo curso e uma nova visão de saúde na UFRGS**. Caderno de Reabilitação. Porto Alegre, Junho de 2009. p. 11.

_____. et al. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas. XV Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia da ABENFISIO. **Revista COFFITO**. Ano IX, n. 26, fev. 2008, p. 19-26.

_____. CENTURIÃO, Carla Cristina Haas. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: FRAGA Alex Branco; WACHS, Felipe (Org) **Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007, p. 17-31.

_____. **Do corpo à corporeidade: repensando os saberes na formação do profissional fisioterapeuta.** Natal: UFRN, 2002. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2002.

RUIZ, Maria José Ferreira. O papel social do professor: uma contribuição da filosofia da educação e do pensamento freireano à formação do professor. **Revista Iberoamericana de Educação.** n. 33, set.-dez. 2003.

REVEL, Judith. **Foucault: conceitos essenciais.** São Carlos: Claraluz, 2005.

SEABRA, Daniela Cristina; CARVALHO, Antonio Carlos Duarte de; FORSTER, Aldaísa Cassanho. O agente comunitário de saúde na visão da equipe mínima de saúde. **Revista de APS;** v.11n. 3, jul.-set. 2008, p. 226-234.

STEDILE, Marivânia Olga; CLAUS, Suzete Marchetto. Uma proposta inovadora de formação profissional em Fisioterapia centrada na integralidade em saúde. In PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo. **Ensino – Trabalho – Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS.** 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p.137-153.

STELLA, Regina Celes de Rosa et al. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica** v. 33, supl., p. 63-69, 2009.

STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (Org.). **Dicionário Paulo Freire.** Belo Horizonte: Autentica Editora, 2008.

TARDIF Maurice; LESSARD Claude. O trabalho docente hoje: elementos para quadro de análise. In: _____. _____. **O trabalho docente: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas.** Petrópolis: Vozes, 2005. p.15-54.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Athas, 1987, p. 116-175.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & a educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

_____. Ensaio para uma filosofia da educação. **Revista Educação. Edição Especial: Foucault pensa a educação**. São Paulo, p. 16-25, 2007.

APÊNDICE 1 - CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

Apresentação do Projeto de Pesquisa: **FISIOTERAPIA E INTEGRALIDADE: DISCURSOS SOBRE A PRÁTICA NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO**

Eu, Marielly de Moraes, aluna e pesquisadora do Mestrado em Ciências do Movimento Humano da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob a orientação da Prof^a Dra. Vera Maria da Rocha, venho convidá-lo a participar da pesquisa **Fisioterapia e Integralidade: discursos sobre a prática no contexto da formação**, que faz parte na linha de pesquisa: Práticas Pedagógicas e Formação de Professores.

O objetivo geral da pesquisa consiste em investigar o processo de formação de fisioterapeutas explicitado nos Projetos Políticos Pedagógicos e matrizes curriculares e a relação entre o discurso sobre a prática desenvolvida no cotidiano dos cursos de Fisioterapia do Estado do Rio Grande do Sul, tendo como referência a integralidade e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia.

Para isso, contamos com a colaboração dos coordenadores dos cursos de Fisioterapia, através das informações que possam nos oferecer, respondendo a uma entrevista aberta com questões sobre a Instituição de Ensino Superior, o Curso de Fisioterapia e o Projeto Político Pedagógico do Curso. Também solicitamos a disponibilização do Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia para nossa consulta.

Todas as informações fornecidas serão mantidas em sigilo. As únicas pessoas que terão acesso integral aos dados serão os pesquisadores. O participante terá o direito de recusar a sua participação ou retirar o termo de consentimento, em qualquer fase da pesquisa, tendo sua privacidade assegurada. Estes dados serão trabalhados na UFRGS 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 pesquisa.

Esperando contar com sua colaboração, agradecemos desde já e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Marielly de Moraes
(51) 321279793/ (51) 99276966
marielly.moraes@ufrgs.br

Prof.^a Dra. Vera Maria da Rocha
(51) 33085805/ (51) 81511437
vera.mrocha@ufrgs.br

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DAS QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA DIRECIONADA AO DOCENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

TEMA 1: FORMAÇÃO ACADÊMICA DO FISIOTERAPEUTA NA IES

Questões norteadoras:

- 1- Caracterização do modelo de formação adotado pelo curso;
- 2- Processo de construção do currículo;
- 3- Fatores que dificultam e fatores que potencializam a formação;
- 4- Análise da formação do fisioterapeuta na IES;
- 5- Sugestões de mudanças para o curso.

TEMA 2: O SUS E O ENSINO EM FISIOTERAPIA

Questões norteadoras:

- 1- Relação da formação com a atenção à saúde e com os princípios do SUS;
- 2- Caracterização de uma atenção integral e elementos do curso que favorecem para essa qualificação;
- 3- Habilidades e competências mobilizadas durante a formação;
- 4- Limitações do curso em relação à formação voltada para o SUS; Estratégias para superar essas limitações.

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ RG _____, DECLARO, para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito participante da pesquisa que fui devidamente esclarecido a respeito do projeto de pesquisa intitulado **FISIOTERAPIA E INTEGRALIDADE: DISCURSOS SOBRE A PRÁTICA NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO**, desenvolvido pela aluna Marielly de Moraes, do curso de Pós Graduação Stricto Sensu em Ciências do Movimento Humano, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), quanto aos seguintes aspectos:

O objetivo geral da pesquisa consiste em investigar o processo de formação de fisioterapeutas explicitado nos Projetos Políticos Pedagógicos e matrizes curriculares e a relação entre o discurso sobre a prática desenvolvida no cotidiano dos cursos de Fisioterapia do Estado do Rio Grande do Sul, tendo como referência a integralidade e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia.

Minha colaboração como coordenador(a) do curso de Fisioterapia, dar-se-á através das informações que eu possa oferecer, respondendo a uma entrevista com questões sobre a Instituição de Ensino Superior, o Curso de Fisioterapia, O Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia, e a disponibilização do Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia para a consulta das pesquisadoras.

Tendo em vista a metodologia a ser desenvolvida, a pesquisa apresentará risco mínimo, porém, se houver algum prejuízo, comprovadamente decorrente da participação dos informantes na pesquisa, os mesmos serão indenizados pelos pesquisadores.

Os benefícios em participar estão diretamente relacionados à colaboração na construção de projeto pedagógico baseado nas Diretrizes Curriculares e na contribuição para a formação de profissionais contextualizados e voltados para o princípio da integralidade e para o SUS.

Também fui esclarecido(a) de que todas as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, e as únicas pessoas que terão acesso integral aos dados serão as pesquisadoras Prof^a Dra. Vera Maria Rocha e Marielly de Moraes.

Estou ciente de que tenho o direito de me recusar a participar ou retirar o termo de consentimento, em qualquer fase da pesquisa, tendo minha privacidade assegurada; de que os dados serão trabalhados na UFRGS pelas pesquisadoras e utilizados em trabalhos acadêmicos, apresentações em reuniões científicas e divulgação em revistas científicas e de que as análises dos dados não revelarão em nenhuma hipótese, a identidade dos participantes e instituições.

Além disso, fui informado(a) que após o término desta pesquisa as instituições participantes receberão um relatório com os principais resultados da pesquisa.

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecido e informado através da leitura da Carta de Apresentação e do Projeto e deste Termo de Consentimento, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Porto Alegre, ___de _____ de 200__.

ASSINATURA DO DECLARANTE

Agradeço a colaboração e coloco-me desde já à disposição para eventuais esclarecimentos sobre este trabalho através dos telefones E- emails de: Marielly de Moraes: (51) 321279793/ (51) 99276966 E-mail: marielly.moraes@ufrgs.br ou Prof.^a Dra. Vera Maria da Rocha (51) 33085805/(51) 81511437 E-mail: vera.mrocha@ufrgs.br

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CEP): Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 7º andar - Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060 - Fone: (51) 3163629 Fax: (51) 3164085 E-mail: pro-reitoria@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO



O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2007972

Título : Fisioterapia e integralidade: discursos sobre a prática no contexto da formação

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
VERA MARIA DA ROCHA	PESQ RESPONSÁVEL	vera.mrocha@ufrgs.br	33085806
ALINE MARTINELLI PICCININI	PESQUISADOR	aaline-martinelli@hotmail.com	
MARIELLY DE MORAES	PESQUISADOR	mariellydemoraes@yahoo.com.	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 39 , ata nº 119 , de 20/11/2008 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, quinta-feira, 20 de novembro de 2008


ILMA SIMONI BRUM DA SILVA
 Coordenador do CEP-UFRGS