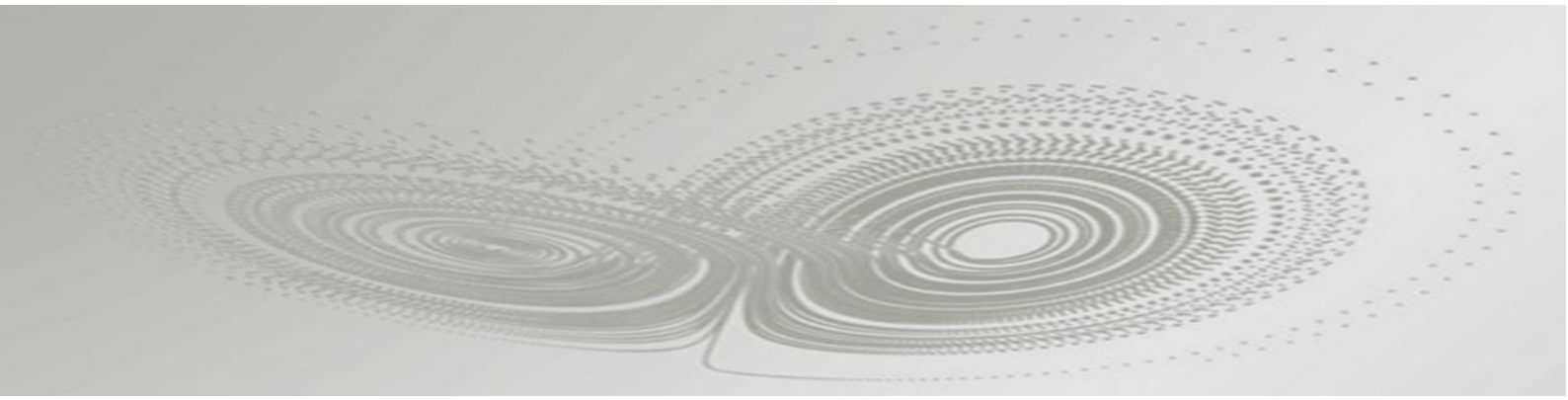


UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



**EMERGÊNCIA DE REALIDADES NO ENSINO SUPERIOR DA SAÚDE:
ATOS E VOZES DA ÁREA DE FISIOTERAPIA NAS
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS**

GILNARA DA COSTA CORRÊA OLIVEIRA



Porto Alegre
2011

GILNARA DA COSTA CORRÊA OLIVEIRA

**EMERGÊNCIA DE REALIDADES NO ENSINO SUPERIOR DA SAÚDE:
ATOS E VOZES DA ÁREA DE FISIOTERAPIA NAS
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Grupo temático: Educação em Saúde

Porto Alegre
2011

GILNARA DA COSTA CORRÊA OLIVEIRA

**EMERGÊNCIA DE REALIDADES NO ENSINO SUPERIOR DA SAÚDE:
ATOS E VOZES DA ÁREA DE FISIOTERAPIA NAS
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Educação.

Aprovada em: 05 de Março de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Carmen Silveira Barbosa
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Luis Henrique Telles da Rosa
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Profa. Dra. Ulrika Arns
Universidade Federal do Pampa

Profa. Dra. Simone Chaves Machado da Silva
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

*Ao Eduardo, ao Maurício e à
Luiza pelo amor, pelo afeto, pelo
estímulo e pelo apoio; por
entenderem minhas ausências; por
acreditarem em mim, sempre.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Ricardo Burg Ceccim, pela atenção, pelo incentivo e pela sabedoria com que me conduziu à realização desta tese.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que, com suas experiências e conhecimentos, me enriqueceram e me fizeram uma pessoa melhor.

Aos professores que participaram da banca de qualificação do projeto de doutorado, Profa. Dra. Ulrika Arns, Profa. Dra. Saleti Voght e Profa. Dra. Carmen Machado, pela atenção e pelas importantes contribuições para a conclusão desta tese.

Aos colegas do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Aos colegas de doutorado ou mestrados pela amizade, pela troca de experiências, pelo compartilhar da vida, por fazerem-me sentir acolhida, em especial à Margareth Capra, cuja companhia foi constante nesta jornada de estudos. Aos colegas com os quais convivi nesses anos de encontros na Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Teresa Armani, pela sua ternura e sabedoria; Lúcia Schaedler, pelo seu carinho; Ananyr Fajardo, pela sua objetividade; Luiz Fernando Bilibio, Maurício Moraes, Raphael Caballero, por estarem sempre prontos a ajudar; Fernanda Hampe, Naiane Dartora dos Santos, Olinda Saldanha, Terezinha Klafke e tantos outros que passaram por meu caminho.

Às colegas Vera Maria Rocha e Carla Centurião, grandes incentivadoras e amigas, por me fazerem acreditar que era possível a concretização deste trabalho. Às colegas Mônica Palomino De Los Santos (nutricionista), Maria Madalena Colla, (enfermeira) e Noêmia Urruth Leão (farmacêutica), por me acompanharem na “luta” pela qualidade na formação dos profissionais de saúde.

Aos colegas docentes e técnicos administrativos da Universidade Federal do Pampa - Unipampa, pelo incentivo, apoio em todos os momentos, em especial à Beatriz Franchini, ao Thomas Josué da Silva e ao Rodrigo Balk. Aos diretores da Unipampa no Campus Uruguaiana, professores Carlos Maximiliano Dutra e Elton Denardin, aos diretores no campus Bagé, professores Fernando Junges e Carlos Michel Betemps, pelo apoio e incentivo. Aos colegas da Unipampa, em especial aos da área da Educação: Amélia Bastos, Alessandro Bica, Claudete Martins e Rubya Andrade que, embora tenhamos pouco tempo de convivência, mostraram-se solidários e amigos.

À Miriane Christo de Oliveira Ribas, professora de inglês, que, com sua atenção, profissionalismo e dedicação, transmitiu-me confiança, mostrando-me que estava apta a atingir meus objetivos.

À fisioterapeuta Cláudia Cunha. Embora tenhamos nos encontrado recentemente, proporcionou vínculos de cuidado, atenção e afeto.

À Alícia Suarez Rivas, à Adalgiza Madruga de Azambuja e à Ivone Barcellos Baldo, pelo profissionalismo e pela amizade.

À Dorothea Martins Corrêa, incentivadora nesta minha caminhada e nos devires, por me ensinar a cuidar do meu corpo e da minha mente em sua totalidade nas práticas da ioga.

Ao Pedro Fernandes Martinez (*in memoriam*), pessoa marcante que, em nossos 28 anos de convivência, sempre com uma palavra de carinho, incentivando todas as minhas escolhas.

Ao Eduardo, ao Maurício e à Luiza, por serem pessoas tão especiais e essenciais na minha vida. Sem eles, não teria atingido meus objetivos pessoais e profissionais.

À Francine Leite Silva, que considero parte da família, pela convivência, pelo carinho, amizade, pela escuta e incentivo.

À minha família, aos meus irmãos, sobrinhas (o) e aos meus pais (*in memoriam*), para sempre exemplos em minha trajetória de vida.

Eu sei, mas não devia

Eu sei que a gente se acostuma... Mas não devia.

A gente se acostuma a morar em apartamento de fundos. E não ter outra vista que não as janelas ao redor. E porque não tem vista, logo se acostuma a não olhar para fora. E porque não olha para fora logo se acostuma a não abrir de todo as cortinas. E porque não abre as cortinas, logo se acostuma a acender mais cedo a luz. E à medida que se acostuma, esquece o sol, o ar e a amplitude.

A gente se acostuma a acordar de manhã sobressaltado porque está na hora.

A tomar o café correndo porque está atrasado. A ler o jornal no ônibus porque não pode perder tempo de viagem... A cochilar no ônibus porque está cansado. A deitar cedo e dormir pesado sem ter vivido o dia...

A gente se acostuma a esperar o dia inteiro e ouvir ao telefone: “Hoje não posso ir”. A sorrir para as pessoas sem receber um sorriso de volta. A ser ignorado quando precisava ser visto...

A gente se acostuma à poluição: às salas fechadas de ar-condicionado e cheiro de cigarro; à luz artificial de ligeiro tremor; ao choque que os olhos levam na luz natural; às bactérias da água potável; à contaminação da água do mar; à lenta morte dos rios. Se acostuma a não ouvir os passarinhos; a não ter galo de madrugada; a temer a hidrofobia, os cães; a não colher fruto no pé; a não ter sequer uma planta.

A gente se acostuma a pagar por tudo o que deve e de que necessita. A lutar por ganhar o dinheiro com que paga e pagar mais do que as coisas valem. E a saber que cada vez pagará mais. E a procurar mais trabalho para ganhar mais dinheiro para ter com que pagar nas filas em que se cobra.

A gente se acostuma... A ser instigado, conduzido, desnorteado, lançado na infundável catarata dos produtos. A gente se acostuma a coisas demais para não sofrer. Em doses pequenas, tentando não perceber, vai afastando uma dor aqui, um ressentimento ali, uma revolta acolá.

A gente se acostuma para poupar a vida, que aos poucos se gasta e que se gasta de tanto acostumar, se perde de si mesma...

Marina Colasanti, 1992.

RESUMO

Esta tese teve como objeto de estudo a compreensão da *emergência de realidades* no ensino superior da saúde, segundo a singularidade da área de fisioterapia, mediante seus atos e vozes nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Entendi ter-se organizado um *movimento social* por entre o debate das diretrizes curriculares. No encontro com profissionais da fisioterapia, procurei saber em que momento emergiu para esta profissão a possibilidade de mudança – sob a forma das Diretrizes Curriculares Nacionais – no saber-fazer-ensinar fisioterapêutico. Uso um *movimento social* por entre o debate das diretrizes curriculares. No encontro com profissionais da fisioterapia, procurei saber em que momento emergiu para esta profissão a possibilidade de mudança – sob a forma das Diretrizes Curriculares Nacionais – no saber-fazer-ensinar fisioterapêutico. Uso da ciência da complexidade e da teoria das realidades emergentes, para propor uma imagem e interpretação da conformação de novidades no ensino superior da fisioterapia, considerados os atos e as vozes de profissionais dessa área que militam pela educação e pelo lugar que a formação deve tomar na invenção de mundos (da técnica, do trabalho, das relações sociais, da ciência, da clínica em saúde). O delineamento metodológico utilizado para a realização da investigação foi o estudo de caso. Busquei, como atores-chave, profissionais da área da fisioterapia, atuantes na construção das Diretrizes Curriculares Nacionais, partindo dos especialistas no ensino de fisioterapia ligados à comissão de especialistas na Secretaria do Ensino Superior do Ministério da Educação, entre 1997 e 1999, e à Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia, a partir de 1999. Na construção dessas diretrizes curriculares, procurei o conhecimento das relações e interconexões provocadas pela área da fisioterapia junto à grande área da saúde e às transformações desejadas no âmbito do trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, da integralidade da atenção em saúde e da apropriação do sistema de saúde brasileiro. Ao fazer a análise do relato de atos e vozes, desenhei sete categorias-movimento: ações e conexões dos atores; movimentos não lineares para a transformação curricular; sistemas dinâmicos no compartilhamento com a grande área da saúde; jogos de força; a singularidade da graduação em fisioterapia em um *inventar-se* no campo da saúde; movimento social como movimento de invenção de mundos e a emergência de realidade. Como tese, des-cubro/delineio as mudanças curriculares e seus focos como um dispositivo a três polos. Neste estudo, vislumbrou-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais configuraram um produto/resultado de um coletivo composto por docentes, estudantes e profissionais de saúde, integrantes de redes e do movimento de associações que se propunham ao rompimento com o modelo instituído ou modelo tradicional, que buscavam possibilidades de mudança para a integralidade na atenção à saúde, o trabalho em equipes multiprofissionais de saúde e a consonância da formação e do desenvolvimento com os princípios do Sistema Único de Saúde. As inovações deveriam propiciar a integração entre educação e saúde na formação profissional da educação superior e sua participação na atenção às demandas de saúde da sociedade. A configuração em rede e o movimento associativo constituíram convicção na profissão e transversalidade interprofissional. As Diretrizes Curriculares Nacionais/Fisioterapia mostram uma emergência com atores da educação/ensino de fisioterapia engajados em processos e esforços de reconhecimento da profissão na equipe de saúde, em um sistema de acesso universal à saúde e na capacidade de práticas cuidadoras não limitadas à reabilitação.

Palavras-chave: Formação e desenvolvimento de profissionais da saúde. Emergência de realidades/saúde. Mudanças curriculares. Diretrizes Curriculares Nacionais. Educação e saúde. Integralidade da atenção à saúde.

ABSTRACT

This thesis aims to study to understand of the emergence of higher education in the realities of health, according to the singularity of the area of physiotherapy, through their actions and voices in the National Curriculum Guidelines. Understood to have an organized social movement among the discussion of curriculum guidelines. At the meeting with professional physiotherapy, I sought to know when this profession emerged to the possibility of change - in the form of the National Curriculum Guidelines - know-how-to-teach physiotherapy. Using the science of complexity theory and the realities of the emerging picture and to propose an interpretation of the formation of new higher education in physiotherapy, considered the actions and voices of professionals in this area that militate for education and where the training should go in the invention of worlds (of technology, work, social relations, science, health clinic). The design methodology used to conduct research was a study of case. Sough, as key actors, professionals of physiotherapy, working in the construction of the National Curriculum Guidelines, based on the experts in teaching physiotherapy related to the commission of experts in the Department of Higher Education of the Ministry of Education, between 1997 and 1999, and Brazilian Association of Education in Physiotherapy, since 1999. In the construction of these curriculum guidelines, sought the knowledge of the relationships and interconnections caused by the area of physiotherapy with the great health area and desired changes in the work in interdisciplinary and multidisciplinary teams, the completeness of health care and ownership of the system Brazilian health. By doing the analysis of reported acts and voices, drew seven-movement categories: actions and connections of the actors, non-linear movements for curriculum transformation, dynamic systems in sharing with the broader health field, games of strength, the degree of uniqueness physiotherapy in an inventing themselves in the field of health social movement as a movement of invention of worlds and the emergence of reality. As a thesis, uncover/delineate changes in curriculum and its focus as a three-pole device. In this study, it was seen that the National Curriculum Guidelines configures a product/result of a collective composed of teachers, students and health professionals, members of networks of associations and movements that were intended to break with the established model or the traditional model, seeking possibilities of change for completeness in health care, work in multidisciplinary teams of health and consistent training and development with the principles of the Unified Health System Innovations should provide integration between health and education in vocational training higher education and participation in health care demands of society. The network configuration and associative movement in the profession and belief formed transverse cross. The National Curriculum Guidelines/physiotherapy show an emergency actors of education/teaching physiotherapy and processes engaged in efforts to recognize the profession in the health team, in a system of universal health care practices and the ability of caregivers not limited to rehabilitation.

Keywords: Training and development of health professionals emergence of realities. Curricular changes. National curriculum guidelines. Education and health. Integrality health care.

RESUMEN

Esta tese tiene como objeto de estudio la comprensión de la "emergência de realidades" en la enseñanza superior de la salud, según la singularidad del área de la fisioterapia, mediante sus actos y voces en las "Diretrizes Curriculares Nacionais". Comprendí haber organizado un movimiento social entre el debate de las "diretrizes curriculares". En el encuentro con profesionales de la fisioterapia, busqué saber en qué momento emergió para esta profesión la posibilidad de cambios- sob la forma de las "Diretrizes Curriculares Nacionais"- en el saber-hacer-enseñar fisioterapéutico. Utilizo de la ciencia de la complejidad y de la teoría de las realidades emergentes, para proponer una imagen y interpretación de la conformación de novedades en la enseñanza superior de la fisioterapia considerados los actos y las voces de profesionales de esa área que luchan por la educación y por el lugar que la formación debe tener en la invención de mundos (de la técnica, del trabajo, de las relaciones sociales, de la ciencia y de la clínica en salud). El delineamiento metodológico utilizado para la realización de la investigación fue el estudio de caso. Busqué como actores principales, profesionales del área de la fisioterapia, actuantes en la construcción de las "Diretrizes Curriculares Nacionais", partiendo de los especialistas en la enseñanza de fisioterapia ligados a la comisión de especialistas en la "Secretaria do Ensino Superior do Ministério da Educação" entre 1997 y 1999 y la "Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia", a partir de 1999. En la construcción de esas "diretrizes curriculares" busqué el conocimiento de las relaciones e interconexiones provocadas por el área de la fisioterapia junto a la gran área de la salud y las transformaciones deseadas en el trabajo en equipo multiprofesionales e interdisciplinarios, de la integralidad de la atención en la salud y de la apropiación del sistema brasileño de salud. Al analizar el relato de actos y voces, dibujé siete categorías-movimiento: acciones y conexiones de los actores; movimientos no lineales para la transformación curricular; sistemas dinámicos compartidos con la gran área de la salud; juegos de fuerza; la singularidad de la graduación en fisioterapia en un "inventar" en el campo de la salud; movimiento social como movimiento de invención de mundos y la emergencia de realidades. Como tese, descubro los cambios curriculares y sus focos como un dispositivo a tres polos. En ese estudio se percibió que las "Diretrizes Curriculares Nacionais" configuraran un producto/resultado de un colectivo compuesto por docentes, estudiantes y profesionales de la salud, integrantes de redes y del movimiento de asociaciones favorables al rompimiento como el modelo instituido o modelo tradicional, que buscaban posibilidades de cambios para la integralidad en atención a la salud, el trabajo en equipos multiprofesionales de salud y la consonancia de formación y del desarrollo con los principios del "Sistema Único de Saúde". Las innovaciones deberían propiciar la integración entre educación y salud en la formación profesional de la educación superior y su participación en la atención a las demandas de salud de la sociedad. La configuración en red y el movimiento asociativo constituyeron convicciones en la profesión y transversalidad interprofesional. Las "Diretrizes Curriculares Nacionais/fisioterapia" muestran una emergencia como actores de la educación/enseñanza de fisioterapia que trabajan en procesos y esfuerzos y reconocimiento de la profesión en el equipo de la salud, en un sistema de acceso universal a la salud y en la capacidad de prácticas cuidadoras no limitadas a la rehabilitación.

Palabras-llaves: Formación y desarrollo de profesionales de la salud. Emergencia de realidades/salud. Cambios curriculares. "Diretrizes Curriculares Nacionais". Educación y salud. Integralidad de atención a la salud.

LISTA DE SIGLAS

Abem – Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
Abenfisio – Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia
ABF – Associação Brasileira de Fisioterapia
Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
Aneps – Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde
Apae – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CES – Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação
CFE – Conselho Federal de Educação
Cinaem – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNS – Conselho Nacional de Saúde
Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Coffito – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (dos estados)
Crefito – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Fnepas – Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA – Integração Docente-Assistencial
Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Inep – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC – Ministério da Educação
Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
Opas – Organização Pan-Americana da Saúde
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Rede Unida – Rede de Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde-Associação Científica

SESu – Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação

Sinaes – Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior

Suds – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

Ufrgs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

Unesco – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UNI – Uma Nova Iniciativa: a união com a comunidade (na educação dos profissionais de saúde)

Unipampa – Universidade Federal do Pampa

UNR – Universidad Nacional de Rosário

Urcamp – Universidade da Região da Campanha

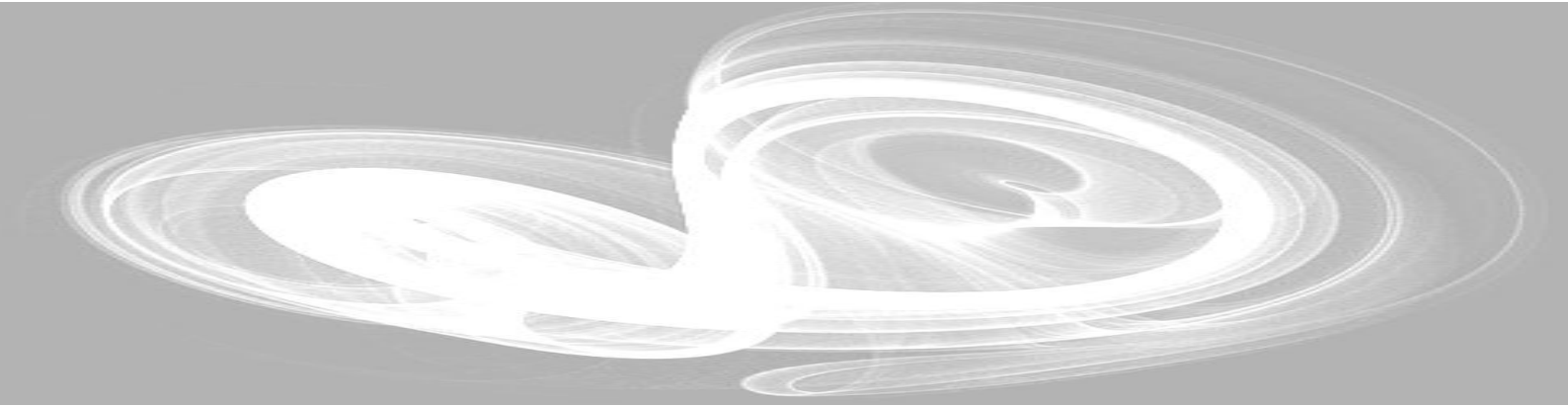
USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Crescimento do número de cursos de fisioterapia no Brasil no período de 1950-2000.....	46
Gráfico 2 – Crescimento do número de cursos de fisioterapia criados no Brasil, por região, no período de 1950-2000.....	46
Gráfico 3 – Distribuição dos cursos de fisioterapia no Brasil em universidades/centros universitários, públicos e privados, no ano de 2011.....	47
Gráfico 4 – Número de profissionais fisioterapeutas no período compreendido entre 2005 e 2011.....	61
Gráfico 5 – Número de profissionais fisioterapeutas registrados nos conselhos regionais de fisioterapia em 2005.....	61
Gráfico 6 – Número de profissionais fisioterapeutas registrados nos conselhos regionais de fisioterapia em 2008.....	62
Gráfico 7 – Número de profissionais fisioterapeutas registrados nos conselhos regionais de fisioterapia em 2011.....	63

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	13
2	GENEALOGIA DA PESQUISADORA, DOCENTE EM FISIOTERAPIA....	20
3	A GRANDE ÁREA DA SAÚDE E A FISIOTERAPIA.....	30
3.1	Fisioterapia: ensino e exercício.....	37
3.2	O ensino e as escolas de fisioterapia.....	41
3.3	Fisioterapia e Diretrizes Curriculares Nacionais.....	48
4	EDUCAÇÃO, CURRÍCULO E TRABALHO EM FISIOTERAPIA.....	55
5	EMERGÊNCIA DE REALIDADES: GENEALOGIA E CAMPO DE POSSÍVEIS.....	65
5.1	Ações e conexões dos atores.....	73
5.2	Movimentos não lineares para a transformação curricular.....	81
5.3	Sistemas dinâmicos no compartilhamento com a área da saúde.....	86
5.4	Jogo de forças.....	92
5.5	A singularidade da graduação em fisioterapia em um <i>inventar-se</i> no campo da saúde.....	99
5.6	Movimento social como movimento de invenção de mundo.....	108
5.7	Emergência de realidade.....	110
6	MUDANÇAS CURRICULARES E SEUS FOCOS: UM DISPOSITIVO A TRÊS POLOS	115
7	CONTINUIDADE DO MOVIMENTO: AÇÕES E CONEXÕES DOS ATORES.....	124
	REFERÊNCIAS.....	131
	APÊNDICE A – Roteiro para a entrevista.....	138
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	139



1. APRESENTAÇÃO

Trouxe como epígrafe desta tese a poesia de Marina Colasanti, porque constou em meu memorial à seleção no doutorado. É uma associação que faço com a acomodação dos usuários dos serviços de saúde com a falta de equipe e de integralidade na atenção que recebem. Agora a retomo para fazer algumas colocações em relação à formação dos profissionais da área da saúde, na qual verifico a acomodação ao que está instituído e o medo da mudança. Porém, nesse meio, veem-se aqueles que buscam se desacomodar e romper com o tradicional, aqueles que buscam abrir as cortinas e olhar para fora, olhar ao seu redor e almejar o novo, aqueles que buscam transformar os modelos curriculares que existem hoje em práticas inovadoras de ensino/aprendizagem. Práticas convergentes com a integralidade da atenção à saúde, o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares no setor e nos serviços de saúde e a apropriação do Sistema Único de Saúde aparecem como abertura das cortinas, tal a fragmentação proposta pelas biotecnologias, pelo corporativismo e pelo descrédito em um sistema nacional universal em saúde. Assim, no encontro com profissionais da área da fisioterapia, procurei saber em que momento emergiu – para essa profissão – a mudança sob a forma de diretrizes curriculares nacionais, identificada com o atendimento integral e humanizado, perfilada com as várias carreiras da saúde e comprometida com os princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde, além de orientada por uma formação humanística e criativa.

O presente estudo teve por objetivo contribuir com a interpretação da *emergência* de uma realidade na educação superior em saúde, desencadeada pelo debate nacional das Diretrizes Curriculares Nacionais, comuns aos vários cursos de graduação da grande área da saúde. A *emergência* de uma realidade é o surgimento ou o acontecer de uma novidade, de um ineditismo ou de uma singularidade. A *emergência* é a evidência de criação de uma nova atitude, de novos valores e de novos sentidos que põem em ato uma realidade. Explicar uma emergência é como explicar uma surpresa, não é como relatar uma história, mas assinalar uma ruptura com o esperado, o surgimento de um ponto de conexão inédito, surpreendente.

A *emergência* apresenta novas propriedades ao que estava posto, um contexto desmaterializa-se e algo novo surge em plena criação. Uma realidade emergente é um horizonte de possibilidades, um mundo em engendramento possível, uma simulação de realidade, uma realidade mista de real e virtual, mundo que emerge das interações entre atores em um evento social (BRAZ, 2006; DOMINGUES, 2004; HERNÁNDES, 2007; HOLLAND, 1998).

Este trabalho tem como objeto de estudo a compreensão da *emergência de realidades* no ensino superior da saúde, segundo os atos e as falas da área da fisioterapia nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). A fisioterapia surge como estudo de caso quanto à temática da mudança na graduação em saúde, tomando o contexto das DCN/Saúde como *acontecimento*, coletivo e interdisciplinar, emergência de realidade na fisioterapia, uma vez que a profissão se apresenta com fortes características, biotecnológicas, corporativas e orientada pelo setor privado de procedimentos de reabilitação física/corporal. Assim, o instrumento das Diretrizes Curriculares Nacionais é tomado como resultado ou evidência da emergência de uma outra educação para o trabalho em fisioterapia e para a atuação intelectual dos fisioterapeutas na sociedade.

Início com a genealogia da pesquisadora (minha trajetória como trabalhadora na área da saúde e docente de fisioterapia e as interrogações que me fizeram habitar lugares de trabalho e formação), buscando *mostrar* a fisioterapia nas ações e nos discursos que culminaram com as Diretrizes Curriculares Nacionais e as mudanças pretendidas para a graduação nos cursos da área da saúde, a fisioterapia como caso. O delineamento metodológico utilizado para a realização desta investigação foi o estudo de caso. Este é caracterizado pelo estudo profundo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado (GIL, 1999). De acordo com Yin, citado por Gil (1999), o estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre fenômeno e contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência. Esse tipo de pesquisa vem sendo utilizada com frequência cada vez maior por pesquisadores sociais, com propósito de explorar situações da vida real cujos limites não são claramente definidos e para descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação.

Como instrumento e procedimento de busca, foram utilizadas entrevistas com atores-sociais, informantes-chave, implicados com essa produção. Procurei identificar princípios e conceitos da teoria da complexidade e das realidades emergentes que pudessem ajudar a fazer desse *movimento* em ato. Creio contribuir com a educação em fisioterapia, sugerindo princípios para uma educação voltada à integralidade na atenção à saúde, bem como para uma estrutura de ensino que valorize seus egressos como cidadãos políticos de grande valor profissional e para afirmar um sistema de saúde de caráter nacional e universal. Esta tese foi orientada pela revisão bibliográfica de artigos científicos, dissertações e teses, além de informes disponíveis em meio eletrônico, que contribuíssem com o estudo da teoria da

complexidade e realidades emergentes, buscando correspondências para o binômio saúde/educação.

Para o estudo, busquei atores sociais que estivessem envolvidos com a montagem das DCN/Fisioterapia por considerar fundamental, na implementação destas diretrizes curriculares, o conhecimento das relações e interconexões provocadas pela área da fisioterapia junto à grande área de saúde nas transformações desejadas no âmbito da formação e do fortalecimento do trabalho em equipe, da integralidade da atenção na saúde e da apropriação do sistema de saúde brasileiro.

Reportando-me à história da fisioterapia com seu caráter reabilitador, com sua formação biologicista e com seu currículo mínimo sem nenhuma contextualização nas necessidades do indivíduo e da coletividade, procurei verificar em que momento houve a *guinada* que justificou a redação das atuais DCN/Fisioterapia em um movimento coletivo das profissões da saúde.

Sabemos que a medicina, a enfermagem e, em menor proporção, a odontologia acumulavam uma larga história de mudança, integrantes que foram dos projetos de integração docente-assistencial ou de integração ensino-serviço-comunidade, assim como foram presença nas lutas pela Reforma Sanitária. Mas e a fisioterapia? Esse momento foi a criação de algo novo para a profissão? Busquei a imagem das realidades emergentes (teoria sistêmica), trazendo alguns conceitos da área da física quântica (física das relações e interações entre os corpos) e das ciências da informação (redes de intercomunicação ou interconexão e coprodução) em uma perspectiva transdisciplinar com a educação.

Desejei, neste trabalho de pesquisa, expressar o *movimento social* que se inaugurou pelo debate das Diretrizes Curriculares Nacionais da área da saúde. Surpreendentemente, profissões de forte regulamentação, sustentadas por componentes legais de prática privativa e não delegável, aceitaram a construção de um ideário interdisciplinar: a área da saúde. Na história das profissões de saúde, no Brasil, a cada lei do exercício profissional, ocorre uma secção entre o permitido ou proibido de antes e o permitido ou proibido em lei, cruzadas de eliminação dos práticos, denúncia de charlatanismo aos praticantes sem diploma de bacharelado, portadores ou não de diplomas de pós-graduação ou título de especialista, detentores ou não de cursos técnicos ou títulos de aperfeiçoamento.

Em meio às fortes estruturas e posturas corporativas, de onde *emerge* a construção curricular da área da saúde, diferente e superior às *áreas disciplinares* da saúde?

Trago, inicialmente, minhas vivências na área da saúde, em especial na docência, e de outros atores sociais implicados, analisando e problematizando um campo de ação: o da fisioterapia. Pretendi realizar um trabalho de relevância para outros pesquisadores e outros profissionais da área da saúde que atuam em instituições de ensino superior, de modo que possam, por meio dessas experiências, refletir sobre suas práticas, ou melhor, nossas práticas, com compromisso e responsabilidade.

Desejei deixar de lado o sossego, a acomodação e busquei a escuta das inquietações, pois tenho ouvido profissionais falarem do papel do fisioterapeuta, dizendo que “a nossa essência é a reabilitação”, que “não podemos negar o nosso passado e deixar de orientar nossa prática pela reabilitação” ou que “a *missão* da fisioterapia é a reabilitação” (falas de meus colegas na docência). A fisioterapia define-se pela recuperação da funcionalidade corporal, pela atuação diante de incapacidades físicas e pela devoção à restauração de padrões de normalidade funcional. Tomando essa afirmação como interrogação, revisito a história da fisioterapia e das profissões da área da saúde, analisando os processos vividos como da ordem da *mudança* e evidencio as emergências que vêm ocorrendo com o profissional de saúde, em especial da fisioterapia, como desenho de novas realidades.

Quando se prioriza o desassossego ou a mudança, vê-se que a maioria dos docentes acomodou-se com o que está dado, instituído, pronto ou formalizado e normatizado. Os docentes então, não estão *formando* profissionais, estão *reproduzindo* operadores de uma prática. Esses mesmos profissionais vão (não)formando outros profissionais, transmitindo pacotes instrumentais de habilidades, vivendo a intervenção *sobre* a *doença* e não *com* os *indivíduos ou coletividades*; uma educação contextualizada nos procedimentos, mas não nas pessoas ou populações. Por que há essa dificuldade com a mudança das práticas? Acomodação? Corporativismo? Influência do complexo industrial da saúde, que traz *o melhor das tecnologias*? Por que não conseguimos mostrar ao profissional em formação a realidade que ele vai encontrar no mundo e no mercado de trabalho? Por que não conseguimos problematizar o mundo do trabalho? Por que não conseguimos integrar o estudante, com protagonismo, na defesa de uma política de saúde com características de acesso universal e de atenção integral? Qual educação queremos? Que profissionais de saúde queremos? Que cidadania brasileira em saúde nós intencionamos, via educação, para as profissões de saúde e para a fisioterapia em particular?

A relevância do presente estudo residiu em documentar uma noção de *movimento social* para a mudança, detectar a emergência de realidades como movimento de invenção de mundos. Como docentes, os profissionais tornam-se atores sociais da mudança no curso de

graduação? Como a fisioterapia aderiu/construiu/propôs Diretrizes Curriculares Nacionais ao ensino superior em saúde? Os movimentos que surgiram em busca de transformação no modelo pedagógico de formação e atuação do fisioterapeuta registram quais contatos com as demandas sociais (no que se refere à integralidade da saúde, ao sistema de saúde vigente e ao trabalho em equipe)?

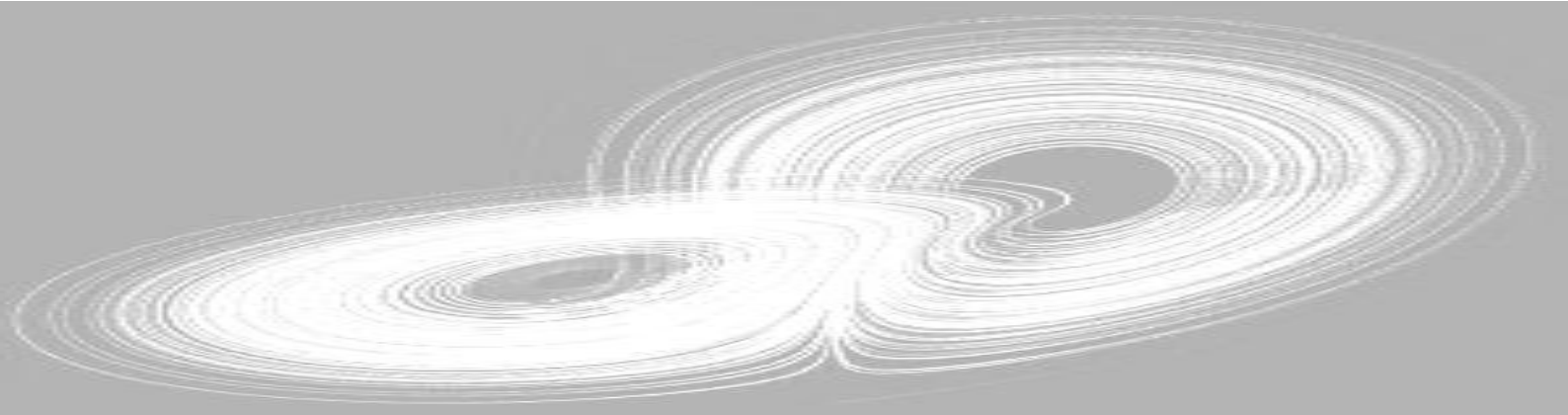
Minha intenção foi contribuir para a possibilidade de mudança na formação e na atuação do fisioterapeuta na busca de uma atenção integral à saúde – e não apenas voltada à reabilitação – e para a participação do profissional de fisioterapia nas mudanças sociais, pertencendo a uma equipe de saúde com quem aprende e ensina e com quem luta por um sistema de saúde de característica universal e equânime. Como tese de doutorado, busquei detectar a emergência de realidades. Como *emergência*, essa realidade não precisa ser ou estar consolidada, basta que se apresente como a *simulação* de um outro mundo. É nessa medida que um *outro mundo* abandona a virtualidade para interferir na realidade, fazendo da atualidade um contexto de produção, não de reprodução. Se ocorrer a emergência de uma realidade é porque aquela que estava posta se desnaturalizou; logo, uma nova materialidade ascende às esferas do visível, algo entra em acontecimento. Forças vivas não têm vitória, têm luta. Na vigência da luta, a materialidade de um mundo está em engendramento, matéria para as interações, produção de surpresas.

Emergência, em sua definição, é um processo de formação de modelos complexos a partir de regras simples. Pode ser um processo dinâmico, ocorrendo através do tempo, mas para um fenômeno ser considerado emergente ele geralmente é inesperado. Um comportamento emergente pode aparecer quando uma quantia de entidades (agentes) simples opera em um ambiente, formando comportamentos complexos no coletivo (HOLLAND, 1998).

Minayo (2008) corrobora a ideia de Holland com o significado da *complexidade*, sendo esta um entrelaçamento de comportamentos, causas, processualidades. A autora enfatiza que “nas teorias da complexidade, os temas de estudo são entendidos como objetos em contexto” (ibidem, p. 136). Para ela, “contextualizar é ver um objeto existindo dentro de um sistema e colocar foco nas suas interligações, conexões e redes de comunicação” (ibidem, p. 136). Minayo lembra que os autores que trabalham com teorias sistêmicas usam a imagem da espiral para se referir às interações em que os efeitos e os produtos são necessários ao próprio processo que os gera.

Por que faço uso da ciência da complexidade, das realidades emergentes, com a formação e o desenvolvimento dos profissionais da saúde no ensino superior? Porque, na

ciência da complexidade, a emergência refere-se ao que surge (ou se produz) de maneira heurística, ou seja, de modo que um conjunto de regras ou métodos vise a invenção ou a resolução de problemas vividos em contato e mantidos por crenças ou processos de vida. Pode-se considerar o surgimento de grupos e associações que participaram da elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais como emergentes de realidade, pois são horizontes de possibilidade, de mundos possíveis. Um movimento dos docentes surge, emerge, por meio da interação de atores, gerando possibilidades. Algo novo aparece, inclusive a possibilidade de *movimento social*. É como algo novo que surge a possibilidade da mudança na formação dos profissionais; ela é pensada por diferentes atores, atuada em rede de atores, implicada com a transformação de modelos curriculares e interessada nas Diretrizes Curriculares Nacionais. As possibilidades não são criadas por um agente – elas são o resultado de fortes interações não lineares (em espiral), interações que desencadeiam reações e geram interatividades.



2. GENEALOGIA DA PESQUISADORA, DOCENTE EM FISIOTERAPIA

CAMINHO

Andei,

Ando,

Andarei...

Fui,

Sou,

Serei

Não eu,

Um outro

Diferente

De mim,

Que mudei

Mudo,

E mudarei.

(VEPPO, 2002, p. 29)

Na constante busca em minha transformação como sujeito (que fui, sou, serei) e na busca de conhecimento novo, busco o desconhecido, o não vivido, o meu dever. Começo esta tese pela minha trajetória vivida, a genealogia da pesquisadora, docente na área da saúde.

Minha trajetória na docência iniciou-se em 1990, e 21 anos já se passaram. No papel de docente, procurei entender se estava no caminho quanto à minha prática em sala de aula, por isso, realizei uma especialização em Metodologia de Ensino Superior, em 1994, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Minha graduação era somente bacharelado, então sentia a necessidade de um conhecimento maior sobre o assunto. A imagem de que dispunha ou mesmo o *impregnado em mim* era a docente *transmissora de conhecimento*. Nesse curso, recordo-me de uma aula em que nos foi solicitado assistir ao filme *Sociedade dos poetas mortos*, no qual um professor *de pensamento* ingressa em uma escola tradicional e, no primeiro dia de aula, pede aos alunos que destaquem a primeira folha do livro, o que faz com que todos fiquem perplexos... Em cena posterior, pede aos alunos para que subam em suas carteiras, fazendo com que se estranhem e, assim, reflitam, vejam as coisas sob outro ângulo, sob outro olhar. Após o término do filme, não me senti um pouco melhor, mas compreendi a diferença entre transmissão, treinamento e problematização. Questionei-me sobre a pedagogia aplicada pela maioria dos docentes com os quais tive aulas.

Os melhores seriam aqueles que mais enchem os alunos de conteúdos, numa *pedagogia bancária*? Seriam aqueles que ensinam sem mostrar o porquê ou quais as aplicações reais do conhecimento? Aqueles que aceitavam existir uma dicotomia entre a teoria e a prática? Aqueles que defendiam *aplicar* a teoria somente no estágio supervisionado, no último semestre do curso? Questiono-me como, nos dias atuais, com toda a informação que está ao alcance dos alunos, todas essas práticas mantêm-se viáveis e estruturantes do ensino na área da saúde.

A observação da prática dos docentes do ensino superior, voltada para a transmissão do conhecimento, tendo a doença como o foco principal, a visão que desconsidera os saberes e as vivências que os alunos acumularam na vida e por meio da cultura, a noção de que estudantes são aqueles que precisam ser preenchidos por conteúdos profissionais e a afirmação de que o ensino dos princípios e das diretrizes do sistema nacional de saúde é desperdício, diante do escasso tempo para o treinamento de habilidades, pertenciam e ainda pertencem ao meu dia a dia, o que não me deixava (não me deixa) confortável.

Natural de Santa Maria, ingressei no curso de fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em 1981, com o intuito de trabalhar com reabilitação, pois tomei conhecimento da profissão ao observar o atendimento de uma fisioterapeuta no tratamento de uma pessoa da família, muito próxima a mim. Busquei a fisioterapia, tendo como parâmetro a reabilitação, até então uma profissão desconhecida como curso superior. Graduei-me em fisioterapia pela UFSM em 1983 (quinta turma), sendo este um curso orientado pelo perfil técnico e biologicista da reabilitação, predominantemente embasado no estudo isolado de órgãos e sistemas anátomo-funcionais, o corpo visto como uma máquina. O currículo era composto predominantemente por disciplinas das ciências biológicas e da intervenção fisioterapêutica. Não faziam parte da graduação o estudo de sociologia, alguma abordagem da antropologia ou o conhecimento da psicologia, colocadas como disciplinas de formação geral, mas abordadas superficialmente e fora do contexto profissional. *Saúde pública* sequer havia no currículo; *política de saúde* ou *sistema de saúde vigente* nunca teve menção no ensino.

Como egressa, atuei em uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae), no município de Júlio de Castilhos, que contava com uma equipe muito pequena. Eu me interessava pelo trabalho das outras áreas, procurando, junto aos colegas, discutir os casos de cada criança, buscando melhorias na qualidade de vida, e não apenas a normalização de funções fisiológicas.

Saindo de Júlio de Castilhos, fui residir em Bagé, por motivos familiares. Ingressei em uma instituição com crianças com necessidades especiais, com uma equipe bem maior, dando

continuidade ao meu aprendizado empírico – era uma equipe com muitos conflitos. Nas reuniões de estudo de caso (todas as quartas-feiras), interessava-me muito pelos temas abordados; para mim era um aprendizado participar de discussões com o serviço social, a psicologia, a pediatria, a psiquiatria, a neurologia, a odontologia e a fonoaudiologia. Eu era a única fisioterapeuta da equipe.

Em 1987, ingressei, junto com uma fonoaudióloga, em um serviço municipal de educação, em um centro educacional que atendia crianças com necessidades especiais. Fisioterapeuta e fonoaudióloga não faziam parte do quadro funcional do município, fomos contratadas em *desvio de função*. Após algum tempo, junto com a coordenação do serviço, conseguimos passar ao quadro da Secretaria Municipal da Saúde. Apresentamos o trabalho desenvolvido naquele serviço em uma reunião da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (Cims), ganhando o apoio de gestores e usuários da rede de saúde para a incorporação do nosso trabalho. Fomos incorporadas ao quadro de profissionais da saúde, a fisioterapeuta e a fonoaudióloga, no período de vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds)¹. A partir de então, foram realizados concursos para as áreas de fisioterapia e fonoaudiologia junto à Secretaria da Saúde.

Em 1989, fui convidada pela Universidade da Região da Campanha (Urcamp) a participar do projeto de criação do curso de fisioterapia daquela universidade (privada e que mais tarde passou a universidade comunitária), sendo elaborado com base na Resolução do Conselho Federal de Educação (CFE) nº 4, de 28 de fevereiro de 1983, implantado em 1984, do qual passaram a constar as disciplinas de formação geral (Psicologia, Sociologia, Antropologia, Saúde Pública e Fisioterapia Preventiva). O projeto de criação do curso foi um desafio, no qual compartilhei com o colega Itamir Madruga, ambos egressos da Universidade Federal de Santa Maria. Sem experiência na docência, fomos buscar subsídio em nossa universidade de formação para criação e implantação do curso. O molde era o curativo-reabilitador. O curso foi então criado dentro de uma visão mercadológica (hoje tenho a percepção de tal fato), pois na região existia uma “fatia” capaz de sustentar tal demanda. Era a década de 1990, o início do curso enquadrava-se no período de grande expansão na abertura dos cursos de fisioterapia, em especial nas universidades privadas. Nós éramos a sexta

¹ 1987: implantou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), como continuidade à estratégia até então adotada pelas Ações Integradas de Saúde (AIS); 1988: a Constituição Federal aprovou a criação do Sistema Único de Saúde. 1990: promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90), que dispôs sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de governo (BRASIL, Ministério da Saúde, 1993).

universidade no estado do Rio Grande do Sul a criar um curso de fisioterapia. O curso seguia os semestres dentro da lógica mecanicista, onde a preocupação era com a montagem dos laboratórios, compra de equipamentos e instalação de infraestrutura. Seguindo esta lógica, nossa preocupação era com os padrões mínimos de qualidade, pois o curso passaria por processo de reconhecimento (o que ocorreu no mês de abril de 1994). Por meio de concurso para a disciplina de Fisioterapia Preventiva, começaram a fazer parte do corpo docente da Urcamp duas colegas que foram importantíssimas para o curso e para a mudança no meu modo de pensar a educação superior e a formação profissional na saúde, Carla Centurião e Vera Maria Rocha.

Em 1993, a SESu/MEC nomeia a primeira Comissão de Especialistas de Ensino Superior de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com o objetivo de formular os padrões mínimos de qualidade para os cursos de fisioterapia e terapia ocupacional no Brasil. Em novembro de 1994, me fiz presente no I Seminário Nacional de Ensino de Fisioterapia, realizado na Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte). O evento reuniu docentes de Instituições de Ensino públicas e privadas, sendo formulado um documento que serviria de referência para a avaliação dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional. Minha preocupação não era somente com os padrões mínimos de qualidade, mas começava a enunciar a preocupação com a inserção do nosso curso na sociedade, na política de saúde, na produção do pensamento científico-profissional. O qual minhas colegas da graduação em enfermagem há muito tempo vinham fazendo em seu curso.

Juntamente com as atividades administrativas e a docência, realizei, por intermédio do Centro de Ciências da Saúde e com docentes do mesmo, inúmeras atividades de extensão, mantendo uma constante articulação com a população local. Por meio dessa interação com a população, minha visão em relação à saúde e à formação dos profissionais foi se modificando – sentia que as atividades junto à população deveriam ser realizadas desde o início do curso e não somente em disciplinas como Fisioterapia Preventiva ou Saúde Pública.

No âmbito da docência, da coordenação e da direção do Centro de Ciências da Saúde, surgiam dúvidas acerca do atuar. Sentia a necessidade de ampliar meu campo de visão, compreender melhor o campo da saúde coletiva, buscar referenciais junto às políticas públicas e de gestão setorial e junto aos movimentos sociais.

Em 1996, surgiu a oportunidade de fazer um mestrado na área da Saúde Pública, devido a um convênio da Urcamp com uma universidade da Argentina, a Universidad Nacional de Rosario (UNR). Foram selecionados profissionais com uma trajetória em serviço de saúde, não só docentes, mas, também, profissionais da assistência e da gestão, o que

enriqueceu nosso aprendizado. Esse período foi de grande crescimento para mim, pois iniciamos com uma horizontalização de percursos, e os que concluíram essa etapa obtiveram a titulação de especialista em Saúde Pública. Tivemos no corpo docente professores como Mario Rovere, que coordenava o curso, Gastão Wagner de Souza Campos, Sandra Caponi, Maria Del Carmen Troncoso, Adolfo Chorny, Mario Testa e Francisco Campos, nomes reconhecidos no Brasil e na Argentina, como formuladores, pesquisadores e docentes de destaque na saúde pública. Seis docentes foram selecionados e concluíram o mestrado na Argentina (UNR). Tivemos aulas, no mestrado, com Gastão Wagner de Souza Campos, Luís Carlos de Oliveira Cecílio, José da Rocha Carvalheiro, Mario Rovere, Mario Testa e Mario Bloch, entre outros, representantes líderes de pensamento na saúde pública do Brasil e da Argentina.

Meu trabalho de conclusão na especialização foi no campo da formação de profissionais de saúde, tendo como título *Reflexão sobre a apropriação do conhecimento em saúde: pesquisa de caráter exploratório*, reunindo como *sujeitos* os docentes de Fisioterapia Preventiva, estudantes de fisioterapia e a comunidade do bairro Pedra Branca, no município de Bagé, enfocando a análise dos projetos de extensão do curso de graduação em fisioterapia. Nessa experiência, pude constatar que os estudantes, vivenciando uma localidade geopolítica, por meio da supervisão docente, entendiam que as questões de saúde não estavam puramente orientadas pelo lado técnico, mas, também, pelas questões sociais. Entretanto percebia que não ocorria *apropriação* do conhecimento repassado em aula, pois os conhecimentos (conteúdos) não se transformavam em ação social concreta; evidenciava-se a dicotomia entre a ação profissional e a ação social. Os alunos não interagiam com a população na tentativa de uma transformação, não havendo resolutividade nas ações em saúde.

Concluí que a apropriação do conhecimento em saúde não se daria em pacotes prontos de conhecimentos levados à população, utilizando-se dela como campo de aplicação da prática; era necessário contextualizá-la para os alunos, os docentes e os serviços de saúde, interagir com ela, não apenas na busca de solução de problemas técnicos, mas na transformação da própria cultura das instituições de saúde.

O embasamento teórico empregado na pesquisa de conclusão da especialização foi o da Educação Permanente em Saúde. Busquei autores como Mario Rovere, Maria Cristina Davini, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Maria Alice Roschke, Jorge Haddad, Eliana Cláudia Otero Ribeiro, José Inácio Jardim Motta, Márcio José Almeida, Jaime Breilh, Eugênio Vilaça Mendes, Aluísio Gomes da Silva Júnior, Gastão Wagner de Sousa Campos,

Luís Carlos de Oliveira Cecílio, Emerson Elias Merhy, José Venturelli, Donald Schön, Mário Testa e Paulo Freire.

Meu orientador, professor Mario Rovere, dizia que, para realizar a pesquisa, eu precisava estar seduzida pelo objeto da investigação. Tal foi minha paixão que continuei essa caminhada, realizando minha dissertação, em 2001, abordando a formação de profissionais de saúde e a educação permanente em saúde, que teve como título *Práticas comunitárias interprofissionais dos alunos do Centro de Ciências da Saúde da Urcamp: uma experiência de pesquisa-ação*. Como informantes-chave estavam, pela universidade, dez discentes e cinco docentes entre os cursos de Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Enfermagem e Farmácia, e, pela população, narradores do bairro Ivo Ferronato, da periferia do município de Bagé, que realizavam cursos de educação em saúde, ministrados pelos alunos. Gostaria de ter envolvido os profissionais da unidade local de saúde, mas infelizmente isto não foi possível. Dei continuidade aos estudos de pós-graduação, tendo como foco a Educação Permanente em Saúde.

A pesquisa-ação realizada teve como ponto de partida o tipo de orientação pedagógica existente entre docentes, discentes e moradores do bairro nos projetos de extensão dos cursos da área da saúde da Urcamp. O objetivo estabelecido foi analisar as relações pedagógicas por meio das práticas populares (comunitárias) que intencionavam a transformação do modelo pedagógico centrado na sala de aula, na transmissão da informação e na avaliação cognitiva por acumulação de conteúdos. A investigação buscava considerar de que forma ocorria a apropriação do conhecimento em saúde pela população nos projetos de extensão, enfocando também de que forma a educação em saúde levada à população contribuía para a busca de melhorias na qualidade de vida individual e coletiva e se as ações em saúde por meio da reflexão dos docentes, discentes e cidadãos incentivavam a participação social.

Com este estudo, verifiquei que os alunos do Centro de Ciências da Saúde, dentro dos projetos de extensão vivenciados no bairro, entenderam que as ações em saúde não eram voltadas somente para os fundamentos biológicos, mas que passavam pela intervenção diante dos determinantes e/ou condicionantes sociais. Os alunos *creciam* como cidadãos comprometidos, porque possuíam a percepção da relação que existe entre a estrutura de vida das pessoas e os aspectos socioeconômicos a que estão submetidos, além do seu pertencimento cultural, observando a importância do binômio saúde/educação para a mudança nas condições de vida e incentivo à participação cidadã. Como relação pedagógica, emergia a corresponsabilidade dos atores sociais com ensino, ação de saúde e ação social. Os participantes vislumbravam fatos de interesse de cada um em particular, chegando a um

aprendizado coletivo, no qual se utilizavam de conhecimentos preexistentes, suas experiências e vivências, estabelecendo relações horizontais, permitindo-se aprender uns com os outros. O aprendizado que se deu entre docentes, discentes e moradores existiu, porque além da motivação, havia a criação de um interesse comum, uma interação e, sobretudo, diálogo, no qual demonstravam por meio do transbordamento de emoções, um significado cognitivo como o da descoberta ou o do *encontro com o outro*.

Em relação ao processo de aprendizagem, os estudantes tiveram o docente como facilitador, dentro de uma pedagogia com proposta problematizadora e, embora a forma como os conhecimentos sobre saúde fossem apresentados à população, com aulas expositivas e trabalhos em grupo (da mesma forma com que no decorrer do processo ensino-aprendizagem, vinham sendo expostos em sua formação), as pessoas foram capazes de interagir com suas experiências e transformar as ações educativas em novas práticas, o que fez com que os alunos refletissem sobre suas ações, buscando a construção de novos conhecimentos.

A interdisciplinaridade foi constatada como um aprendizado *a ser conquistado* devido à dificuldade que os professores e estudantes apresentavam para sair de seu núcleo de *saber profissional* para o campo do *saber em saúde*. Os estudantes percebiam a importância de outros saberes para a sua formação, sendo a interdisciplinaridade parte importante do processo de construção do conhecimento. No entendimento dos estudantes, não ocorria verdadeira interdisciplinaridade, mas a população não percebia assim; relatavam a capacidade de uma visão do todo presente nos profissionais (estudantes) de saúde, que se apresentavam ali como detentores de uma área do conhecimento.

Com esse relato, procuro refletir sobre o quanto ainda é necessário de aprofundamento nos estudos em relação à formação e ao desenvolvimento dos profissionais de saúde em busca de transformações do modelo pedagógico vigente e de contextualização ao processo ensino/aprendizagem.

Ao longo de minha carreira, acompanhei várias mudanças curriculares junto aos cinco cursos da grande área da saúde implantados na Urcamp, pois ocupava o cargo de diretora do Centro de Ciências da Saúde. Consegui realizar várias mudanças significativas – implantei o estágio em Saúde Comunitária nos cinco cursos lá existentes, formando equipes com alunos dos diversos cursos para atuar junto à atenção básica em saúde no município, colocando como supervisores professores da grande área da saúde, não necessariamente um docente de cada curso. Pretendia, junto aos docentes, algumas mudanças de sentido, no mínimo a noção de integralidade da atenção.

Outra experiência que considero de grande importância foi um trabalho desenvolvido junto ao Centro Municipal de Apoio Educacional Mathilde Fayad, onde, junto com estagiários da fisioterapia, psicologia e, algumas vezes, com a participação do curso de farmácia, integrávamos um grupo de atenção aos pais de crianças com necessidades especiais e dificuldades de aprendizagem, no qual realizávamos uma roda de conversa, com dinâmicas de grupo e problematização dos conhecimentos prévios de cada um. Era enriquecedor ouvir a história de vida de cada pessoa, a troca, o apoio mútuo. Os assuntos surgiam espontaneamente, e cada um tinha uma participação efetiva com sua vivência e seu conhecimento para a resolução de problemas por eles apontados. Entendo que os alunos sentiam a necessidade de ir além do conhecimento técnico e de buscar a compreensão do cuidado, valorizando as experiências de vida, almejando a alteridade, a integralidade e o entendimento do *projeto terapêutico* com base nas demandas dos usuários e em *projetos de felicidade* (a singularidade do cuidar que se inter-relaciona com os modos de andar a vida).

Meu interesse em continuar pesquisando essa área da educação e saúde, ou da formação e desenvolvimento de profissionais em saúde, levou-me a integrar o Polo Regional de Educação Permanente em Saúde, criado em 2005, na região sul do Rio Grande do Sul, por meio da articulação dos governos federal e estadual, para a melhoria dos serviços locais de saúde. Particpei do curso de formação de facilitadores em Educação Permanente em Saúde, promovido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, o qual contribuiu muito para a mudança na minha prática como docente e trabalhadora da saúde, mostrando que é possível o trabalho coletivo entre a instituição de ensino (universidade), o sistema de saúde e os usuários.

Em 2007, deixei a Urcamp, devido à aprovação em concurso público federal junto à recém-criada Universidade Federal do Pampa (Unipampa), inaugurada com três cursos da área da saúde na mesma região da campanha sul-rio-grandense – fisioterapia, farmácia e enfermagem. Deparei-me, novamente, com a visão tecnicista dos docentes, voltados para um modelo hospitalocêntrico, descontextualizado das necessidades sociais em saúde no município. Perguntava-me como uma universidade recentemente criada poderia dar continuidade a esse modelo. A questão é que este ainda é o modo de pensar e exercer a docência universitária em saúde.

É possível mudar tal realidade? Como transformar as atuais diretrizes curriculares nacionais em ações concretas, se este é o real?

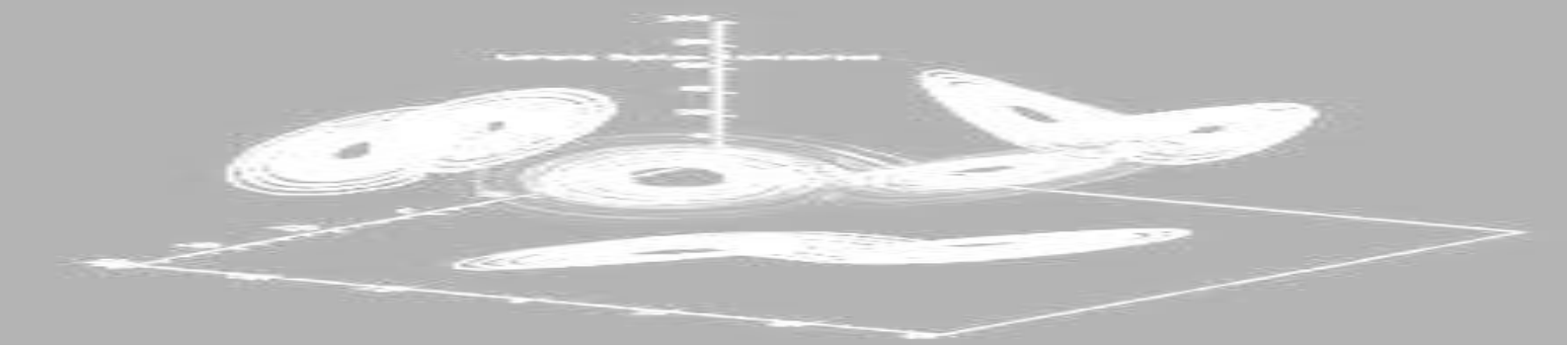
Com o doutorado em educação, no Grupo Temático de Educação em Saúde, busquei dar andamento a uma pesquisa voltada para a formação e o desenvolvimento de profissionais

da saúde, especialmente o caso da fisioterapia, uma profissão voltada à reabilitação, na qual cada vez mais os aparelhos substituem as mãos e em que política e cidadania não são curriculares.

Pretendi, a partir da fisioterapia, de sua história, da criação de cursos e da incorporação ao trabalho, pensar o desenvolvimento de atores sociais da profissão com um olhar sobre a integralidade, o trabalho em equipe e o engajamento ao sistema de saúde. Com a pesquisa de doutorado, busquei um aprofundamento teórico, o reconhecimento da organização da mudança na graduação, em especial o trânsito dos *ideários de mudança* para uma *política da mudança*. Sinto-me com extrema responsabilidade, como docente de ensino superior e como trabalhadora da área da saúde, para com a mudança na formação, propiciando que ela seja coerente com as necessidades sociais, à demanda de qualificação do sistema de saúde, à cidadania nacional e ao desenvolvimento cultural e tecnológico de mérito acadêmico e relevância pública.

Todavia, hoje me encontro atuando em uma universidade federal na qual participei do processo de mudança do currículo do curso de fisioterapia, por força da política pública de educação, e observei a dificuldade dos professores nesse processo – a incompreensão da proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais e dos desafios de uma educação com metodologias ativas, integradas com a população, em que estão inseridos os serviços de saúde, preparando profissionais para atuar junto ao sistema de saúde vigente, e para que sejam efetivamente transformadores da realidade social, marcando o trabalho pela compreensão da interdisciplinaridade (o trabalho em equipe) e responsabilizando-se por uma atenção à saúde que esteja pautada pela integralidade.

E nesses movimentos que ocorrem também com a nossa vida, encontro-me novamente em Bagé, atuando na Unipampa, campus Bagé, na área da Educação, mais especificamente nas disciplinas Políticas Públicas no contexto brasileiro e Psicologia e Educação. Assim, procuro – com minha experiência e acumulações, ao longo desses anos no papel de docente/educador, contribuir para a formação de futuros professores, críticos, reflexivos, vendo o indivíduo na sua totalidade, mostrando que a formação não se restringe aos conteúdos ministrados nas disciplinas, mas que a Educação perpassa outros campos do conhecimento (os campos das artes, da sociologia, da antropologia, da saúde e do saber popular). E que, de posse desses saberes, deve-se dar ênfase à formação para a solidariedade e para a cidadania, imbuídos os profissionais em seu verdadeiro papel de transformação social.



3. A GRANDE ÁREA DA SAÚDE E A FISIOTERAPIA

Ceccim e Carvalho (2009) lembram que as Ciências da Saúde, institucionalmente organizadas, conformam a grande área da saúde, integradas por um conjunto de profissões cujos núcleos de competência se organizam pelas práticas do assistir e por outro conjunto de profissões cujos núcleos de competência integram práticas de promoção da saúde. Entre os núcleos de competência das profissões estão os atos de saúde prestados às pessoas e aqueles que são dirigidos às coletividades humanas. O conjunto dessas profissões foi elencado na tabela de áreas de conhecimento da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (Capes) como Ciências da Saúde.

O processo de constituição das profissões da área da saúde carrega em suas características estruturais o modelo hegemônico representado pela medicina. Tal situação pode ser observada na educação dos profissionais de saúde, pelo modelo flexneriano, marcante na história da educação médica, mas com igual influência no ensino profissional de fisioterapeutas.

Chaves e Kisil (1999) referem que a revolução científica do final do século XIX levou a um sério questionamento sobre a prática da medicina e do aparelho institucional para exercê-la, devendo tais práticas realizarem-se em local com tecnologia disponível para diagnóstico e tratamento, surgindo o hospital como local de práticas hegemônicas nos cuidados de saúde. O ensino foi trazido para dentro da universidade, mas, em especial, para dentro do hospital universitário, tendo como objetivo o indivíduo e não a coletividade, utilizando tecnologias cada vez mais complexas e menos acessíveis à população, podendo, por isso, ser considerado *instrumento* de discriminação de classe social não orientado pela sociedade, mas por um específico padrão de acesso.

Para os mesmos autores, esse não seria o único modelo possível, porque recebia críticas desde o início do século passado. A melhor evidência disso foi o manifesto do Partido Trabalhista inglês, de 1917, que discutia como se deveria organizar o setor da saúde naquele país. No relatório conhecido como Relatório Dawson (1920), coordenado por Lorde Bertrand Dawson, propunha-se que os serviços fossem ordenados e organizados por tipos de complexidade, atendendo a populações por regiões específicas (regionalização de serviços de saúde). Baseava-se no princípio do Estado como provedor e controlador das políticas de saúde; os serviços de saúde seriam responsáveis por ações preventivas e terapêuticas. “A separação entre a medicina preventiva e a curativa era criticada por Dawson; ele propunha uma atuação coordenada por meio de médicos generalistas, capazes de atuar [com os] indivíduos e [sobre] as comunidades” (SILVA JR., 2006, p. 54). Essas ideias serviram de base para o sistema de saúde da Inglaterra, estabelecido em 1948, após a II Guerra Mundial.

Um pouco antes, em 1910, nos Estados Unidos, havia intenso questionamento acerca da maneira como eram formados os médicos e como resultado do trabalho de avaliação institucional do ensino – uma comissão estabelecida pela Fundação Carnegie e presidida por Abraham Flexner – apresentou um relatório com recomendações, conhecido como Relatório Flexner, que marcou profundamente o desenvolvimento do setor da saúde durante o século XX em toda a América Latina. Silva Jr. (2008, p. 44), citando Eugênio Vilaça Mendes (1993), sintetiza as proposições do Relatório Flexner:

- definição de padrões rígidos de acesso à formação;
- ampliação para quatro anos na duração mínima dos cursos;
- introdução do ensino em laboratório;
- estímulo à docência em tempo integral;
- expansão do ensino clínico especializado e em hospitais;
- vinculação das escolas médicas às universidades;
- ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino;
- vinculação da pesquisa ao ensino;
- estímulo à especialização médica; e
- controle do exercício profissional pela profissão organizada.

Chaves e Kisil (1999, p. 3) assinalam que foi tão grande a influência do modelo flexneriano na formação médica que “até hoje se podem reconhecer suas marcas no modelo hegemônico de formação”. Os autores referem a consolidação, na América Latina, de uma ciência que, embora com inúmeros problemas, forjava um sentido de desenvolvimento científico e de formação de docentes e de pesquisadores inimaginável no início do século passado.

Na visão de Centurião (1997, p. 47), o modelo flexneriano, “embora tenha permitido grandes avanços no desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde”, estabeleceu um projeto de formação “cujas raízes ideológicas se apresentam comprometidas com a alienação, assumindo um papel normatizador da sociedade”, além de medicalizador “dos problemas sociais e políticos”. Por outro lado, segundo a autora, esse modelo conferiu ao setor da saúde uma dinâmica econômico-produtiva, “em termos do florescimento da indústria farmacêutica e de equipamentos, que passou a ser o seu principal condicionante, gerando uma situação de extrema resistência a qualquer projeto de reversão desse modelo”.

O modelo flexneriano determinou um perfil à educação dos profissionais de saúde, no qual um conjunto de elementos estruturais, sinérgicos entre si, passou a direcionar sua prática. Entre esses elementos, estão: o *mecanicismo*, em que o corpo é visto como uma máquina, elemento essencial do modo de produção dominante; o *biologismo*, para o qual a doença é vista exclusivamente por sua natureza biológica, sendo os determinantes sociais excluídos das causas e dos condicionamentos dos estados de saúde ou doença. Silva Jr. (2006), ao citar Mendes, diz que tal concepção teria influenciado a teoria epidemiológica, reduzindo a causalidade das doenças à ação de agentes etiológicos de natureza biológica, isto é, a agentes anistóricos e associativos, opondo-se à epidemiologia virchowiana, para a qual as epidemias eram determinadas por desajustes sociais e culturais. Outro elemento estrutural é o *individualismo*, em que o modelo científico elege o indivíduo como seu objeto, alienando-o de sua vida e dos aspectos sociais, responsabilizando-o por sua doença (SILVA JR., 2006).

A *especialização* é outro elemento estrutural. Ela já existia na medicina antes de esta se tornar científica, no entanto as necessidades de acumulação de capital exigiram a fragmentação do processo de produção e do produtor pela divisão do trabalho, incrementando-se o processo de especialização. Outro aspecto é a *exclusão das práticas alternativas*, na qual *uma* medicina se impõe sobre as outras práticas médicas (acadêmicas e populares), tidas como ineficazes, por não serem cientificamente comprovadas (ibidem).

A *tecnificação do ato médico* é mais um elemento estrutural, consolidando uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças. A sofisticação nas técnicas e nos equipamentos levada à engenharia biomédica gerou expectativas para a população quanto à melhoria na qualidade de vida, legitimando a medicina científica na sociedade. Silva Jr. (ibidem, p. 46) afirma que a “tecnificação do ato médico pela medicina científica fez erigir, por razões ideológicas e econômicas, como parâmetro de qualidade, o grau de densidade tecnológica em detrimento da medicina em promover ou restaurar a saúde e prevenir doenças”.

Outro elemento estrutural da medicina científica é a ênfase na *medicina curativa*, visto que privilegia a tecnologia, o diagnóstico e a terapêutica, prestigiando o processo fisiopatológico em detrimento de causas. Houve uma concentração de recursos nos espaços urbanos e nos hospitais, assim a medicina científica termina localizada predominantemente no âmbito urbano, industrial, que corresponde ao espaço hegemônico do capital monopolista.

A medicina científica surgiu no período de formação do capitalismo monopolista, o que se deu no final do século XIX e no início do século XX. Ainda que as características básicas do novo paradigma tenham sido construídas originalmente em países europeus

desenvolvidos (Inglaterra, Alemanha e França), elas se consolidaram, definitivamente, nos Estados Unidos, país que passou a liderar o processo de industrialização mundial. Essa era, também, a *Era Progressista*, caracterizada pela aceitação tácita de movimentos reformistas que visavam à criação de um Estado moderno, regido pelas leis da ciência e destinado a exercitar formas de controle social que pudessem resolver as contradições geradas pela industrialização.

O processo de industrialização americana deteriorava as condições de vida e de trabalho do proletariado urbano. Por força das lutas sociais na evolução do sistema capitalista, impuseram-se limites à duração das jornadas de trabalho, o que terminou por tornar imperativa, aos capitalistas, a maior produção em menor tempo. A medicina foi chamada a desempenhar importante papel nesse processo, “estudando o rendimento do corpo humano, protegendo-o e restaurando-o de modo a maximizar a produção” (MENDES, 1982, p. 28).

A medicina não podia mais se centrar prioritariamente, como fazia o sanitarismo, nos fatores do ambiente. Sua preocupação principal passou a ser o corpo, reconhecido política e socialmente como força de trabalho. Como consequência, o objeto hegemônico da prática médica deslocou-se do coletivo para o individual. O modelo cientificista (ou flexneriano) expressava uma nova realidade da medicina/saúde que não somente exercia controle social e reproduzia a força de trabalho, mas transformava a si própria numa mercadoria, “desejo para uns e lucro para outros” (FOUCAULT, 1974 apud SILVA JR., 2006, p.21).

A crise da medicina científica verificou-se a partir dos anos 1970, devido aos problemas relativos à ineficiência e à ineficácia e por causa da desigualdade na distribuição de seus progressos, o que se fez sentir nos crescentes investimentos necessários ao seu desenvolvimento, com uma contrapartida decrescente de resultados. Não há correlação entre os investimentos e os níveis de saúde, sendo este fenômeno denominado *inflação médica* e considerado um fenômeno universal (SILVA JR, 2006). A incorporação acrítica de tecnologia é a principal causa desse aumento de custo, também a especialização profissional e a organização dos serviços orientada segundo padrões de tecnologia, impostos pela *indústria da saúde*.

No caso da saúde, o debate sobre as suas reações com o desenvolvimento econômico, que marcou os anos 1960, ampliou-se na década de 1970, para uma discussão sobre a extensão da cobertura dos serviços. “O reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde possibilitam o estabelecimento do célebre lema saúde para todos no ano 2000” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 12). A partir de então, tem se buscado incorporar avanços tecnológicos da medicina e

da saúde pública a custos compatíveis, na expectativa de que para isso seria suficiente definir estratégias e modos de atenção, modelos de gestão, assim como organização dos serviços, capazes de atingir a meta “saúde para todos no ano 2000”.

Para Paim e Almeida Filho (2000), a nova ordem mundial que se instaurou na década de 1980, advinda do neoliberalismo, provocava a fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas da saúde. Ceccim e Ferla (2009) comentam que, entre 1970 e 1980, um movimento do setor da saúde organizou-se e consolidou-se como luta em defesa da saúde e contrário à ditadura militar, cujo *slogan* era “saúde é democracia” e designava o direito à saúde, expressando saúde como condições saudáveis (boas condições de vida e trabalho). Antes da Constituição Federal de 1988, havia uma dicotomia entre ações de promoção/prevenção e as ações curativas vigentes até esse período. Tal fragmentação ficava assim constituída: a saúde pública estava no setor da saúde e a assistência médica estava no setor da previdência social.

O acesso à promoção da saúde e prevenção de doenças estava garantido apenas nos agravos e eventos de elevada prevalência ou impacto à saúde pública e o acesso à assistência a doenças estava garantido apenas pelo tratamento médico sob o foco da recuperação e reabilitação dos adoecimentos. (CECCIM; FERLA, 2009, p. 444).

A ineficácia compete com o imaginário padrão de atenção à saúde presente nas populações que desenvolveram a crença na tecnologia, mais que em seus profissionais. Para Mendes (1982, p. 89), “estudos demonstram, indiscutivelmente, que os níveis de saúde atuais decorrem muito mais de mudanças no ambiente do que das novas descobertas tecnológicas da medicina científica”. Conforme o autor, “o êxito da medicina científica é menor do que se imagina”. A ineficácia se acentuaria pelo convívio com uma sociedade industrial patogênica “que passa a produzir novas patologias, como é o caso das doenças ocupacionais e as da poluição”. Além disso, a medicina científica teria contribuído para o aparecimento de doenças iatrogênicas. Incapaz de solucionar os problemas de doença, a medicina, contraditoriamente, ainda se torna fonte de novas doenças.

Quanto à desigualdade, devem-se enfatizar as diferenças de classe social no que se refere às necessidades em saúde; ao risco de adoecer, morrer ou incapacitar; e à acessibilidade aos serviços de saúde. Se as doenças infecciosas e parasitárias incidem nas classes sociais mais pobres, sendo até mesmo denominadas *doenças da pobreza*, a variação, segundo as classes sociais, de incidência e prevalência das *doenças da riqueza* (crônico-degenerativas) talvez seja historicamente consequência apenas da falta de registro de informações,

decorrentes do acesso às ações e aos serviços profissionais de saúde ou a problemas dessa natureza (MENDES, 1982). Ao longo dos anos, importantes propostas foram apresentadas à mudança na graduação das profissões da área da saúde, com movimentos protagonizados por associações de ensino e/ou fóruns de docentes, entre os quais se destacam as iniciativas nas profissões de enfermagem, medicina e odontologia.

Macedo e outros (2006) relatam a transformação na graduação de enfermagem, referindo primeiramente a reforma ocorrida a partir de 1968, ainda sob influência do Relatório Flexner (como nas demais áreas da saúde), tendo seu ciclo básico conhecimentos com pouca relação com a futura prática profissional, o aluno estudando em ambientes distantes daqueles do trabalho, lidando com as ciências biológicas por meio dos livros e laboratórios. As autoras citadas demarcaram a VIII Conferência Nacional de Saúde como responsável por indicar a necessidade de revisão dos currículos, de reajustá-los à realidade social, étnica e cultural e ao quadro epidemiológico, desafiando uma formação geral com visão de atenção integral e comprometimento social, sem que qualquer nova legislação se concretizasse no ensino da enfermagem, nesse período.

As autoras (ibidem) abordam, ainda, que, a partir de 1986, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) – articulada com a comissão de especialistas de enfermagem da SESu/MEC, entidades da corporação e instituições de ensino superior – atuou ativamente na discussão do processo de mudança curricular, já correspondendo a alguns princípios da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). A construção de uma proposta logo se iniciou em 1997, continuando-se em 1998 e 1999, com uma configuração de ensino pela integralidade e voltada para o cuidado humano, possibilitando aos alunos uma visão mais abrangente das ações do enfermeiro no contexto da reforma sanitária e como integrante da equipe de saúde.

Ceccim e Carvalho (2009) também enfatizam o movimento da graduação em enfermagem como um novo paradigma curricular, no qual houve a substituição do paradigma da assistência às doenças pelo paradigma do cuidado humano. Assim, o currículo devia favorecer as práticas voltadas para as demandas de saúde da população em consonância aos princípios do SUS.

Os autores (idem, 2009) agregam que, dos anos de 1990 a 2000, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) propôs-se a um ousado projeto de análise e formulação da mudança na graduação em medicina, agregando a participação de docentes, corporação, estudantes e gestores do SUS. Pela primeira vez, os estudantes ocupavam papel de protagonistas do debate sobre o ensino superior. Ceccim e

Carvalho (2009) salientam que, embora não operacionalizado, o projeto Cinaem desejava uma nova teoria científica do ensino em ciências da saúde, deixando como legado, em lugar das determinações do Relatório Flexner, as da Reforma Sanitária Brasileira, defendendo a substituição do enfoque nas doenças para o enfoque nas necessidades sociais em saúde, afirmando o SUS e reconhecendo a atuação em equipe na saúde.

3.1 Fisioterapia: ensino e exercício

A fisioterapia, assim como as demais profissões da área da saúde, passou por diferentes momentos no decorrer da história, mas, fundamentalmente, teve seus recursos e suas formas de atuação voltadas para o atendimento do indivíduo doente (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Como a própria concepção de seu nome nos revela, seu objeto é a terapêutica (tratamento). A fisioterapia é a profissão que utiliza meios físicos para tratamento, manutenção e reabilitação das funções orgânicas por meio do movimento (cinesioterapia), da eletricidade (eletroterapia), do calor (termoterapia), do frio (crioterapia), da radiação (fototerapia) e da massagem (massoterapia), entre outras condutas, produzindo conhecimento, informação e dispositivos de intervenção para a funcionalidade do corpo humano, participando da promoção e da proteção à saúde como área de conhecimento das ciências da saúde.

Nos diversos períodos da história, a profissão passou por diferentes situações, porém manteve o vínculo com o modelo biomédico, com forte tendência em reabilitar, atendendo prioritariamente ao indivíduo em suas limitações físicas. De certa forma, essas características sofreram influências de três fatores: um fator histórico ligado à sua gênese; um fator legal que, obedecendo à sua origem, limitou áreas e campos de atuação; e a formação acadêmica, determinada pelos preceitos das ciências biomédicas, notadamente a medicina.

Andrade, Lemos e Dall'Ago (2006) fazem referências ao título recebido pelo profissional graduado em fisioterapia, que segue uma tradição mundial. Na história nacional da fisioterapia, sua denominação evoluiu de técnico em fisioterapia para fisioterapeuta, originário do termo *physiotherapist*, utilizado pelas escolas anglo-saxônicas. A partir de 1959, em Assembleia Geral da Associação Brasileira de Fisioterapeutas, decidiu-se, por maioria de votos e por coerência, adotar a denominação *fisioterapeuta*, mais usual nos países de origem latina.

Reverendo um pouco da história da profissão e os caminhos que ela percorreu até os dias atuais, percebe-se a forte marca da atuação dos fisioterapeutas na reabilitação, gênese da

profissão na idade moderna, embora práticas fisioterapêuticas sejam usadas desde a Antiguidade, como a massagem ou a eletroterapia, realizada com o recurso ao peixe elétrico, vários séculos antes da era cristã.

No Brasil, a utilização dos recursos físicos na assistência à saúde iniciou-se por volta de 1879, trazendo as características da área da saúde, especialmente da medicina, voltada para a assistência curativa e reabilitadora (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Esse período teve como base o desenvolvimento econômico, com a preocupação de reabilitar os indivíduos lesados em acidentes de trabalho, atenuando o sofrimento e recuperando condições para certas atividades, reintegrando-os ao processo produtivo. Entretanto foi na reabilitação dos indivíduos lesados nos períodos das grandes guerras (I e II Guerras Mundiais) que a fisioterapia teve relevante avanço. Na década de 1950, a profissão teve papel importante na reabilitação de pessoas portadoras de sequelas físicas devidas à incidência e à prevalência da poliomielite, reforçando seu caráter reabilitador.

Conforme Marques e Sanches (1994), o primeiro serviço de fisioterapia instalado no Brasil data de 1929, e foi instituído pelas mãos do médico Waldo Rolim de Moraes, o Dr. Rolim, que inaugurou o serviço de fisioterapia no Instituto Radium Arnaldo Vieira de Carvalho para dar assistência aos pacientes do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Em 1951, iniciou-se o primeiro curso para formação de técnicos em fisioterapia e, em 1956, o primeiro curso para formar fisioterapeutas, voltado à reabilitação, com duração de dois anos.

Os autores citados (ibidem) fazem referência à prática da fisioterapia profissional no Brasil, que teve início em 1919, com a inauguração do Departamento de Eletricidade Médica pelo Prof. Raphael de Barros, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Quando o Dr. Rolim (como era conhecido) planejou o primeiro curso de fisioterapia do Brasil, o fez com patrocínio do Centro de Estudos Raphael de Barros. O curso foi instalado no Hospital das Clínicas da USP (HC), onde os alunos recebiam aulas do corpo docente de medicina e enfermagem da USP e de médicos do HC/USP. Ao final da formação, os estudantes respondiam a uma avaliação teórica e a um exame teórico-prático sob a presença de uma banca de médicos e enfermeiros do Serviço de Fiscalização Profissional do Estado de São Paulo. O curso do HC/USP, contam-nos Marques e Sanches (ibidem), persistiu até 1958, quando foi criado o Instituto de Reabilitação, junto à cadeira de ortopedia e traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), já respondendo aos padrões internacionais mínimos, com duração de dois anos, para atender aos programas de reabilitação propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Por estar vinculado à Universidade de São Paulo, o curso de fisioterapia desenvolvia-se com recursos e estratégias didático-pedagógicas universitárias, porém somente em 7 de abril de 1967, por meio da Portaria nº 347/67, do Gabinete do Reitor da USP, a referida instituição regulamentou os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, do Instituto de Reabilitação da Faculdade de Medicina (MARQUES; SANCHES, 1994).

Um dos primeiros documentos legais publicados oficialmente e que regulamentam a profissão de fisioterapeuta no Brasil é o Parecer nº 388/63, do Conselho Federal de Educação (CFE), que define a ocupação e os limites do trabalho e da atividade fisioterapêutica. Nesse parecer, o fisioterapeuta é definido como um profissional auxiliar do médico, pois sua atuação se faria no âmbito da realização de tarefas de caráter terapêutico a serem desempenhadas sob a orientação e a responsabilidade desse profissional. O fisioterapeuta aparece como membro da equipe de reabilitação em saúde, não sendo de sua competência o diagnóstico de doença. Cabia-lhe a execução de técnicas, procedimentos e exercícios, conforme recomendados pelo médico. Tais técnicas e exercícios seriam aqueles que conduzissem à cura e à recuperação de indivíduos que apresentassem limitações para o desempenho pessoal na vida social, designados por *inválidos* ou *parcialmente inválidos*. O Parecer CFE nº 388/63 salienta que o profissional é, por definição, um técnico em fisioterapia, mas deve ter formação de nível superior.

Marques e Sanches (ibidem) citam a Portaria nº 1.025, de 16 de janeiro de 1970, na qual está firmado que os certificados de conclusão dos cursos técnicos em fisioterapia e terapia ocupacional, expedidos pelo Instituto de Reabilitação da FMUSP nos anos de 1958 a 1966, devem ser considerados de direito equivalente aos diplomas expedidos nos termos da regulamentação do exercício profissional.

Outro documento oficial que participa do processo de definição e regulamentação da profissão de fisioterapeuta é o Decreto-Lei nº 938, de 13/10/1969 (DOU, n.197 de 14/10/1969, retificado em 16/10/1969, Sec. 1, p. 3.658), no qual consta:

Art. 2º - O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.

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

[...]

Art. 5º - Os profissionais no campo de suas atividades específicas poderão:

I. Dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos e particulares, ou assessorá-los tecnicamente;

II. Exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio. (Decreto-Lei nº 938, de 13/10/ 1969).

Centurião (1997) enfatiza que a fisioterapia, partindo de uma legislação limitada aos preceitos curativos e a uma formação marcada pela transmissão de conhecimentos biomédicos, desenvolveu-se sob um caráter eminentemente curativo; como um “executor de métodos e técnicas”, sua relação com a sociedade se daria pela racionalidade técnica, a qual se caracterizaria pelas relações sociais estabelecidas entre profissional e paciente, como entre sujeito e objeto, sustentada na prescrição de normas universais sobre postura, movimento corporal e cuidados biomédicos. Sua atuação estaria embasada na aplicação de métodos e técnicas. A autora refere que, por meio de relações terapêuticas, cujo caráter político-pedagógico enfatiza a noção de igualdade social dos corpos, a fisioterapia visaria à normatização de posturas, condutas e movimentos corporais, estabelecendo a obediência do paciente à prescrição médica.

Os documentos oficiais que legislam e estabelecem funções aos profissionais poderiam facilitar a movimentação destes, mas delimitam suas ações como as de “conhecedor e executor de tarefas de caráter exclusivamente terapêutico e reabilitador” (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 57). Percebe-se o predomínio da caracterização do atendimento fisioterapêutico a indivíduos que já estejam acometidos por alguma enfermidade, emergindo os fisioterapeutas, portanto, não como terapeutas e reabilitadores, mas terapeutas reabilitadores, que é aquilo que Rebellato e Botomé concluem. Entretanto, para Ceccim (2008) a noção de limitação de funções não se restringe às doenças e pode mesmo estar presente por fatores de imposição social, cultural, convivencial ou outras, nas quais a intervenção terapêutica assume um caráter de cuidado com a proteção da qualidade de vida humana, não apenas funcional. O autor lembra que a etimologia da palavra *terapêutica*, segundo o dicionário Houaiss, indica a prestação de assistência, mas também a oferta de cuidados para proteger a vida e a saúde.

A regulamentação da profissão de fisioterapeuta passou a vigorar com a promulgação da Lei Federal nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975 (D.O.U., n. 242, de 18/12/1975, sec. 1, p. 16805-16807), por meio da qual são criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, órgãos responsáveis pela fiscalização das respectivas profissões, funcionando como Tribunal Superior de Ética Profissional (inciso XI).

A Resolução nº10, de 3 de julho de 1978, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito), aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e

Terapia Ocupacional, explicitando ser função do fisioterapeuta assistir à saúde, participando de atividades que objetivem sua promoção, seu tratamento e sua recuperação, devendo prestar assistência, assim como prevenir e minorar o sofrimento do ser humano. O fisioterapeuta desempenha seu trabalho em equipe e participa de programas de assistência à comunidade, atuando em cooperação com os demais profissionais de saúde.

Para a comissão de memória do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (2011), coordenada pelo fisioterapeuta Rivaldo Novaes Junior, o Decreto-Lei nº 938/1969 garantiu autonomia ao profissional fisioterapeuta. Novaes cita as palavras de Tarso Dutra, então ministro da Educação:

[...] a fixação de cada profissão lhe dá o conteúdo próprio, balizando, em termos normativos, a existência de uma atividade certa, inconfundível, que pode terminar onde a outra deva começar, sem, entretanto, interpenetrações e vínculos de controle, que seriam a negação do próprio sentido profissional da atividade. (COFFITO, 2011, s/p).

A noção de fronteira interprofissional não instaura dispositivos de trabalho em equipe, serve ao dimensionamento de pessoal e à regulação normativa do trabalho. Para os termos da integralidade e da integração dos trabalhadores, faz-se necessário um processo de subjetivação/socialização para a composição de coletivos de trabalho.

3.2 O ensino e as escolas de fisioterapia

A Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (Abenfisio), entidade conhecida nacional e internacionalmente como fórum legítimo para as discussões que envolvem o ensino da fisioterapia no Brasil, é uma importante instância associativa dos professores da área. Surgiu com a preocupação quanto à formação dos profissionais, buscando uma mudança nesse aspecto, convocando profissionais dos serviços, docentes, instituições de ensino, acadêmicos, associações, gestores, conselhos, enfim, todos que de forma direta ou indireta, estão preocupados com o processo de formação, esteja ele situado na esfera pública ou privada, para que sejam observadas as diretrizes curriculares, o padrão de qualidade e as decisões tomadas coletivamente.

Atualmente, conta com grande número de associados em todo o Brasil, congrega docentes, discentes, profissionais e instituições de ensino envolvidas e comprometidas com as questões não só da formação, mas com o desenvolvimento da fisioterapia no Brasil. Possui

771 associados em todo Brasil e 450 instituições cadastradas (ABENFISIO, 2011). A entidade conta, ainda, com representantes em comissões dos Conselhos Nacionais de Educação e de Saúde. Seus representantes vêm participando de discussões junto aos ministérios da Educação e da Saúde.

O primeiro ato para a criação da Abenfisio ocorreu durante o XIV Congresso Brasileiro de Fisioterapia, realizado na cidade de Salvador, estado da Bahia, em 16 de outubro de 1999, onde se reuniram professores de fisioterapia (ABENFISIO, 2011). Porém a instituição foi fundada apenas em 2001, contemplando em seu estatuto as seguintes competências:

Art. 3º Compete à Abenfisio:

- a) congregar todos os docentes fisioterapeutas do Brasil;
- b) atuar objetivando a melhoria do ensino, pesquisa e extensão em fisioterapia no país, subsidiando os projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação e pós-graduação;
- d) adotar medidas que objetivem à formação e ao aperfeiçoamento do pessoal docente e dos profissionais de fisioterapia;
- e) defender os interesses da fisioterapia nas Instituições de Ensino;
- f) constituir-se como fator de integração entre o ensino e a cultura nacional;
- g) estabelecer intercâmbio com as entidades nacionais e internacionais representativas de docentes, discentes e profissionais da fisioterapia e de outras categorias profissionais;
- h) propor políticas que garantam a qualidade da formação em fisioterapia;
- i) coletar, tornar disponíveis e manter em arquivo informações e registros históricos sobre a implantação e desenvolvimento do ensino em fisioterapia no Brasil, a título de acervo literário para utilização de seus usuários.

A partir da data de sua criação, em 1999, ocorreram vários fóruns nacionais e encontros de coordenadores de curso, em diversas regiões do país. No ano de 2007, na cidade de Canela, no Rio Grande do Sul, o Fórum Nacional teve como tema central *As Diretrizes Curriculares e a mudança na formação de profissionais*, manifestando a preocupação com o crescimento desordenado de cursos de fisioterapia, a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais e os novos projetos pedagógicos de curso e a duração dos cursos de graduação na área de saúde, dentre eles, a duração do bacharelado em fisioterapia. Em 2010, realizou-se o XX Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia em Belo Horizonte (MG) e, em 2011, o XXI Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia na cidade do Rio de Janeiro, sempre com ênfase sobre a formação e o desenvolvimento dos profissionais da fisioterapia.

Ao longo desses anos, a Abenfisio organizou 21 fóruns nacionais, alguns eventos estaduais e 20 oficinas regionais (ABENFISIO, 2011). No XIX Fórum Nacional, foram abordados importantes temas em suas oficinas como: modelagens tecnoassistenciais em linhas de cuidado, residência multiprofissional, formação e humanização, e padrões de qualidade dos cursos de fisioterapia.

As mudanças que ocorreram com a Reforma Sanitária, em meados da década de 1970, culminaram com uma legislação e normatização da saúde como direito constitucional, tendo a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação social como determinação e diretrizes para o Sistema Único de Saúde. Rocha e outros (2007) referem que, se essas mudanças não estão tão visíveis ou não trouxeram o impacto esperado na prática cotidiana dos serviços de saúde, o mesmo também não ocorreu na graduação dos profissionais de saúde. Aos poucos, essas mudanças refletiram-se no contexto das políticas públicas, mas de forma tímida, requerendo atualizações nos projetos político-pedagógicos e no “ensinar fisioterapia” (ROCHA et al., 2007).

A postura conservadora impõe-se aos cursos de graduação na área da saúde e pode ser indicada por fatores como “a força das políticas corporativas; o mercado de trabalho com valorização tecnicista; a ausência de responsabilidade social por muitas Instituições de Ensino Superior e as precárias condições de alguns serviços” (FEUERWERKER, 2002 apud ROCHA et al., 2007, p. 17).

Rocha e outros (ibidem) acrescentam que, além dos fatores citados, existe uma desarticulação dos docentes com vínculos frágeis aos cursos, o predomínio da medicalização de problemas de ordem social, a abordagem clínica compartimentalizada e a doença prevalecendo sobre uma abordagem sistêmica, sendo que a academia tem mantido seus currículos com características do século passado, ou seja, centrado no ensino de patologias. Enfatizam que o novo perfil epidemiológico, que se caracteriza pelas enfermidades relacionadas ao fazer viver das pessoas, necessita de uma intervenção complexa e integral, voltada para a saúde, sendo promotora do autocuidado e de ações que incorporem, no cotidiano da assistência, outros princípios de caráter social, formativo e educativo.

Os autores observam ainda que, embora os avanços da tecnologia sejam importantes no campo diagnóstico e terapêutico, não se pode recortar o conhecimento e restringir a formação dos profissionais ao modelo hegemônico médico-centrado, pois isso resultaria em uma distância cada vez maior dos profissionais às necessidades de saúde das pessoas e da sociedade na qual elas se encontram inseridas.

Centurião e outros (2003) afirmam que existe um desafio para a construção de propostas na busca da real inserção do profissional fisioterapeuta no campo da saúde coletiva, afirmando-se definitivamente como profissional do cuidado e da reflexão em saúde, e não da doença ou da reabilitação. Assim, a fisioterapia se fez presente no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em Brasília, nos dias 29 e 30 de julho de 2003, discutindo *Fisioterapia e saúde coletiva: enfrentando o desafio da integralidade da atenção*. Sob a forma de oficina, a área congregou profissionais com atuação nos espaços da atenção primária à saúde. A proposta da oficina foi responder ao questionamento sobre quais são os principais desafios que a fisioterapia necessita enfrentar para que possa desenvolver um modelo de atenção integral à saúde, tendo em vista a substituição do modelo tradicional de cuidado terapêutico-assistencialista por práticas que privilegiem a atenção integral, resolutiva e de qualidade (CENTURIÃO et al., 2003).

Os desafios de maior relevância no âmbito da formação profissional dizem respeito à falta de clareza conceitual e epistemológica para a orientação do processo formador, existindo a necessidade de sensibilização de um número expressivo de docentes para que conteúdos de ensino que envolvem a temática de saúde coletiva sejam incluídos no campo teórico-prático ao longo da formação profissional, ampliando as experiências acadêmicas nessa área. Da mesma forma, o perfil profissional encetado pelo ensino deveria evidenciar com clareza a responsabilidade social a ser assumida pelo futuro profissional diante do desafio que o contexto sociocultural impõe. Dever-se-ia incluir, nos currículos, conteúdos envolvendo epidemiologia, políticas públicas (saúde e educação), saúde coletiva e programas de saúde, assim como fazer uso de metodologias ativas durante todo o processo de formação, facilitando a mudança de cenários de aprendizagem para uma formação em contexto.

Necessita-se, ainda, da ampliação dos cenários de atuação com o cuidado de uma mudança real nas práticas a serem desenvolvidas, para que simplesmente não se reproduza nesses espaços o mesmo modelo biomédico de medicalização e de dependência tecnológica. No campo de atuação do profissional, percebe-se a necessidade de desenvolvimento do princípio constitucional da integralidade, não limitando as ações aos espaços clínicos e reabilitadores. Igualmente, há necessidade de desenvolver a participação efetiva na gestão de serviços, buscando um trabalho em equipe.

Rocha e outros (2010) abordam que, talvez, um dos maiores desafios no processo formativo seja o da demanda que a integralidade na formação e na atenção lança para o contexto do ensino, requerendo uma reformulação nas matrizes curriculares para muito além

da retirada ou aglutinação de disciplinas, como ocorre em muitas Instituições de Ensino Superior.

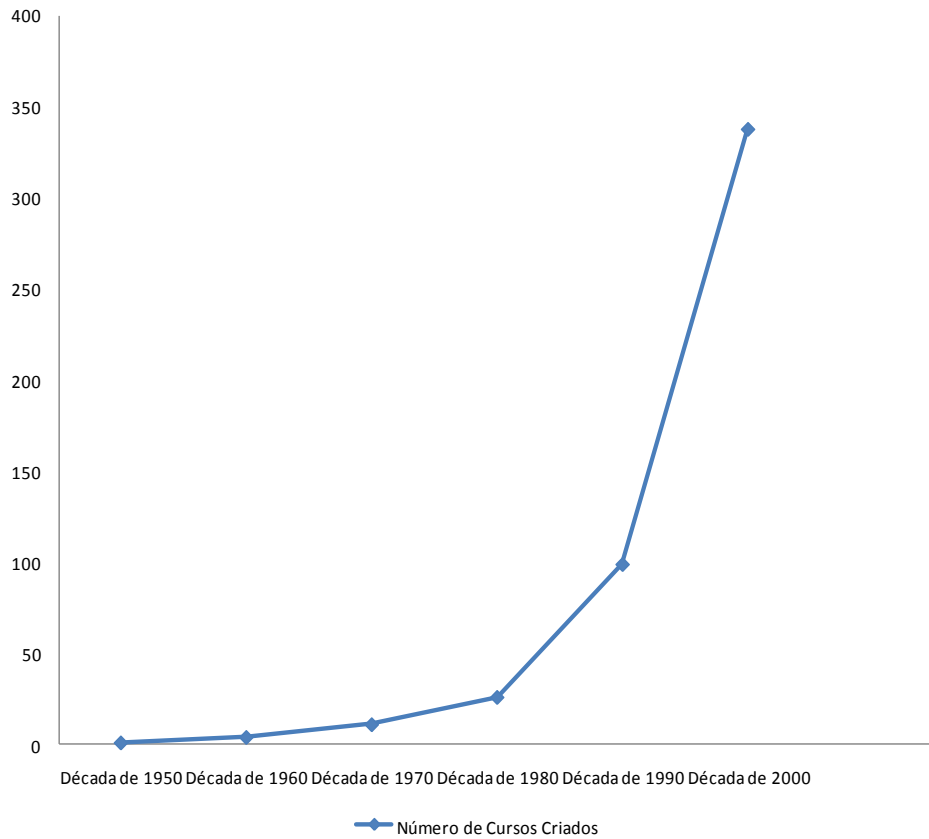
A dimensão do trabalho que as mudanças no currículo impõem pode ser observada pelas ações que, desde 2004, têm permeado a área da educação na saúde: chamada pública nacional para o relato de experiências acadêmicas no ensino da integralidade em saúde – EnsinaSUS, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Vivências-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e o Curso de Ativadores de Mudança na Graduação dos Profissionais de Saúde. Assim é como exemplificam Rocha e outros (2010), referindo as mobilizações de múltiplos atores, com protagonismo de entidades, organizações e do próprio sistema de saúde.

Uma de suas preocupações recentes é com o crescimento desordenado de cursos de fisioterapia. Na década de 1990, tínhamos 99 cursos de graduação em fisioterapia; atualmente, temos 540 cursos, sendo 68 em escolas públicas e 472 em escolas privadas (INEP, 2011). A Abenfisio manifesta-se contrariamente a essa expansão sem crítica e sem planejamento, com argumentos de regulação pelo mercado, temendo a baixa qualidade do ensino. Salienta que as escolas estão concentradas nas capitais e em centros urbanos social e economicamente mais desenvolvidos, enquanto regiões mais carentes de instituições de educação superior continuam sem cobertura.

A preocupação da entidade é pertinente, pois nessa primeira década dos anos 2000 já foram criados 338 cursos, havendo um crescimento de 341%. Somente na região sudeste foram criados 155 cursos novos (INEP, 2011).

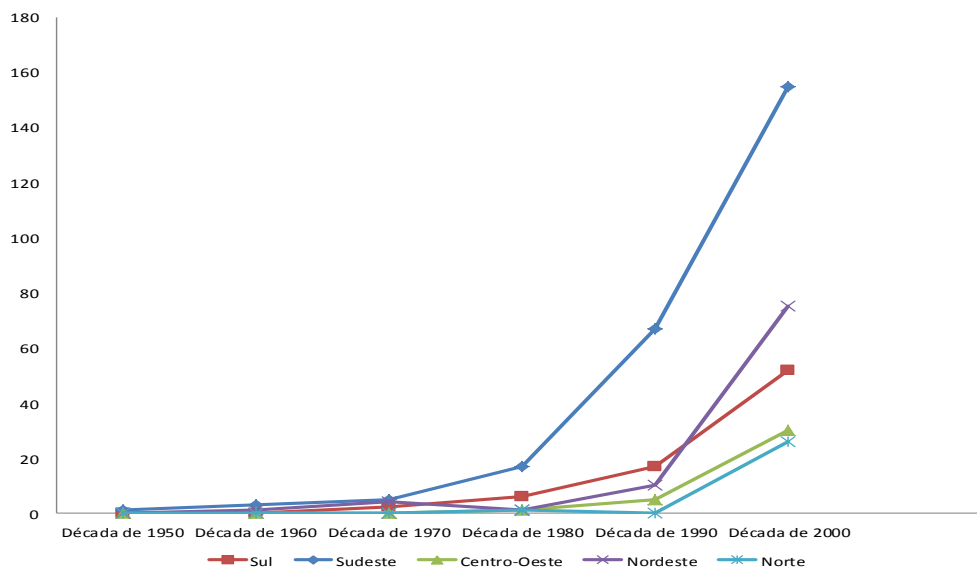
O gráfico a seguir demonstra o crescente avanço de cursos na área da fisioterapia, desde os primeiros cursos criados, no estado de São Paulo, passando pela sua regulamentação, em 1969, até a década de 2000.

Gráfico 1 – Crescimento do número de cursos de fisioterapia no Brasil no período de 1950-2000.



Fonte: Inep (2011)

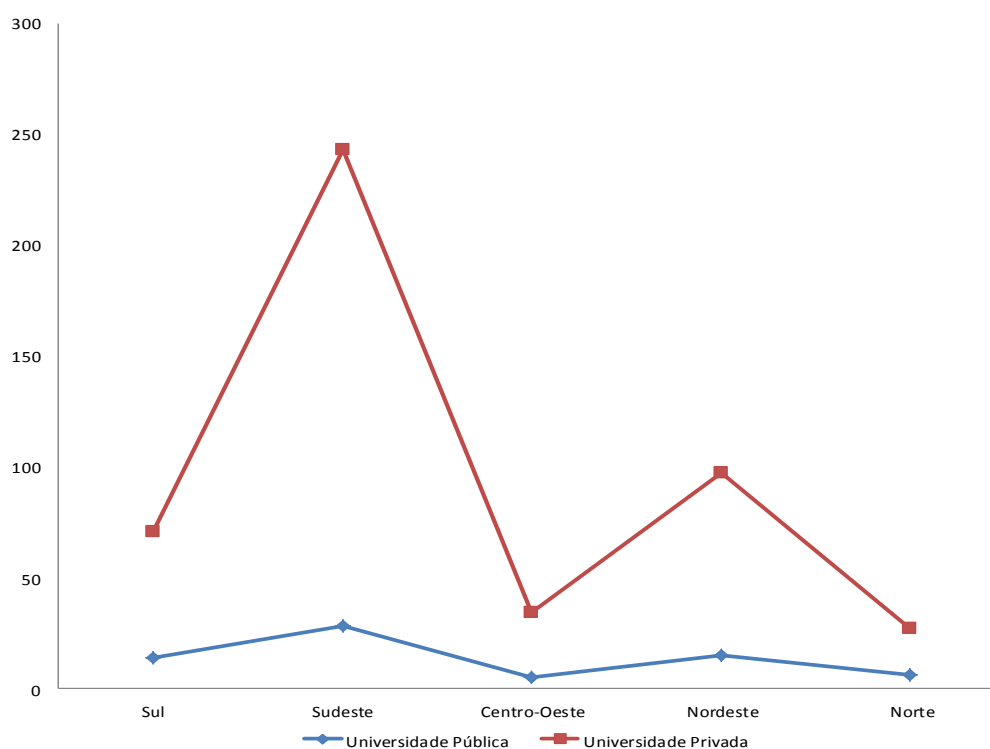
Gráfico 2 – Crescimento do número de cursos de fisioterapia criados no Brasil, por região, no período de 1950-2000.



Fonte: Inep (2011)

Considerada profissão recente, com pouco mais de quarenta anos de regulamentação, a formação profissional em fisioterapia evoluiu de forma lenta nas décadas de 1970 e 1980, começando a elevar o número de cursos criados a partir da década de 1990. No processo de expansão do ensino superior, a graduação em fisioterapia se destaca como o curso de maior crescimento na área da saúde (exceto pela enfermagem, cujo curso ganha implantação nacional na virada do século XIX para o XX). É visível o crescimento da oferta de cursos de fisioterapia na década de 1990 a 2000, tendo seu ápice entre 2000 e 2010, inexistindo planejamento e preocupação com a qualidade dos cursos ofertados, verificando a mercantilização da educação superior. Cabe salientar a discrepância que ocorre no número de cursos nas regiões sudeste e nordeste. Atualmente, existem, no Brasil, 540 cursos de graduação em fisioterapia, dos quais 472 estão em escolas privadas, portanto 87,40%.

Gráfico 3 – Distribuição dos cursos de fisioterapia no Brasil em universidades/centros universitários, públicos e privados, no ano de 2011.



Fonte: Inep (2011)

Um fato que merece destaque quanto ao avanço no crescimento do número de cursos relaciona-se com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em 20 de dezembro de 1996, que extinguiu os currículos mínimos para os cursos de nível superior no Brasil. Esse fato estimulou as universidades a criarem currículos plenos dentro da realidade

regional, orientando seus cursos por Diretrizes Curriculares Nacionais. Uma preocupação da Abenfisio, então, diz respeito ao estabelecimento da carga horária mínima para os cursos de fisioterapia. As Diretrizes Curriculares Nacionais não contemplaram esse tema e, durante o processo histórico de sua construção, tal questão foi retirada de pauta. Após amplo debate que acompanhou a proposta das diretrizes curriculares, foi sugerido como tempo total para a integralização do curso 4.500 horas, sendo 20% delas contabilizadas para o estágio curricular supervisionado (ROCHA et al., 2007).

Homologada a Resolução nº 4, de 6 de abril de 2009 (BRASIL, 2009), que dispõe sobre a carga horária mínima dos cursos de graduação em biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional, bacharelados na modalidade presencial, definindo a carga horária mínima em 4.000 horas-aula. Essa determinação fica aquém do pretendido pela Abenfisio, que era de 4.500 horas para a integralização dos cursos de fisioterapia. Em relação aos estágios, a referida resolução prevê que sua carga horária mínima deve corresponder a 20% da carga horária total do curso, e define o mínimo de cinco anos para a integralização do curso de fisioterapia (o mesmo que para os cursos de enfermagem e farmácia). A Abenfisio, em um debate coletivo, argumenta que deve ser levada em consideração a necessidade social, quando da criação dos cursos de graduação, e preocupa-se com a formação técnica e científica do profissional egresso desses cursos. Rocha e outros (2007) entendem que a necessidade social, para ser determinada, deve levar em consideração a intersectorialidade, para além dos setores da educação e da saúde. Lembro a presença da fisioterapia em demandas da área da assistência social, do esporte e do ambiente. Somando-se aos conhecimentos técnico-científicos e éticos da formação, é imprescindível ao ensino a contribuição de diversas áreas do campo da saúde, como a epidemiologia ou a saúde coletiva como um todo; do campo das ciências sociais e políticas; e do campo da economia e demografia. Esses campos garantem atender a um perfil profissional competente para atuar no SUS em toda a sua complexidade, buscando os direitos constitucionais e a saúde do indivíduo e da coletividade.

As Diretrizes Curriculares Nacionais apontam para a necessidade de ações concretas, colocando em prática a formação de um profissional generalista, articulado mediante o aprofundamento em outras áreas consideradas apropriadas para o exercício profissional. Tais pressupostos visam a diferentes abordagens e vão muito além das ciências biológicas, contribuindo para o agir e o pensar da própria prática profissional (PERPÉTUO, 2005). Essa visão educacional representa um marco para o ensino da fisioterapia, uma vez que, até pouco tempo atrás, os profissionais da área estavam voltados para o desenvolvimento de suas ações

apenas no que se referia à atenção secundária e terciária, atuando somente em clínicas e consultórios privados e hospitais, com pouco destaque para a atenção primária ou no âmbito ampliado do campo científico da saúde.

3.3 Fisioterapia e Diretrizes Curriculares Nacionais

As evidentes transformações no perfil epidemiológico da população, o desenvolvimento tecnológico na educação, a exigência de mudança nas práticas dos profissionais de saúde, o novo rumo das políticas governamentais e todo esse contexto vivido exigem que o ensino da saúde deixe no passado o modelo até agora predominante e tenha como meta formar um novo perfil profissional, voltado para uma visão ampla do processo saúde-doença. Os currículos devem ser revistos, os projetos político-pedagógicos construídos coletivamente e precisa ser pensada uma abordagem dos indivíduos e coletividades orientada pela integralidade.

Os currículos de diferentes cursos da grande área da saúde têm pensado em tais modificações, buscando práticas acadêmicas multiprofissionais e interdisciplinares nas ações em saúde, contemplando a participação social, metodologias ativas e estratégias de aprendizagem embasadas no protagonismo dos estudantes e com práticas voltadas para todos os níveis de atenção à saúde. Uma preocupação presente em toda a área da saúde é a de que os profissionais devem estar aptos para desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação, tanto em âmbito individual quanto coletivo, assegurando que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde.

Outra preocupação diz respeito à organização curricular, devendo esta se dar sob a forma espiral, sem a separação entre os ciclos básico e profissional, como ocorria com o ciclo básico, pré-profissionalizante e profissionalizante, finalizando com os estágios. Na forma espiral, os estágios devem ser realizados ao longo de toda a trajetória acadêmica, com carga horária condizente à intercomplementar. Os currículos deveriam seguir estruturas temáticas modulares ou tutoriais, buscando integrar as dimensões biológica e social em todos os momentos do curso. Uma sugestão é a organização por sistemas orgânicos, ciclos de vida ou apresentações clínicas, integrando um conjunto nuclear de conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos como objetivos educacionais.

Feuerwerker (2002) comenta que há mais de 30 anos existe essa discussão nos cursos de medicina, propiciada pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e por outros

atores da saúde. Essa autora nos diz que são poucos os resultados efetivos dessa mudança por diferentes razões, desde as forças conservadoras que têm grande poder e capacidade de desarticular transformações, até as dificuldades em mudar estruturas institucionais e a condição docente mais ocupada com sua produtividade científica que com o processo de formação dos futuros profissionais.

Pode-se dizer que, não só na medicina, mas em todas as áreas profissionais da grande área da saúde existe a necessidade social de mudança no processo de formação. Precisamos de profissionais com formação geral, que sejam “capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar decisões considerando não só a situação clínica, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis e as medidas mais eficazes” (FEUERWERKER, 2002, p. 1).

O processo de elaboração das diretrizes curriculares contou com a participação de professores e profissionais das várias áreas, interessados nesse perfil de mudanças. A participação da sociedade foi assegurada pelo Edital nº 04/97, da Secretaria de Educação Superior (SESu), do Ministério da Educação. A partir de então, começaram debates, fóruns e oficinas referentes a essas mudanças, os quais ocorreram em todos os cursos da área da saúde.

Se o início das discussões data de 1997, foi entre 2001 e 2004 que se aprovaram as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde. No caso da fisioterapia, deu-se pela resolução nº 4, de 19 de fevereiro de 2002 (Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior). Ficou firmado para todas as profissões que “a formação do profissional da saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral” (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 77).

Ceccim e Carvalho (ibidem) destacam que somente algumas profissões nomearam o SUS entre os objetivos da educação profissional, identificando essa relevância social à formação, o que não aconteceu com a fisioterapia, entre outras. Seus conteúdos essenciais devem envolver o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, de maneira integrada à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações no cuidar em fisioterapia.

Definiu-se como *objeto* da educação superior em saúde:

[...] permitir que os currículos propostos possam construir um perfil acadêmico e profissional com competências e habilidades e conteúdos dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no

Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira. (Parecer CES/CNE nº 1.210/2001).

Já o *objetivo* da educação foi definido como: “[...] 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 comunidade” (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 78).

No entender desses autores, tais mudanças pressupõem:

Práticas inovadoras em todos os espaços de atenção à saúde, práticas em diferentes cenários (todos aqueles em que se dá a produção de cuidado) e práticas de análise crítica de contextos, problematizando saberes e o desenvolvimento de profissionais no âmbito das competências específicas de cada um. (ibidem, p. 78).

A Comissão da CES/CNE analisou as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde elaboradas pelas comissões de especialistas de ensino e encaminhadas ao CNE pela SESu/MEC. Entre os documentos de base para o debate das Diretrizes Curriculares Nacionais na educação dos profissionais de saúde, foram considerados (Parecer CES/CNE nº 1.210/2001):

- Constituição Federal de 1988;
- Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080 de 19/9/1990);
- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Federal nº 9.394 de 20/12/1996);
- Lei que aprova o Plano Nacional de Educação (Lei Federal nº 10.172 de 9/1/2001);
- Parecer CES/CNE, nº 77/97, de 3/12/1997;
- Edital da SESu/MEC nº 4/97, de 10/12/1997;
- Parecer CES/CNE nº 583/2001, de 4/4/2001;
- Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI, da Conferência Mundial sobre Ensino Superior (Unesco, Paris, 1998);
- Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 15 a 19 /12/2000;
- Plano Nacional de Graduação do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras de maio de 1999;
- Documentos da Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde e Rede Unida de Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde;
- Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões em saúde.

Após a análise das propostas, por profissão foram estruturadas as diretrizes, seguindo o roteiro padrão do CNE: Perfil do Egresso/Perfil Profissional, competências e habilidades, conteúdos curriculares, estágios e atividades complementares, organização do curso e acompanhamento e avaliação.

Rocha e Centurião (2007) fazem os seguintes questionamentos em relação às diretrizes curriculares e à formação por competência: quais elementos são requeridos para atender esse novo perfil? O que tem sido disponibilizado para a formação desse novo profissional a partir das diretrizes curriculares para a área da saúde? Como, estrategicamente, podemos orientar o processo para esse resultado final?

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais, o conceito ampliado de saúde e os princípios e diretrizes do SUS estão relacionados à ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, e não só o tratamento de doenças, sendo delineadas como diretrizes as competências profissionais que possibilitem a interação e a atuação multiprofissional e inter ou transdisciplinar. A noção de competência exige conhecimentos, habilidades e contextualização. Em uma abordagem por competência, ressignifica-se o trabalho dos docentes, dos estudantes e do próprio espaço institucional (do ensino e do trabalho), tendo-se o usuário como participante ativo nesse processo. As diretrizes curriculares salientam que a atenção à saúde não se encerra no ato técnico, mas com a resolução do problema, tanto do âmbito individual como coletivo (ROCHA; CENTURIÃO, 2007).

Em relação à organização do curso em fisioterapia, as DCN, em seu artigo 9º, preconizam que o projeto político-pedagógico deverá ser construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador desse processo, devendo buscar a formação integral e adequada do estudante por meio da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

As diretrizes curriculares e o projeto pedagógico devem orientar o currículo do curso de graduação em fisioterapia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural. (Art. 10, DCN/Fisioterapia).

Percebe-se a mudança de um currículo reabilitador para um currículo que visa à integralidade na atenção, bem como a assegurar que, na formação, o profissional seja capaz de reconhecer a saúde como direito às condições dignas de vida e seu atuar como forma de garantir a integralidade da assistência, entendida como “o conjunto articulado e contínuo de

ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso e em todos os tipos de complexidade” (Art. 5º, inciso IV – DCN/Fisioterapia).

Como habilidade, as DCN contemplam, na atuação do fisioterapeuta, além de realizar consultas, avaliações e reavaliações, emitir laudos e pareceres, desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços públicos e privados de saúde e prestar consultorias e auditorias no âmbito da sua competência e das especificidades da área de atuação. Diferente do papel anteriormente proposto ao fisioterapeuta como mero executor de técnicas, essas diretrizes falam em elaborar criticamente o diagnóstico cinético-funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais que estão implicadas em cada realidade de vida.

Os fisioterapeutas devem exercer a sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social. Entendo tal transformação como de extrema importância para a profissão, pois esta deixa de ser meramente técnica, buscando contextualizar-se segundo um entendimento das ciências sociais e humanas.

Nesse aspecto, as Diretrizes Curriculares Nacionais procuram, com seu conteúdo, abranger o estudo do ser humano e de suas relações sociais e do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos, epidemiológicos, éticos e bioéticos. Ainda contemplam conhecimentos relativos às políticas de saúde, educação, trabalho e administração.

Da mesma forma que mantêm os conhecimentos biológicos, biotecnológicos e fisioterapêuticos, específicos do seu núcleo de conhecimento, os fisioterapeutas devem, ao mesmo tempo, verem-se implicados com o conhecimento em saúde em todos os seus prismas.

Concordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), que consideram as diretrizes curriculares um passo importante para refletirmos sobre a necessidade de mudança no processo de formação, orientando os cursos para assumirem um maior compromisso com a sociedade. Centurião e Rocha (2007) referem que existiu uma mobilização no sentido de romper com o modelo biomédico, especializado, biológico, medicalizante e hospitalocêntrico, havendo uma concordância, de forma geral, das outras profissões com a ruptura do modelo do currículo mínimo obrigatório, instituindo a noção de diretrizes como indicadores que permitissem que a formação de profissionais de saúde adotasse uma perspectiva transformadora.

Chegamos até aqui com as diretrizes aprovadas, mas ainda se questiona: como a fisioterapia se fez presente, como realizou esse debate, como compartilhou composições com as demais profissões? O que aprendeu e o que ensinou no processo coletivo da formulação e homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais?



4. EDUCAÇÃO, CURRÍCULO E TRABALHO EM FISIOTERAPIA

A primeira proposta curricular de fisioterapia como profissão de nível superior foi definida pela Portaria Ministerial (Ministério da Educação) nº 511, de 23 de julho de 1964, que homologou o Parecer CFE nº 388, de 1963. Considerando a falta de pessoal e de laboratórios, essa base curricular foi sustentada por um esquema modesto e exequível para a realidade nacional do período. O primeiro currículo mínimo, com duração de três anos letivos, era composto pelas disciplinas de Fundamentos em Fisioterapia, Ética, História da Reabilitação, Administração Aplicada, Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada. Os cursos de graduação em fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo tinham duração de três anos até 1979. Em 1980, o curso passou à duração de quatro anos (MARQUES; SANCHES, 1994).

Marques e Sanches (ibidem) comentam que, apesar de mudanças na carga horária e da expansão do campo de atuação da fisioterapia, o currículo de 1963 permaneceu o mesmo até os anos 1980. Os autores enfatizam que, após longo trabalho empreendido pelos órgãos representativos da categoria, as escolas de fisioterapia e a organização dos profissionais da área obtiveram como conquista a Resolução nº 4, de 28 de fevereiro de 1983, tornando realidade significativas mudanças. A partir da década de 1980, a atuação do fisioterapeuta passou, então, por um processo de transformação. A transformação principal foi de paradigma: o objeto de trabalho do fisioterapeuta, até então limitado à recuperação e à reabilitação, passou a considerar a promoção da saúde e a prevenção de doenças na população (ANDRADE; LEMOS; DALL'AGO, 2006).

A Resolução nº 4, de 28 de fevereiro de 1983, emitida pelo Conselho Federal de Educação, apresentou uma nova proposta para o currículo mínimo, passando a graduação à duração mínima de quatro anos, organizada por ciclos:

I- Ciclo de ciências biológicas:

Biologia;

Ciências morfológicas (compreendendo anatomia humana e histologia);

Ciências fisiológicas (compreendendo bioquímica, fisiologia e biofísica);

Patologia (compreendendo patologia geral e patologia dos órgãos e sistemas).

II- Ciclo de formação geral:

Ciências do comportamento humano (compreendendo sociologia, antropologia, psicologia, ética e deontologia);

Introdução à saúde humana (compreendendo a saúde pública);

Metodologia de pesquisa científica, incluindo estatística.

III- Ciclo pré-profissionalizante:

Fundamentos de fisioterapia (compreendendo história da fisioterapia e administração em fisioterapia);

Avaliação funcional (compreendendo bases, métodos e técnicas de avaliação em fisioterapia);

Fisioterapia geral (compreendendo eletroterapia, termoterapia, fototerapia, hidroterapia e mecanoterapia);

Cinesiologia (compreendendo exercício terapêutico e reeducação funcional);

Recursos terapêuticos e manuais (compreendendo massoterapia e manipulação).

IV- Ciclo profissionalizante:

Fisioterapia aplicada às condições neuromusculoesqueléticas (compreendendo fisioterapia aplicada à ortopedia, à traumatologia e à reumatologia);

Fisioterapia aplicada às condições cardiopulmonares (compreendendo fisioterapia aplicada à cardiologia e à pneumologia);

Fisioterapia aplicada às condições gineco-obstétricas e pediátricas (compreendendo fisioterapia aplicada à gineco-obstetrícia e fisioterapia aplicada à pediatria);

Fisioterapia aplicada às condições sanitárias (compreendendo a fisioterapia preventiva);

Estágio supervisionado (constando da prática profissional supervisionada).

Observa-se, nessa composição, o aparecimento da fisioterapia aplicada às condições sanitárias, incluindo a disciplina de Fisioterapia Preventiva, em que – embora fosse uma iniciativa para que a universidade articulasse a assistência comunitária, no sentido de uma atuação extramuros – ocorriam ações pontuais. Na maioria das vezes, aportavam-se pacotes prontos de conhecimento e orientações de educação para a saúde, sem relação com a escuta por demandas, sem apropriação do conhecimento popular para o desenvolvimento da autonomia no andar da vida ou na resolução dos problemas locais de saúde e sem proporcionar ações que trouxessem impacto social para as populações *assistidas*. Em muitos casos, a formação passou a resultar em uma *colcha de retalhos*, costurada com base na concepção de corpo destituído de alma e desarticulado de outros corpos, pura natureza, de comportamento supostamente invariável e explicável pelas ciências naturais, como referem Ceccim e Carvalho (2009) quanto às ciências da saúde.

O currículo mínimo, com a organização em disciplinas, representava um conjunto de estudos e atividades a ser desenvolvido em um período definido, com carga horária determinada, composto por disciplinas obrigatórias e engessadas em pré-requisitos, formando

uma grade curricular composta por poucas disciplinas eletivas, relacionadas à área de conhecimento do curso, sem flexibilidade para a escolha de disciplinas e áreas afins, que o estudante entendesse relevante para seu crescimento pessoal e profissional.

No decorrer da década de 1990, os profissionais da fisioterapia passaram a atuar na prevenção, não só das doenças do movimento humano, mas na saúde em sentido ampliado (saúde no trabalho, violência e saúde, riscos ambientais etc.). Com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei Federal nº 9.394/96, que concede autonomia para as universidades elaborarem seus currículos, os cursos de fisioterapia incorporaram a prevenção nas suas estruturas curriculares, como forma de alargar o campo profissional, investigativo e de compromissos sociais. Entretanto verifica-se que a quase totalidade das disciplinas dirige-se à atuação do fisioterapeuta em clínicas e hospitais, para auxiliar no tratamento médico por meio de técnicas transmitidas por uma formação tradicional, por um modelo de formação que não qualifica para promover saúde (ANDRADE; LEMOS; DALL'AGO, 2006).

É um tipo de atuação profissional que não inclui a consciência crítica voltada para a cidadania ou habilidades profissionais voltadas para o conceito ampliado de saúde (determinação e condicionamento socioeconômico e cultural da saúde e doença; gestão setorial e políticas públicas em saúde e seguridade social; promoção, educação e vigilância da saúde; saúde e trabalho; saúde e ambiente; prevenção de doenças e agravos; e prevenção de riscos à saúde, por exemplo).

Roberto Passos Nogueira, em um artigo de 1987, fala sobre a força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. Refere o autor que tal força deve ter duas formas de avaliação: uma delas de *natureza macroeconômica*, levando-se em conta os aspectos de capacidade de geração de emprego e absorção de pessoal recém-formado, e a outra de *natureza política*, que consiste em julgar se a dimensão, a distribuição e a composição interna da força de trabalho estão consistentes com as linhas e diretrizes da política nacional. Nogueira indica que, nos anos 1980, de um total de 600 mil empregos de profissionais de saúde no Brasil, os médicos ocupavam 200 mil postos de trabalho em estabelecimentos de saúde. O setor da saúde apresentou relativo sucesso na empregabilidade durante a década de 1980, porém o emprego no setor privado sofreu sensível queda e o segmento público uma elevação em torno de 7% ao ano.

Nogueira (1987) salienta, ainda, que a composição interna da força de trabalho em saúde foi diversificada pela incorporação de novas categorias, citando psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, a par do movimento contínuo de crescimento das especialidades médicas. A força de trabalho na área da saúde tinha a tendência de aumento

expressivo no total de empregos oferecidos no país. Diz ser uma tendência que faz parte do fenômeno da expansão do setor terciário nas atividades econômicas nas sociedades modernas. Os bens e os serviços de saúde tendem a constituir uma fatia cada vez maior no consumo da população em regimes capitalistas.

O autor não apresentava dúvida quando aponta que os postos de trabalho continuariam a crescer no setor da saúde; sua dúvida estava em como se daria esse crescimento: continuaria a crescer, obedecendo às forças imprevisíveis do mercado, estimuladas pela intervenção estatal e como resultado de uma medicalização indiscriminada dos grupos sociais? Cresceria com critérios de racionalidade gerencial e observando indicadores de justiça social, ou de acordo com os requisitos de universalidade e equidade ensejados na defesa de um sistema público de cobertura às necessidades de saúde? Nogueira (ibidem) questiona quanto ao trabalho em equipe, fazendo referência à polarização da força de trabalho entre médicos (30%) e atendentes de enfermagem (outros 30%), somando 60% da força de trabalho em saúde. Os enfermeiros representavam 3,6% e os odontólogos, 4% dos trabalhadores.

Trazendo para a realidade de hoje, as equipes ampliaram-se, mas, a fisioterapia reclama por reconhecimento e espaço. A reorientação do modo de produzir saúde fortaleceu-se com a construção do SUS, e é nesse contexto que o fisioterapeuta, como trabalhador da saúde, tem de reorientar suas práticas e reinventar a forma de cuidar das pessoas e da coletividade.

É observada a existência de uma demanda real pela atenção desenvolvida pelo fisioterapeuta, e gestores municipais têm proporcionado espaços de inserção desse trabalhador junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Estes têm por objetivo ampliar a resolutividade e o impacto da atenção básica à saúde da população, facilitando o acesso às práticas curativas e preventivas na perspectiva da integralidade.

Schwingel (2008) acrescenta que, com o lançamento da Portaria Ministerial (Ministério da Saúde) nº 154, de 24 de janeiro de 2008, de criação dos Nasf, diversas categorias profissionais comemoraram o fortalecimento do contexto multiprofissional do trabalho na área da saúde. Comenta que, apesar de a Portaria apresentar alguns avanços, ela não garante a imediata incorporação do fisioterapeuta na equipe, o que irá necessitar da efetiva participação da sociedade e da mobilização dos profissionais.

A Atenção Básica à Saúde tem proporcionado um campo de intervenção e de trabalho desejado por todos os trabalhadores da saúde, sendo uma estratégia de reorientação do modo de produzir saúde. Na Portaria GM/MS nº 154, a fisioterapia e a terapia ocupacional foram as únicas categorias profissionais que tiveram suas jornadas de trabalho limitadas em 30 horas,

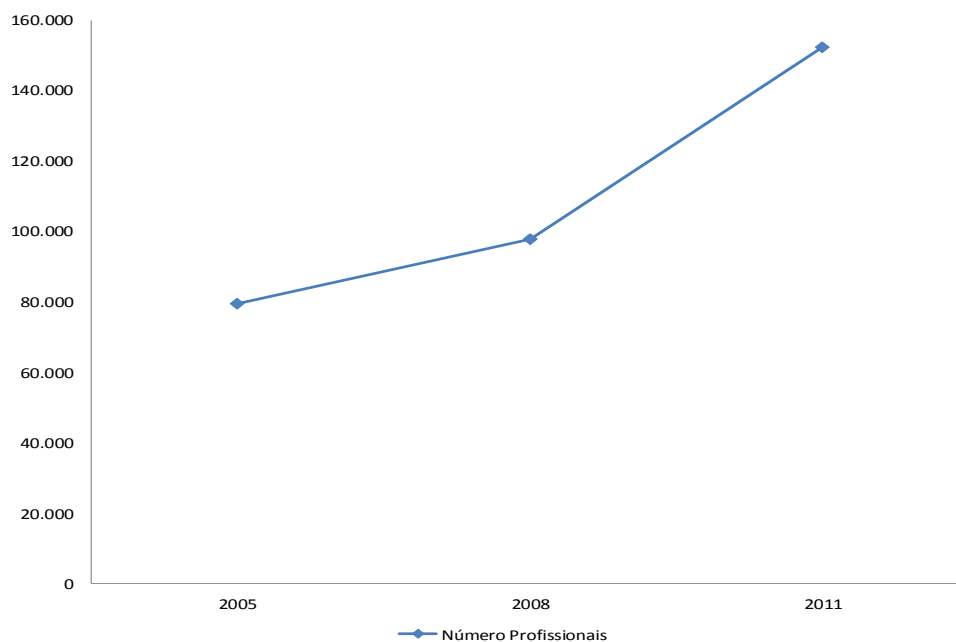
em decorrência de uma lei federal, assinada no governo do presidente Itamar Franco, no esteio da conquista anterior dos odontólogos. Essa conquista faz parte de uma luta histórica dos trabalhadores pelo reconhecimento da necessidade de proteção à saúde do trabalhador da saúde, traduzida pela limitação da jornada como requisito para uma boa condição de trabalho. A regulamentação do trabalho e a luta pela limitação da jornada de trabalho às 30 horas semanais são construídas de maneira agregada à reivindicação por remuneração digna, sem perda salarial, e sem prejuízos aos direitos trabalhistas e previdenciários.

A proposta do Nasf é ampliar o acesso às diversas modalidades da terapêutica, garantindo a integralidade da atenção pela interseção com a rede básica, inserindo as diversas categorias profissionais da saúde no cuidado ou no apoio matricial à equipe de saúde. Dentre as categorias inseridas, está a fisioterapia. Frente a essas colocações, percebe-se uma primeira fragilidade para a atuação dos fisioterapeutas no Nasf. Sua jornada de trabalho delimitada coloca tais profissionais em condições diferentes dentro da equipe, supondo-se ao seu trabalho um lugar também delimitado. Enquanto àqueles com jornada ampliada compete à abordagem integral, àqueles com jornada limitada compete o trabalho especializado, resultante de encaminhamento. Podemos prever, como consequência, a quebra no processo de trabalho em equipe e junto aos usuários, sucumbe-se ao conceito hegemônico dominante de prestação especializada de procedimentos. A implicação com o trabalho ampliado da saúde e com a direcionalidade do desenvolvimento setorial é para profissionais *generalistas*.

Considero um equívoco a limitação, *a priori*, da carga horária dos fisioterapeutas em 30 horas semanais, separadamente do conjunto da equipe de saúde ou do conjunto do trabalho em saúde, descolada da carreira e da dedicação exclusiva ao emprego público. Para a categoria, é signo de superioridade, o imaginário do topo (ser referência), o que, em contrapartida, limita o exercício profissional ao imaginário de seu passado.

Observando-se o número de profissionais fisioterapeutas, de 2005 aos dias de hoje, encontramos um crescimento de 91,79% da empregabilidade na força de trabalho em saúde. Em 2005, estavam registrados no Coffito 79.382 profissionais e, em 2011, contamos com 152.250 fisioterapeutas (Gráfico 4).

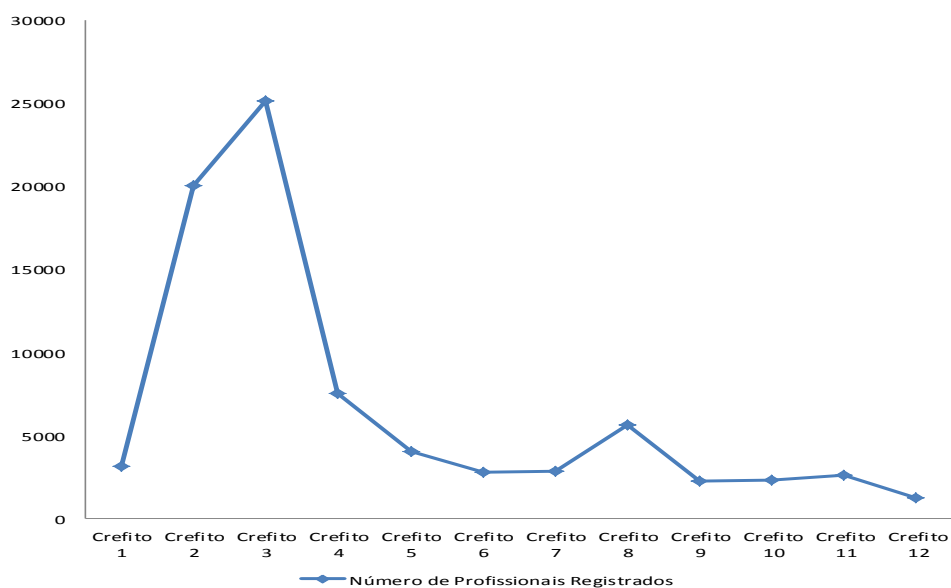
Gráfico 4 – Número de profissionais fisioterapeutas no período compreendido entre 2005 e 2011.



Fontes: IBGE (2005) e Coffito (2011)

Em 2005, segundo Andrade, Lemos e Dall’Ago, apresentavam-se registrados 79.382 fisioterapeutas e, destes, o maior percentual estava registrado no Crefito 3, com 25.147 fisioterapeutas atuantes no estado de São Paulo. Em contrapartida, o menor número encontrava-se no Crefito 12, com 1.217 profissionais, correspondente a cinco estados: Amazonas, Amapá, Pará, Maranhão e Roraima (Gráfico 2).

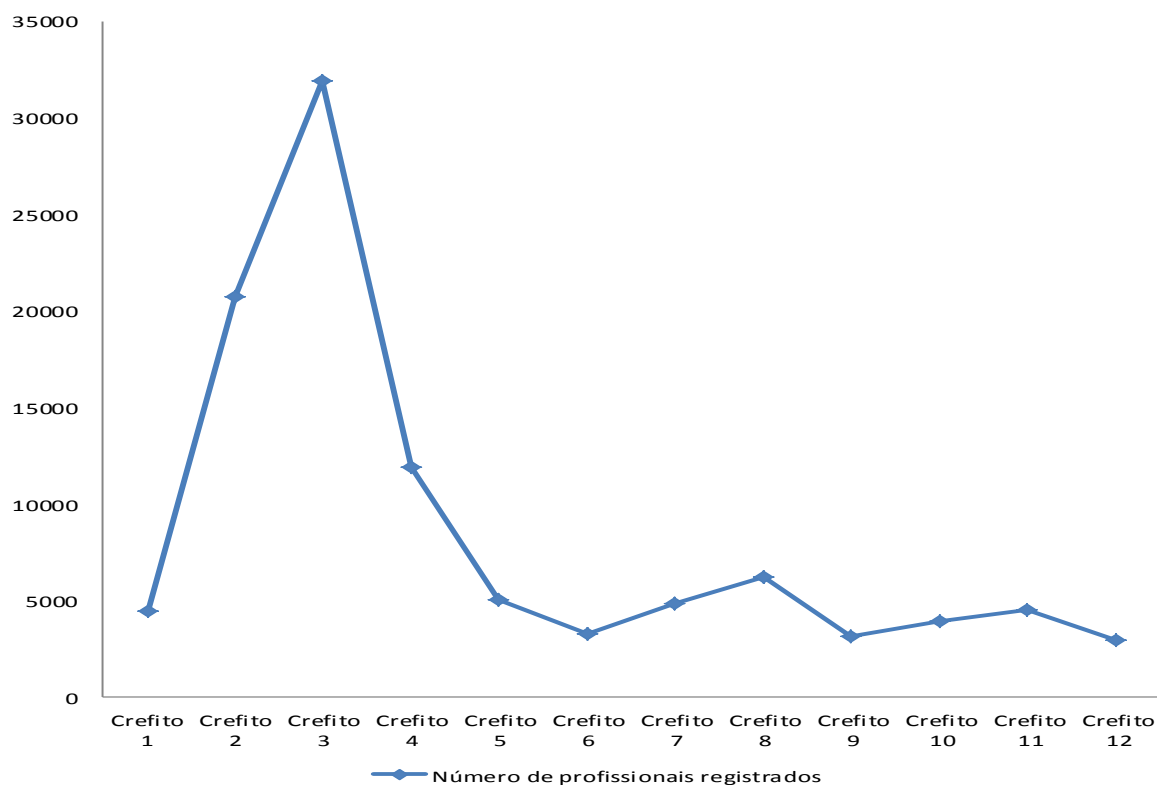
Gráfico 5 – Número de profissionais fisioterapeutas registrados nos conselhos regionais de fisioterapia em 2005.



Fontes: Andrade, Lemos e Dall’Ago (2006)

Em 2008, verifica-se, novamente, a concentração de profissionais fisioterapeutas na região sudeste. No Crefito 3, em 2008, contava-se com 31.037 profissionais, observando um crescimento de 23,42% em três anos. Na região do Crefito 12, havia 2.905 profissionais, tendo um crescimento de 138,7% nesses três últimos anos. Analisando também o crescimento dos cursos de graduação no Brasil, verifica-se que os dados referentes ao número de profissionais são corroborados pelos dados relativos à abertura de cursos de graduação (Gráfico 2). O maior número de cursos está na região sudeste e o menor número, na região norte.

Gráfico 6 – Número de profissionais fisioterapeutas registrados no conselhos regionais de fisioterapia em 2008.

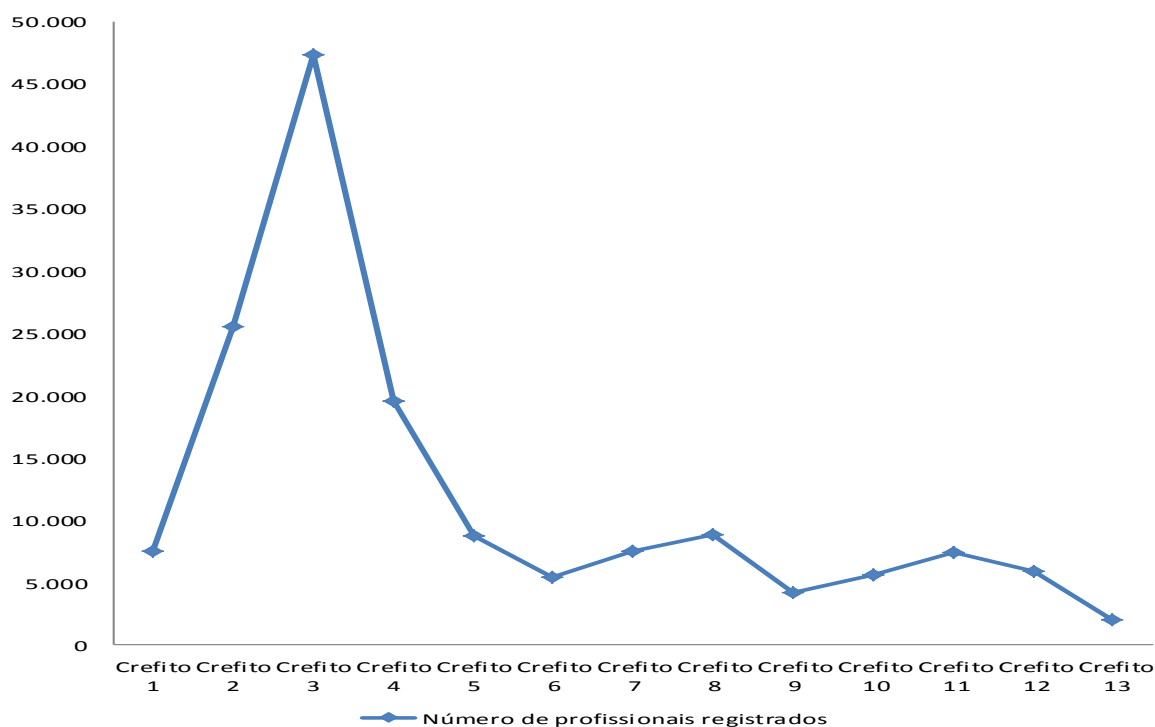


Fonte: Coffito (2009)

A Abenfisio (2011) tem apresentado algumas reflexões que devem ser consideradas: evitar que as Instituições de Ensino Superior, suas mantenedoras e coordenações de curso adotem projetos e modelos pedagógicos sem caráter legal e sem legitimidade da categoria. Assim, esta tem buscado a construção de um padrão de qualidade do ensino para a fisioterapia por meio de fóruns e construções coletivas. As questões que motivam o debate envolvem, inclusive, o controle da abertura de cursos de graduação, além do rigor na implantação das

DCN, o cumprimento do tempo de integralização dos cursos, as características da oferta de estágios e a diversificação das atividades complementares.

Gráfico 7 – Número de profissionais fisioterapeutas registrados nos conselhos regionais de fisioterapia em 2011.



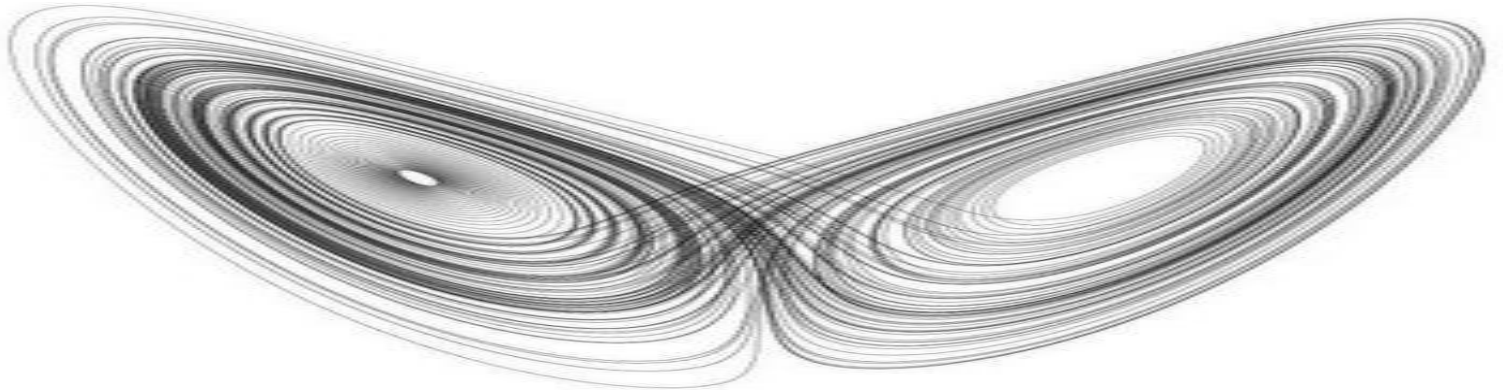
Fonte: Coffito (2011)²

Atualmente, no Brasil, segundo dados do Coffito (2011), o quantitativo de profissionais fisioterapeutas registrados é de 152.250, e a região sudeste mantém-se com o maior número de profissionais. Em relação aos dados de empregabilidade, tendo o Rio Grande do Sul como uma amostra, percebe-se que a maioria dos profissionais desenvolve suas atividades laborais em consultórios ou clínicas e, em menor número, em entidades filantrópicas e órgãos públicos. Estão documentados no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul, 178 registros para órgãos públicos, 208 registros para entidades filantrópicas, 1.131 registros para consultórios de fisioterapia e 1.056 registros para empresas (CREFITO-5,2009). Em 2011, no Rio Grande do Sul, o número de inscrições ativas, mais precisamente em 13/10/2011, estava assim distribuído: 268 registros para órgãos públicos, 238 registros para entidades filantrópicas, 1.865 registros para consultórios e 1.302 para empresas (CREFITO-5, 2011). O significativo aumento no número de cursos de

² Aprovado em plenária do Coffito, o Crefito Mato Grosso do Sul (Crefito 13) é um desdobramento do Crefito 9, efetivado em 19/7/2010.

fisioterapia se deve à aposta no envelhecimento da população e ao suposto consumo de procedimentos terapêuticos no mercado privado de prestadores de serviço, seguindo uma lógica do mercado. Toda a formação profissional mantém estreita relação com o mundo laboral, mas o papel a ser desenvolvido pelos profissionais pode variar entre o atendimento as exigências do mercado e o protagonismo na reversão da realidade epidemiológica (BISPO Jr., p. 656, 2009).

Verifica-se, a forte presença do consultório e do emprego em empresas. Agrega-se a este materialidade a produção de um imaginário de consultório e empresa para o fisioterapeuta no exercício de atividades profissionais. Se, de um lado, é preciso que a formação desses profissionais seja compatível com a atuação junto a tais serviços de saúde, como fazer com que os profissionais tenham entendimento do seu papel na melhoria dos serviços públicos oferecidos à população ou se reconheçam como atores sociais da defesa de um sistema universal de atenção à saúde? Que vislumbrem a equipe multiprofissional na composição/integralização do seu próprio saber-fazer e que compreendam a integralidade da atenção à saúde em dicotomia com a medicalização, comprometidos com os sentidos políticos e sociais do andar a vida? O imaginário liberal-privatista do consultório no imaginário social assegura interesse por essa formação, justificando a expansão de cursos (pela procura) o que compete contra a visão do trabalho em equipes multiprofissionais no SUS.



5. EMERGÊNCIA DE REALIDADES: GENEALOGIA E CAMPO DE POSSÍVEIS

Neste movimento em que figuras da realidade subjetiva e objetiva vão se engendrando e outras desaparecendo, movimento feito das marcas, suas combinações, estamos distantes de uma cronologia de fatos [...]. Nos encontramos em um tempo que funciona segundo uma outra lógica, que não é mais a de uma sequência linear [...] podemos chamá-la de “genealogia” se considerarmos que se trata da lógica da gênese, no sentido não da causa, mas de processo de constituição. Podemos chamá-la de heterogênese nos utilizando de uma noção inventada por Guattari, se considerarmos que a diferença que se produz como efeito das composições que vão se formando é disparadora de um *devoir*. (ROLNIK, 1993, p. 3).

A visão de mudança relaciona-se com a crise e aponta vários caminhos, os quais, para Prigogine (1991; 1984, apud MINAYO, 2008, p. 135), marcam uma “*deriva*”, em que um caminho perde seu curso natural/linear e deriva por um outro: “à medida que surge uma crise, o sistema deixa seu curso natural e escolhe outras alternativas disponíveis”. No caso deste estudo, reporto-me à crise do paradigma hegemônico biologicista, médico-centrado e praticamente cristalizado na formação dos profissionais de saúde.

Os ruídos no cotidiano dos serviços de saúde geram necessidade de mudança. Por meio desses *ruídos*, ouço os profissionais buscando transformações, novos caminhos, mudança de paradigma. O que posso supor é que grupos reunidos mediante diversos eventos, oficinas, encontros, expuseram, contextualizaram suas práticas como profissionais e como docentes, e, por meio de uma ação conjunta (do coletivo), fizeram emergir um novo desenho. Na *deriva*, dois anúncios: uma nova proposta escrita como Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde e um *devoir*, resultado de heterogênese. É nesse sentido que poderíamos “ler” duas DCN para a fisioterapia, uma do aperfeiçoamento/atualização e outra da ruptura/recomposição.

Aproprio-me da e inter-relaciono com a teoria da emergência, entendendo o movimento não linear que a práxis, na busca do novo, abre como criação de possibilidade ao inédito. A *emergência* é uma qualidade implícita na noção de sistema, em que estados diferentes são desencadeados durante um processo. Existem graus e níveis de emergência e, nos sistemas complexos, os elementos agem e autocontrolam-se a partir de ações e comportamentos internos e externos, assumindo qualidades que evoluem e geram estados inéditos (DOMINGUES, 2004).

Uma razão pela qual o comportamento emergente ocorre é o número de interações entre os componentes de um sistema, que aumenta combinatoriamente, permitindo que novos e diferentes tipos de comportamentos apareçam. Assim, não é apenas o número de conexões

(interações) que encoraja a emergência, deve-se considerar o modo como estas conexões estão organizadas. Em muitos casos, tem-se que alcançar um nível de diversidade em que a organização eclode como novidade.

Pode ser feita uma correlação com o início dos debates sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, quando vários professores, profissionais, estudantes, entidades e associações interagiram, mesmo com diversidade de realidades, de opiniões e de trajetórias de vida, buscando romper com o modelo de currículo mínimo e das grades curriculares, almejando uma diretriz (uma nova forma de organização) para alcançar uma perspectiva transformadora para as profissões da saúde.

Nossa trajetória de vida é o que nos faz construir nosso conhecimento no mundo. Para Maturana e Varela (2007), o mundo não é anterior a todas as nossas experiências e vivências, mas este constrói seu próprio conhecimento a nosso respeito. Somos modificados constantemente por aquilo que experienciamos. Não existe linearidade. Temos que sair da passividade e sustentar a ideia de que o mundo é construído por nós, num processo incessante e interativo. É um convite à participação ativa nessa construção.

A teoria das realidades emergentes permitiu-me uma visibilidade das ações e das conexões dos atores envolvidos nas mudanças curriculares. Os sistemas emergentes são formados por várias partes relativamente independentes. Esta característica pôde ser aplicada ao movimento que instituiu as DCN, sendo que vários profissionais de diferentes instituições e organizações foram consultados pelos setores responsáveis no âmbito da educação para chegar ao que as diretrizes deviam determinar.

Em um sistema, quanto mais complexo, apresenta maior número de estruturas de *feedback*; trata-se de uma perspectiva de conservação. Observa-se que sistemas que apresentam *feedback* tendem a romper, em determinado momento, com o próprio *feedback* e emergem propriedades completamente novas. Esse fenômeno é denominado *emergência*, e as novas propriedades do sistema são ditas *propriedades emergentes* (PALAZZO, 1999). O autor (ibidem) diz que a metáfora da bola de neve – que rola e cresce ao mesmo tempo em que aumenta a velocidade ladeira abaixo – representa bem o fenômeno. A bola de neve apresenta dois movimentos: movimento circular de rotação sobre si própria e também uma trajetória em linha reta. Outro exemplo é o efeito dominó. Ao observarmos cuidadosamente o efeito dominó, pode-se *imaginar* o efeito produzido por uma esfera invisível, rolando sobre as peças (similar ao movimento da bola de neve).

Transpondo essa teoria para a construção das DCN no ensino de fisioterapia, comparo que, ao longo do tempo, perfilaram-se as diferentes visões que os profissionais tiveram da

profissão, compondo uma figura estável, mas não unitária, composição de peças que podiam/podem desenhar uma figura mediante retroalimentação. No campo das profissões de saúde, uma linha corre no interior da própria profissão, enquanto a rotação sobre si mesma a impulsiona pelas convocações do trabalho (o setor de atuação). Emergem, assim, diferentes efeitos de potência sobre as questões relacionadas com a formação dos profissionais de saúde, sua atuação e desenhos de realidade.

Como uma esfera invisível, rolam as Diretrizes Curriculares Nacionais. Quais foram os movimentos da fisioterapia para conter ou vazar fluxos de movimento da esfera invisível? Cabe lembrar que nunca é uma pessoa que provoca a mudança, e sim o efeito de rede que uma mudança opera sobre um sistema.

Seguindo o que diz Palazzo (1999), os sistemas são autogerenciados (ausência de controle central do todo) e auto-organizados. A teoria do caos diz que os sistemas tendem a se auto-organizar, redesenhando seu equilíbrio interno e, ao mesmo tempo, mantendo certa dose de abertura ao mundo externo. “Os sistemas que se auto-organizam sacrificam parte da individualidade própria de seus componentes a fim de permitir o surgimento do coletivo” (CAPRA, 1996; BRIGGS, 2000; PEAT, 2000 apud BRAZ, 2006, p. 35). Graus ocultos de liberdade permanecem sempre presentes, animando o sistema. A ordem emerge do caos a partir da auto-organização, que é a emergência espontânea de novas estruturas e novas formas de comportamento em sistemas abertos, afastados do equilíbrio, caracterizados por laços de alimentação internos (BRAZ, 2006).

No propósito deste estudo, com base na noção de realidades emergentes, busquei como atores-sociais, informantes-chave, profissionais da área da fisioterapia, atuantes na construção das DCN/Saúde – DCN/Fisioterapia, partindo dos especialistas no ensino de fisioterapia ligados à Comissão de Especialistas em 1997 a 1999 na Secretaria de Ensino Superior (SESu), do Ministério da Educação (MEC) e à Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (Abenfisio) a partir de 1999.

Considerei como realidade emergente o movimento que foi desencadeado no debate e na proposição das Diretrizes Curriculares Nacionais na área da saúde, bem como a subsequente discussão de modelos pedagógicos que deveriam transformar o ensino de fisioterapia de sua tradição reabilitadora e autorreferida (o lugar técnico-profissional dos procedimentos cinético-funcionais e da clínica liberal-privatista), em uma orientação pela integralidade, pelo trabalho em equipes multiprofissionais interdisciplinares e pela apropriação do SUS.

Os informantes-chave foram encontrados pela técnica *ator indica ator*, sendo a primeira indicação buscada junto à atual direção da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (Abenfisio). Como instrumento para a presente pesquisa, usei a entrevista aberta (utilizando-me de um roteiro), por meio da qual procurei conhecer os movimentos em busca de mudança na educação em fisioterapia e em que momento se introduziu a agenda da integralidade, do trabalho em equipe e dos princípios e das diretrizes do SUS.

A entrevista é a técnica de coleta de dados mais utilizada no âmbito das ciências sociais. É bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, bem como para explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (GIL, 1999). Nesse instrumento de pesquisa – a entrevista – há uma interação entre o pesquisador e seus informantes, e não simplesmente um trabalho de coleta de dados. Ocorre uma relação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza desse encontro (MINAYO, 2008, p. 210).

Para interpretar os dados, foi empregada a análise de conteúdo que, para Minayo (ibidem), significa mais que um procedimento técnico: “faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais” (p. 303). A análise de conteúdo é definida como

[...] um conjunto de técnicas de análise da comunicação, tratando de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1979 apud MINAYO, 2008, p. 303).

Existem várias modalidades de análise de conteúdo: análise lexical, análise de expressão, análise de relações, análise temática e análise de enunciação. Elegi, para este trabalho, a análise temática, por estar ligada a uma afirmação a respeito de um determinado assunto: atos e vozes da área de fisioterapia nas Diretrizes Curriculares Nacionais. A análise temática desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Para Minayo (ibidem), existe a leitura flutuante – que é o momento em que o pesquisador se deixa impregnar pelo conteúdo –, seguindo-se a seleção por pertinência ao que seja adequado para dar resposta ao objetivo do trabalho e, depois, pela exploração do material, que consiste em uma classificação, na qual o investigador busca encontrar categorias (que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo será organizado). Por

último estão a inferência e a realização de interpretações inter-relacionadas com o quadro teórico, desenhado inicialmente.

Os dados obtidos foram desdobrados em blocos de sentido, buscando compreender a produção social do grupo profissional em questão. A descrição do estudo apoiou-se nos dados coletados por meio das entrevistas e na fundamentação teórica que permitiu trabalhar com diferentes realidades vivenciadas pelos informantes-chave participantes da pesquisa.

Esta tese teve como proposta metodológica a teoria da complexidade e da emergência de realidades, abrangendo discussões interdisciplinares e multiprofissionais. Para Minayo (2008, p. 132),

[...] todo o campo científico vem, de fato, revendo muitos dos seus conceitos e métodos e o pensamento sistêmico apresenta formas alternativas de tratar objetos de investigação, a vida, o mundo, as práticas sociais e, sobretudo, as implicações do investigador com seu objeto de pesquisa.

A cientista social (ibidem) cita que vários autores, em diferentes períodos, traduziram a ideia do pensamento científico como teoria geral dos sistemas (Ludwig Von Bertalanffy, 1950), pensamento complexo (Edgar Morin, 1990), paradigma da ordem a partir da flutuação (Ilya Prigogine, 1991) e paradigma da auto-organização (Henri Atlan, 1984).

Ao eleger a análise temática como modalidade de análise de conteúdo, procurei mostrar a fisioterapia nas ações (atos) e nos discursos (vozes) que culminaram com as Diretrizes Curriculares Nacionais e as mudanças sugeridas para a graduação em fisioterapia. Ao fazer a análise das entrevistas desenhei sete categorias ou categorias-movimento: ações e conexões dos atores; movimentos não lineares para a transformação curricular; sistemas dinâmicos no compartilhamento com a grande área da saúde; jogos de força; a singularidade da graduação em fisioterapia em um *inventar-se* no campo da saúde; movimento social como movimento de invenção de mundos e, por fim, a emergência de realidade.

Nesse processo, usei as falas como emergência sem linearidade, de uma forma dinâmica, em movimentos, compondo entrelaçamentos. Interconectadas as falas, sentimentos, vivências e opiniões formam uma totalidade que não se esgota, que não acaba em minhas conclusões ou considerações finais. Percebo que movimentos se seguem a uma escrita, movimentos históricos não se extinguem, ações e interconexões continuarão existindo entre os atores (profissionais da educação e da saúde) e os movimentos sociais e políticos (políticas públicas, DCN, o sistema de saúde e formação de professores) seguindo linhas de realidade

ou eclodindo processos disruptores em emergência de realidades. Uma entrevista me traz essa “leitura”:

Muita coisa foi discutida em conjunto e a comissão de fisioterapia sempre se fez presente em todos os momentos. Eu e outra colega da comissão (de outro estado) íamos a Brasília frequentemente para trabalhar e discutir as diretrizes. Foi um momento de muito trabalho e conquistas da profissão. Foi exigido de nós muita dedicação, trabalho e a tomada de posições firmes que algumas vezes iam de encontro aos interesses de pessoas que não estavam comprometidas com uma formação de qualidade. Foi um momento de muito estresse, mas ao mesmo tempo gratificante, pois contamos com o apoio do Conselho Federal, dos conselhos regionais e de algumas associações de classe que nos davam força e respaldo na luta. (E.7)

Usei, para designar as categorias, assim como ilustrar as capas dessa tese as figuras do “atrator de Lorenz”. A imagem do “atrator de Lorenz”, de Edward Lorenz, criada em 1963, resulta da imagem gráfica derivada das equações que ocorrem na atmosfera. Lorenz era matemático e meteorologista. A imagem é também um mapa que mostra como o estado de um sistema dinâmico evolui no tempo num padrão complexo, não-repetitivo (Gatti, 2007). Por sua forma, a imagem gerou a metáfora do efeito borboleta (o desenho que se vê no gráfico) e a explicação de como um evento qualquer em qualquer lugar do planeta pode repercutir em outro qualquer lugar, como o bater de asas de uma borboleta em um ponto geográfico gerar um terremoto em outro.

Categorias-Movimento

- Sistemas dinâmicos no compartilhamento com a área da saúde
- A singularidade da fisioterapia em um inventar-se no campo da saúde
- Emergência de uma realidade
- Jogo de forças
- Movimento Social como invenção de mundos
- Ações e conexões dos atores
- Movimentos não lineares para a transformação curricular

5.1 Ações e conexões dos atores

Os informantes-chave envolvidos na pesquisa desta tese concluíram a graduação em fisioterapia nas décadas de 1970 e 1980, fato que remete aos primeiros currículos de fisioterapia (de três anos) e à transição para o período de mudanças curriculares que prolongou o curso para quatro anos de duração e estabeleceu a divisão em ciclos de formação. Esses atores sociais foram graduados e exercem suas atividades docentes e profissionais na região sul, em universidade federal (dois), na região nordeste, também egressos de universidades federais (três), e na região do sudeste, egressos de universidades privada (dois) e pública (um).

Os motivos pelos quais tais atores sociais começaram a participar do processo de mudança na graduação mesclam-se com o engajamento dos mesmos em movimentos pela mudança da fisioterapia, marcados pela trajetória de cada um, tanto na docência quanto na atividade profissional, envolvendo uma história de reflexões sobre as próprias práticas ou reflexões coletivas entre seus pares em eventos ou instâncias profissionais. Em vários momentos, eles destacam a preocupação com um envolvimento maior nas questões do ensino da fisioterapia, bem como com a discussão dos projetos pedagógicos dos cursos e a preocupação com o perfil do profissional que está sendo formado, inclusive se atende aos princípios do Sistema Único de Saúde.

O termo *ator social*, aqui utilizado, é tido por Almeida (1999) como nomenclatura que contempla as pessoas físicas, individuais ou coletivas, enquanto o termo *ator institucional* refere-se às pessoas jurídicas. Conforme o autor, “os sujeitos sociais podem produzir inovações, alterando os conteúdos, processos ou relações, que impactam sobre as relações sociais e estas podem abrir caminho para a produção de fatos e processos que alteram as estruturas” (ibidem, p. 13). Considero atores sociais os docentes da fisioterapia que abriram caminho às inovações, produzindo fatos e alterando estruturas para a transformação na formação e no desenvolvimento de profissionais de saúde por meio das DCN. Cabe destacar que vários profissionais de diferentes instituições e organizações foram consultados pela SESu/MEC para chegarmos ao que determinam as diretrizes.

Sempre estive envolvida com a fisioterapia: Centro Acadêmico, Associação Paulista de Fisioterapia, Associação Brasileira de Fisioterapia, Crefito 3, Ministério da Educação, congressos etc. (E.8)

Muitos dos atores sociais entrevistados trazem na sua história a participação, o registro dos movimentos ocorridos na história da fisioterapia brasileira. Participantes desde o movimento estudantil estiveram imbuídos com a mudança e as melhorias na sua formação profissional.

Além disso, participei da retomada do Conselho Nacional de Estudantes de Reabilitação (CONUR). Era um “disfarce” da Executiva Nacional (ENUR) que pertencia à UNE, à época proscrita pelo regime militar. O CONUR fez um congresso nacional em 1979, onde se discutiu, nacionalmente, uma reforma curricular. (E.5)

Segundo Novaes, coordenador da Comissão de Memória do Coffito, o Decreto-Lei nº 938, que provê as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, “foi criado na vigência do Ato Institucional nº 5, por isso, na forma de decreto-lei, que é uma medida legal de tempos de exceção, ou seja, com o parlamento em recesso forçado pelo Executivo” (COFFITO, 2011, s/p). Lembra Novaes que o debate pela sua criação não foi público, com o devido registro em atas do parlamento, pois o decreto foi forjado no seio do poder político restrito ao Executivo federal.

Pode-se dizer que a falta de formação política nos cursos de graduação na área da saúde, mais precisamente na fisioterapia, traz reflexos do período ditatorial no Brasil, quando as questões com a saúde pública foram deixadas de lado, em uma total precariedade. Um modelo biologicista, médico-hegemônico, curativo e da reabilitação reforçava o investimento em grandes hospitais por todo o país.

Durante a minha formação, o movimento estudantil também me ajudou, [...] eu participava dos movimentos estudantis e das discussões que aconteciam no movimento estudantil, não pelo movimento estudantil em si, [...] eu não tinha muito tempo de me dedicar, mas pelas temáticas que estavam colocadas, principalmente as temáticas de cunho social que sempre me atraíram. (E.4)

O contato com as questões políticas relacionadas com formação e com o sistema de saúde vigente fazia com que os profissionais da fisioterapia procurassem sair da especificidade da área e buscassem outros campos de saber, adentrando as questões sociais e de cidadania, assim como de participação política:

Isso junto com o curso eu acho que ajudou a me definir por essa escolha militante, de aproximar a fisioterapia de outros campos dos saberes. Outra coisa, também, que me levou para esse aspecto foi a ausência de uma formação política no curso, que eu não tive no curso.

Porque durante o período imediato à minha formação, e até mesmo antes de me formar, eu participava de algumas reuniões do pessoal que discutia o espaço de trabalho, o mercado de trabalho da fisioterapia. Aí é que tentamos formar uma associação de fisioterapeutas. E eu, pelo meu perfil, comecei a militar e me tornei uma militante da fisioterapia logo já de saída do curso, saí do curso militando e continuei militando como profissional. E as discussões políticas que se faziam naquela época quando se rompeu a ditadura militar... Nos formamos em 1983, e a ditadura terminou em 84. Essa transição foi fundamental para eu sentir que, sim, que aquele espaço era um espaço que precisava ser ocupado e continuei nesta luta, buscando mais, me qualificar mais, aprender mais, a ler mais. (E.4)

Ceccim e Ferla (2008) dizem que os estudos em saúde devem abranger não somente os padrões populacionais de saúde e doença, mas estudar saúde e sociedade, ter um conhecimento das coletividades humanas, compreender os padrões de saúde do país e, a partir daí, formar uma nova geração de profissionais que seja militante do setor da saúde na execução e no fortalecimento de um novo projeto de saúde e sociedade.

Os movimentos de luta em defesa da saúde tinham um caráter de desfragmentação, almejando um setor único para a saúde, de integralidade na atenção. Assim, esses profissionais, por intermédio de fóruns, buscavam a participação social e o engajamento em movimentos de luta para transformar a dicotomia do público e privado em um Sistema Único de Saúde. Segundo Ceccim e Ferla (ibidem), está no interior dos processos formativos profissionais a conformação das novas gerações de pensadores, formuladores, avaliadores e efetutores da transposição de princípios e proposições em projetos de pesquisa, escuta, cuidado e tratamento em saúde. A formação técnica alia-se à formação política no contexto do setor de atuação ou aplicação de saberes profissionais.

A inquietação de certos profissionais por uma formação contextualizada na política social, voltada para as questões da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, fez com que alguns atores saíssem da sua zona de conforto e buscassem discutir as mudanças que vinham ocorrendo na saúde, inserindo-se nesse movimento, com outros atores, protagonizando tais transformações. Ceccim e Ferla (ibidem) lembram que a defesa da saúde – com um caráter de enfrentamento da ditadura militar e de luta por direitos – deu posse a um conceito ampliado de saúde, emergindo um reconhecimento da saúde como qualidade de vida e trabalho, de expressão individual e coletiva.

A díade saúde e cidadania, no contexto pós-ditadura, surgiu como uma novidade conceitual, política e de gestão setorial, devendo fazer-se presente nas práticas profissionais e na participação social, havendo o fortalecimento de que educar para o trabalho em saúde

envolvia a educação para as lutas sociais por saúde (ibidem). Nossos atores sociais redesenham o projeto de profissionalização numa expectativa de inclusão, de cidadania e de *aproximação do povo*, em que a reabilitação pode ser um componente, mas não o motivo fragmentado para a incorporação a serviços e políticas de saúde.

Nos comentários de nossos atores sociais, vem a rememoração de todos os momentos da reforma do sistema de saúde em que atuaram e a apropriação de conhecimento decorrente, sendo de vital importância a reflexão sobre a prática profissional e o engajamento à saúde coletiva:

E aí, quando eu começo a discutir a mudança na saúde [...], a vinda do Suds, das Ações Integradas em Saúde, que eram as AIS³, eu fui para a saúde coletiva discutir com os colegas, companheiros de outras áreas, os profissionais que estavam trabalhando na época do Inamps – na época nem era secretaria da saúde do município, era departamento – e casualmente caí de secretária da CIMS, que era a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, e fui ser secretária então dessa Comissão e conheci o pessoal da medicina e enfermagem, o pessoal da odonto, que tinha essa apropriação da reforma sanitária. E eu me apaixonei, e aí que eu me apaixonei de fato. Um dado que se anuncia é a aproximação multiprofissional, a identificação da área da saúde na formação de conceitos setoriais. (E.4)

Este docente busca apropriação de novas realidades e toma consciência de um novo mundo a partir do contexto da reforma sanitária, integrando-se à política de saúde, em sua nova forma de pensar o setor. Na travessia de fronteiras em sua formação como profissional de saúde e no papel de docente, evidencia-se uma militância pelo setor, pela produção de sentidos sociais e políticos do setor da saúde.

Nesse sentido, produz-se uma noção mais ampla das práticas de saúde, uma ordem biológica, mas também política e social, imbricada com os princípios do SUS, da integralidade na atenção e do trabalho em equipe, com o despertar da apropriação de novos comportamentos profissionais no campo da saúde.

Como um marco da cidadania nacional, a Constituinte de 1988 foi antecedida de debates que evidenciaram a atuação de grupos da sociedade civil, no redirecionamento das políticas de saúde. Por meio da promulgação da Constituição Federal, aprovou-se a criação do

³ As Ações Integradas em Saúde e o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) adotam como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instâncias colegiadas gestoras, tendo em vista unir previdência e saúde na rede assistencial.

Sistema Único de Saúde e, em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90).

E aí juntou essas forças, eram forças políticas que estavam crescendo naquele momento com a possibilidade da gente construir então a Carta Constitucional. Participamos da comissão de saúde na Assembleia Legislativa do Estado, defendendo, então, a ideia de um Sistema de Saúde Único e isso marcou de fato o meu modo de pensar saúde e marcou de fato o meu modo de pensar educação profissional para a área da saúde. E partir daí eu achei que só fazer a clínica não dava conta da energia que tinha dentro de mim, que pulsava no sentido de que mais pessoas precisavam saber das coisas que eu sabia, mais pessoas precisavam se envolver com essas coisas que estavam aí e eu via a fisioterapia muito distante disso. Então eu me formei e fui para a clínica e, em paralelo a isso, eu participei de movimento sindical, movimento político profissional, não movimento político partidário, e acho que isso que deu um pouco dessa estrutura e chegou até onde chegou hoje. (E.4)

Os movimentos defendiam a reforma sanitária, desejando universalidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade na atenção, prestação de serviços com resolutividade e participação da população por meio dos conselhos de saúde. Porém, em relação ao processo formativo, não havia uma agenda organizada, fosse de ator, de processos ou de formulação pedagógica.

Ceccim e Ferla (2008, p. 446) dizem que “independentemente de militância [...] o ordenamento da formação de profissionais de saúde deveria passar pela produção do entendimento sobre que mundos estavam em disputa na conquista do Sistema Único de Saúde”, tendo em vista configurar práticas pedagógicas consentâneas.

Uma maioria de docentes, entretanto, estava distante das mudanças políticas ou setoriais na saúde; muitos desconheciam os movimentos que vinham acontecendo com o protagonismo da Rede Unida e algumas associações de ensino e comissões de ensino de especialistas das áreas de conhecimento profissional. As universidades e outras instituições da área de formação e pesquisa estavam ligadas ao desenvolvimento científico e tecnológico e ao adestramento de especialistas pelas várias subáreas em expansão e aprofundamento, sendo convocadas pelo Edital 04/97, da Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação, para a formulação de diretrizes ao ensino, devendo-se substituir o conceito de currículo mínimo.

Para Ceccim (2008, p. 11), esse encontro entre acumulações de luta na área da saúde e na área da educação se fez representar na área da saúde, quanto ao campo do conhecimento

intelectual sanitário, pela invenção da saúde coletiva e, quanto ao campo do “conhecimento da intervenção social, pela invenção do Controle Social por meio dos conselhos e conferências”. Na área da educação, o campo da produção intelectual educacional, pela formulação da pedagogia universitária, como um domínio do conhecimento e no campo da ação pedagógica, pela formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais, resultantes, no caso da saúde, de audiências públicas do Conselho Nacional de Educação, com as associações de ensino das profissões de saúde e com o Conselho Nacional de Saúde.

As comissões de especialistas ouviram seus pares nas diferentes universidades, catalisando um processo de discussão. Contudo esse processo emergiu de grupos partícipes das associações de ensino e, a partir de então, as associações assumiram uma tarefa paralela ou complementar. Elas acumularam debate e expandiram o mesmo no interior da academia. A academia passou a discutir seu projeto pedagógico, debatendo além de conteúdos, carga horária e estágios, incluindo as habilidades, as competências e o perfil profissional, havendo muitas interrogações e inquietações dos docentes quanto aos aspectos formativos, incluindo-se, nessas preocupações, o processo formativo do egresso em consonância com um desejado papel na sociedade.

E aí depois, paralelamente, a gente estava discutindo a nossa construção, a nossa reformulação do projeto político pedagógico do curso de fisioterapia, aí a gente tentou construir o projeto pautado nas diretrizes, só que as diretrizes não saíram, não eram aprovadas, só foram aprovadas em 2002. Então em 2002 é que as diretrizes foram aprovadas, tanto é que o nosso projeto político pedagógico só foi implantado em 2005. A gente começou a discutir em 98. E aí a gente começou a discutir, e tive essa inserção nesse espaço. (E.2)

As diretrizes foram construídas pelas comissões de especialistas em ensino que atuaram entre 1997 e 2001 e acatadas pela câmara de educação superior quase que em sua totalidade. As comissões fizeram diversas reuniões com seus pares ao longo do processo e incorporaram as opiniões de professores e demais membros da categoria. (E.5)

Em várias escolas e regiões do país houve esse chamamento, por parte das comissões de especialistas, para a discussão das diretrizes, e esse movimento refletiu e propôs o que está contemplado no documento como habilidades, competências e perfil profissional. A discussão desses conceitos foi uma provocação da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Ao mobilizar o conjunto das comissões de especialistas, conclamando as comissões de ensino e estas estimulando umas às outras – gerando, como um subproduto,

cada vez mais unidade na concepção de saúde –, resultaram em conceitos de trabalho e de educação no sistema de saúde brasileiro.

Sempre foram muito bem aceitas as discussões sobre o trabalho e perfil do egresso e, por exemplo, nas diretrizes curriculares, tivemos o envolvimento de muitos coordenadores de cursos de fisioterapia, órgãos de classe e profissionais. (E.8)

Nas universidades, as reuniões foram alavancadas pelo movimento provocado pelas comissões de especialistas do ensino superior. Perante as instituições de ensino – estando inseridos nesse processo os coordenadores, docentes e estudantes – refletiam sobre o que constaria nas diretrizes em relação a diversos aspectos importantes para a formação do profissional da área da saúde, em consonância ao sistema de saúde brasileiro.

E uma das docentes da comissão de especialistas foi em algumas reuniões conosco. Então ela participou das discussões; então o documento, muitas das coisas que a gente discutiu nesses espaços, elas contemplaram neste documento das diretrizes. Então, assim, as diretrizes são um documento do qual a gente sente esse grupo de todos os professores do nordeste, isso aconteceu no Brasil inteiro. Eu evidentemente me refiro ao nordeste, porque foi a realidade que eu vivenciei. A gente sente assim, que é um fruto de muita discussão no país, nos diversos espaços de formação no país, e que ele contempla muitas das coisas que a gente propôs, que o grupo propôs, mas na verdade essa foi a primeira aproximação. (E.2)

Vislumbra-se que docentes e profissionais da fisioterapia tinham uma preocupação com a mudança, reconhecendo a crise em que o modelo tradicional se encontrava e sentindo que o modelo de formação e atuação do profissional já não condizia com a realidade existente, devendo ser refletido. Em busca de um novo olhar, de outros caminhos e outras possibilidades, partia-se para uma fisioterapia contextualizada e compatível com o sistema de saúde.

Apropriando-me do que diz Hernández (2007, s/p) sobre o conceito de realidade em relação ao de emergência, recupero a noção de que “a realidade não existe ou é, simplesmente emerge. A realidade não é nada além de um estado de possibilidades que surge sob determinadas condições”. A visão sobre a mudança relaciona-se com a abertura de vários caminhos que, para Prigogine, citado por Minayo (2008), indica que um sistema deixa seu curso natural e escolhe alternativas disponíveis, *bifurca*, permitindo a emergência de um novo desenho ou configurações de estado físico: já não se está mais do mesmo modo a partir da

desestabilização. Neste estudo, reporto-me aos ruídos no cotidiano dos serviços de saúde, desestabilizando seu curso, gerando necessidade de mudança, deixando seu caminho natural.

A possibilidade de novos paradigmas para a formação de sujeitos sociais em saúde gera reflexões à dimensão pedagógica. Paim e Almeida Filho (2000) entendem como relevante o desenvolvimento curricular impulsionado pelo processo de mudança na educação e na saúde, sendo que a característica que define o chamado *novo paradigma* é a não linearidade, como rejeição ao “*causalismo*” presente na abordagem convencional da ciência. Embasados em Castoriadis⁴ (1978), Paim e Almeida Filho (2000, p. 27) fazem relação às diversas perspectivas paradigmáticas alternativas: “trata-se de outra maneira de lidar com a questão da determinação geral, abrindo-se à ciência a possibilidade de emergência, ou seja, o engendramento do ‘radicalmente novo’, algo que não estaria contido na síntese dos determinantes em potencial”.

Os docentes relatam, em suas falas, sua trajetória no curso de fisioterapia, referindo questões relacionadas com a profissão, seu modelo biologicista, normatizador e prescritivo com o qual querem ruptura. O contato com a ruptura vem de fontes plurais, é efeito de desestabilização no *curso natural*.

Eu acho que a minha mudança na fisioterapia começou, uma porque eu já tinha um curso superior, já trabalhava com a questão do corpo, eu tinha feito o curso de educação física, tinha me formado em 1979, e quando eu fui para a fisioterapia eu fui buscar alguma coisa diferente da normatização que a educação física impunha. E na própria fisioterapia eu encontrei uma formação super normalizadora (normatizadora), super protocolar, o que me deixou, assim, um pouco desconfortável, porque na verdade a minha expectativa não era essa. Então eu acho que a partir daí eu tinha terminado o curso, estava no último ano de fisioterapia ou estava me formando no ano seguinte, [...] saiu um curso de aperfeiçoamento em Saúde Mental Coletiva, e aí eu me aproximei do grupo da saúde mental, quer dizer dos loucos que fazem a saúde mental, e foi onde eu descobri que havia um campo que eu poderia trabalhar toda essa possibilidade de ação e de intervenção social na saúde das pessoas e que a fisioterapia podia muito bem aproveitar esse espaço. (E.4)

O fato de muitos profissionais entenderem que a fisioterapia ultrapassa a questão do biológico os faz procurar a interdisciplinaridade ou a transdisciplinaridade como um espaço de atuação, buscando um pertencimento na área da saúde, no seu entendimento maior. Procura-se conjugar o escutar e o olhar, devendo o profissional buscar outros saberes, não se

⁴ CASTORIADIS, Cornelius. Science moderne et interrogation philosophique. In: CASTORIADIS, Cornelius. **Les Carrefours du Labyrinthe**. Paris: Seuil, 1978.

valendo somente dos conhecimentos tecnológicos, mas almejando outros campos de conhecimento (sociologia, antropologia, psicologia, educação, artes, saúde pública e saber popular).

Eu acho que a formação não foi disparadora desse processo de busca, se não pela lacuna que deixou, mas talvez eu tenha tido a sorte de ter ido para esse caminho por ter entrado no curso com outra expectativa, com relação ao instrumental que ele me ofereceria. Quantos outros não foram descobrir isso muito mais tarde porque a própria fisioterapia, a nossa formação, não deu esse olhar tão amplo assim? (E.4)

5.2 Movimentos não lineares para a transformação curricular

As relações das partes com o todo são dinâmicas, portanto o todo é, ao mesmo tempo, menor e maior que a soma das partes. Sendo assim, todos os atores implicados, todas as visões sobre esse processo são importantes, e é o que fará emergir o novo.

Esse movimento curricular na área da saúde, na verdade ele vem com o resultado do movimento da reforma sanitária, mas porque também na medicina, foi criado o núcleo da medicina na saúde coletiva, e isso começou a impulsionar os cursos da medicina. Então começou, no interior da medicina e da enfermagem, a discussão, e eu não via isso acontecer na fisioterapia. Era uma coisa assim: pessoas que estudavam pra fazer um concurso e iam falar de textos e não de pessoas que viviam isso, e como isso já começou a ser obrigatório nos cursos da saúde, minimamente que houvesse ou uma unidade de ensino ou uma disciplina que envolvesse saúde pública, porque a gente não discutia a questão da saúde coletiva na época. Eu não lembro muito bem, o currículo de 1982 a 1984 está neste intervalo de tempo que começa a ser exigido nos cursos, então em 1982 começou para que eles pudessem considerar conteúdo, unidades disciplinas, enfim, não era muito bem desenhado, mas começavam a falar então um pouco sobre isso. (E.4)

A produção de conhecimento com os futuros profissionais consistia na transferência daquilo que estava normatizado, descontextualizado do processo de trabalho, seguindo protocolos, procedimentos e técnicas e, na maioria das vezes, realizado com tecnologias duras (equipamentos/eletroterapia/mecanoterapia), o uso de técnicas determinadas pela avaliação do indivíduo doente, sem a preocupação com o cuidado, com a atenção integral, sem uma visão do indivíduo nos seus aspectos biopsicossociais e culturais.

Somente com o currículo de 1984 foi que se começou a tratar um pouco sobre saúde pública, estando integradas aí as disciplinas aplicadas às condições sanitárias: a Saúde Pública e a Fisioterapia Preventiva Individual e Coletiva. A quase totalidade das disciplinas dirigia-se à atuação do fisioterapeuta em clínicas e em hospitais, para auxiliar no tratamento médico por meio de técnicas transmitidas por uma formação tradicional, por um modelo de formação que não os capacitava para promover saúde, no qual não se buscava, na atuação profissional, uma consciência crítica ou voltada para a cidadania.

Alguns docentes relataram a experiência profissional anterior à docência como fator importante no movimento para a mudança, pois estes tiveram a oportunidade de vivenciar *falhas* na sua formação, pelos currículos anteriormente praticados nos cursos de fisioterapia e na sua prática profissional. Posteriormente, a docência exigia mais que isso: ir além do biológico para uma contextualização, sentindo cada vez mais a necessidade de um movimento de mudança.

No entender de Ceccim e Carvalho (2009, p. 157), a hegemonia do modelo hospitalar curativo e das especialidades predomina nos currículos da área da saúde, bem como o uso excessivo das tecnologias *duras*. Para os autores, há “hegemonia da atenção hospitalar, das especialidades e do modelo curativo individual no ensino da saúde (na seleção de conteúdos, de metodologias e formas de avaliação)”. Consideram que se desenvolveu “uma educação da saúde marcada por uma ciência das doenças, um corpo entendido como território onde evoluem as doenças e uma clínica voltada para o método experimental de restauração de uma suposta normalidade da saúde dos órgãos”. Essa educação contribui, segundo os autores, “para a precoce especialização, tal como temos assistido no trabalho em saúde no Brasil, assim como a utilização excessiva de tecnologias”, citando, por exemplo, equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, intervenções invasivas e medicamentos.

Os atores sociais desta pesquisa abordaram o aspecto da formação no ensino da fisioterapia em suas falas, enfatizando ainda que muitos currículos são reproduções de outros países, que estão distantes da nossa realidade e do cuidado de que a nossa população necessita.

É conhecido que os profissionais fisioterapeutas, na sua formação superior, foram formados a partir do modelo flexneriano, técnico, biologicista, vendo a doença e não o indivíduo, voltados para a preparação dos profissionais para o sistema produtivo, pela reprodução de conhecimentos produzidos em outros países, com realidades muito distantes da nossa. (E.3)

Rocha e outros (2007) citam que a formação profissional sob a lógica da doença tem grande investimento da indústria de medicamentos, insumos e equipamentos, sistematizando da seguinte forma: lógica da doença, dos órgãos, dos sistemas orgânicos, dos sinais e sintomas, das sequelas, da medicalização e do ambiente hospitalar. Os autores apontam a importância dada à revolução científica e sua influência na área da saúde, que tem favorecido uma atenção centrada na doença e nos aspectos curativos. O indivíduo, a coletividade e os aspectos educacionais e preventivos são relegados a um segundo plano, já que para estes, necessariamente, é preciso levar em consideração a história, as condições emocionais, sociais, culturais e econômicas, que são parte da construção da saúde e da doença, porém não são temas que compõem a base formadora.

O texto das diretrizes curriculares refere uma nova visão na formação:

[...] os conteúdos essenciais para o curso de graduação em fisioterapia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia. (Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, Art. 6º).

A fisioterapia era conhecida como a ciência que utiliza os meios físicos para tratamento, reabilitação, recuperação e manutenção das funções orgânicas. Desse modo, tinha a visão do homem no seu aspecto biológico, sem preocupar-se como este estava inserido na sociedade. Tal construção trazia sempre uma polaridade: saúde/doença, prevenção/cura, assistência médica/atenção à saúde, promoção/reabilitação. A formação dava ênfase à reabilitação como identidade profissional e foi concebida descartando outras formas de atuação. A inclusão de outras possibilidades de atuação ao profissional fisioterapeuta, em que o conhecimento fosse responsável pela introdução de outras práticas de produção de saúde, deveria permitir que esta fosse acessível a toda a sociedade, melhorando a qualidade de vida das pessoas.

A nova visão que os movimentos de mudança na educação dos profissionais de saúde procuravam, iniciando pelo movimento sanitário, era a de uma formação que passava por currículos, mas também por experiências inovadoras, pela inter/transdisciplinaridade, como novos cenários de ensino, e que estudantes e professores se tornassem conhecedores da realidade epidemiológica, na qual a relevância dos conteúdos curriculares se fizesse embasada nas necessidades sociais e individuais em saúde. Essas abordagens deveriam ser integradas e em articulação com os aspectos biopsicossociais e culturais.

Na década de 1960, observou-se uma reforma da educação que estimulou a abertura de departamentos, disciplinas e áreas de ensino voltadas à saúde pública, incentivando principalmente o ensino de conteúdos relativos à prevenção em saúde (na medicina, na enfermagem e na odontologia). Para Ceccim e Carvalho (2009), a *reforma* não integrou a área da saúde coletiva com a clínica, mas introduziu uma noção de mudança na educação dos profissionais. Na fisioterapia, tais conteúdos seriam abordados mais tarde, no currículo de 1984, praticamente 20 anos depois.

Os atores sociais entrevistados trouxeram à tona o primeiro currículo da fisioterapia, que formou os profissionais durante as décadas de 1960 a 1980, constatando que, na época da criação do curso de fisioterapia, não existiam muitos profissionais graduados em fisioterapia (inicialmente, as disciplinas eram ministradas por médicos e por um número reduzido de fisioterapeutas), sendo o currículo desenvolvido com conteúdos e carga horária reduzidos. Os conhecimentos nesses currículos eram contemplados por um modelo biológico, tecnicista. Esses docentes tratam também da mudança curricular ocorrida em 1983 e implantada em 1984, detectando falhas na formação. Salienta-se, porém, que nessa reforma foram incluídas as disciplinas de fisioterapia aplicada às condições sanitárias, incluindo-se aí as disciplinas de Saúde Pública e de Fisioterapia Preventiva Individual e Coletiva.

Os docentes explicitaram as mudanças que ocorreram na sua trajetória no decorrer das suas práticas, tanto na atuação como profissional da assistência como na docência.

Eu acho que foi desde o momento que eu assumi a docência. Inicialmente eu trabalhei no hospital universitário, por dois anos, e quando eu iniciei no departamento o número de professores era bastante reduzido. Não havia ainda um direcionamento mais específico de professor para cada disciplina, as disciplinas eram bem gerais ainda. Na época era a fisioterapia geral, fisioterapia especial, então o próprio nome das disciplinas não dava uma ideia do que seria tratado, do que seria trabalhado naquela disciplina. Então eu entrei bem na época da transição, foi quando foi aprovado o currículo mínimo dos cursos de fisioterapia, isso ocorreu em 1983, e que deveria ser implantado o novo currículo, atendendo às exigências do currículo mínimo, em 1984. (E.6)

Creio que a maior mudança foi quando tínhamos um currículo com poucas disciplinas e após muitas reuniões para discutir o currículo mínimo, este foi aprovado em 1983, e depois a discussão das diretrizes curriculares aprovadas em 2002. (E.8)

Sem acumulação, no currículo formal, de conteúdos da saúde coletiva, prevenção de doenças, promoção da saúde, saúde e sociedade durante a vigência da formação até 1983, em

que pese o *boom* de departamentos nessa direção durante os anos 1960 na medicina, na enfermagem e na odontologia, a discussão do currículo mínimo da fisioterapia contribuiu à reconceitualização da saúde e da intervenção terapêutica.

O currículo mínimo, organizado em disciplinas, representava um conjunto de estudos e atividades a ser desenvolvido em um período definido, com carga horária determinada. Esse currículo era composto por disciplinas obrigatórias, engessadas com pré-requisitos, formando uma grade curricular. Constituíam-se, ainda, por algumas disciplinas eletivas, dentro da área de conhecimento do curso, as quais passavam a integrar o currículo, não havendo flexibilidade de escolha de tais disciplinas e áreas afins por parte do aluno.

Ceccim e Carvalho (2006) dizem não ser mais admissível que as competências profissionais possam ser asseguradas pela transmissão de conteúdos e treinamento supervisionado, enfatizando que não cabe em uma sociedade em constante transformação que um título justifique a autonomia técnico-científica sem atualização contínua e uma educação permanente. Na compreensão desses autores, uma nova pedagogia universitária se anuncia com novos desenhos curriculares, liberdade para organizar as atividades de ensino e diversidade na formação com base nas realidades locais, convocando a participação estudantil.

No relato de ator social, um entrevistado manifesta o seu engajamento no movimento pelo processo da mudança, pela experiência de docência e de gestão, participando da mudança curricular em que existia o currículo mínimo para a graduação de fisioterapia:

[...] quando eu entrei na docência eu já conseguia perceber o que poderia ser diferente na formação. Daí, durante a implementação do novo currículo, eu assumi a coordenação do curso, o currículo se encontrava bem na metade; então eu já participei do processo todo de avaliação da própria implantação deste currículo mínimo, isso me motivou na época a ter interesse em buscar um pouco de orientação dentro da área da educação, eu fiquei quatro anos na gestão, e foi quando eu comecei fazer o mestrado em educação, e eu trabalhei exatamente com currículo. Minha linha foi currículo. E trabalhei na dissertação com educação e saúde, dentro da formação. (E.6)

A maioria dos atores sociais envolvidos nas mudanças curriculares apresentava insatisfação com o que estava posto, instituído. Eles buscavam aprofundamento nas áreas da educação, de saúde coletiva e de saúde mental, ou foram *desestabilizados* por essas áreas, conforme é relatado nas entrevistas.

A vivência em cargos ou ocupações de gestão na educação ou no controle social em saúde foram fatores de convocação por saberes novos, atravessamento dos saberes

profissionais por outros a serem construídos de modo interprofissional. A militância em entidades do ensino exigia liderar processos progressistas ou vanguardistas atento aos movimentos em curso na grande área da saúde. A prática política e o engajamento em movimentos sociais relacionados com a qualidade de vida, a liberdade e a cidadania traçavam entrecruzamentos com a motivação de expressar na fisioterapia uma contribuição docente, assistencial ou de produção de conhecimento.

Uma diversidade de atividades entre militância, condução organizacional, reconstrução pedagógica ou qualificação de resposta clínica dirigia práticas de mudança na graduação. A falta de acumulação no interior da profissão bebia da convivência interprofissional, da busca junto às associações de ensino, que apontavam discursos compreendidos como avançados no contexto da saúde coletiva, da saúde mental e da educação, e da presença nas lutas sociais por saúde.

5.3 Sistemas dinâmicos no compartilhamento com a área da saúde

Um sistema dinâmico é também um sistema retroalimentado, afetado por desestabilizações que se tornam informes de reorganização, ou seja, ocorre um *feedback* entre as partes e o todo, levando a uma auto-organização. Decorrente de diferentes olhares, diferentes vivências e da problematização de questões relacionadas com a formação dos profissionais de saúde e sua atuação, emerge a desestabilização. A manutenção do sistema se fará se for possível a retroalimentação em um sistema em auto-organização. A desestabilização não é aplacada; ela é elemento de transformação, pois o sistema emerge novo de si mesmo, mas em heterogênese.

Havia uma preocupação na tentativa de desenvolver um currículo que abarcasse um maior conhecimento para a área da fisioterapia, entretanto existiam modificações curriculares em algumas escolas bastante inovadoras que não eram conhecidas por todos. O *sistema* continha desestabilizações, enquanto acolhia outras que vinham em composição e se retroalimentavam.

Conhecíamos as mudanças acontecidas na Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte⁵, um curso já de há muito ministrado em quatro anos e em moldes bastante avançados para a época. (E.5)

⁵ Trata-se da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), reconhecida por sua história, marcada pela inovação quanto à integração docente-assistencial, fundada em 1950 pelo médico Lucas Monteiro Machado, da Santa Casa de Belo Horizonte. É a segunda faculdade mais antiga de Minas Gerais. Em 1961, a FCMMG implantou os cursos de graduação em Fisioterapia e

As discussões sobre a formação dos profissionais de saúde foram de vital importância e houve vários encontros, oficinas e congressos nos quais os profissionais da fisioterapia tiveram contato com outros profissionais da grande área da saúde.

O esforço, entre os professores universitários, por mudar valores conceituais e práticos na educação dos profissionais de saúde se fez notar principalmente no movimento das diretrizes à educação em enfermagem promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e pelo movimento de avaliação do ensino médico promovido pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), bem como pela experimentação de mudanças pelos projetos de integração docente-assistencial, populares entre os cursos de enfermagem, medicina e odontologia entre 1985 e 1997, alguns acolhendo a união com a comunidade em projetos inovadores. A partir de 1997, a rede de projetos de integração docente-assistencial (IDA) e de projetos de união com a comunidade (UNI) se reúnem em torno da Rede Unida, discutindo, desde então, ensino, currículo e avaliação na educação superior de todos os profissionais de saúde. Todos esses quatro movimentos defendiam a reforma sanitária brasileira: democratização do setor, universalidade do acesso, integralidade da atenção, participação da comunidade e resolutividade na rede local de saúde (CECCIM, 2008) e por isso guardavam, como agora, intimidade, no âmbito da pós-graduação com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), imbuída de discutir trabalho e profissões da saúde no interior de seus grupos de trabalho (Grupos Temáticos em Saúde Coletiva).

Houve também a experiência da medicina, da enfermagem, da odonto. Eu mesma pessoalmente não participei muito disso assim, mas a gente tem relatos dos eventos da Rede Unida, já participei de alguns, do movimento da Abrasco. [...] a gente via que traziam essas discussões, as experiências de outras escolas, a experiência da UEL (Universidade Estadual de Londrina). Tem todo um relato de mudança via currículo ou via avaliação do ensino ou via participação e gestão coletiva, porque foi realmente o que despontou como experiência. E as pessoas começaram, a partir daí, a trabalhar, então é tudo muito novo toda essa discussão sobre este ou estes movimento(s). (E.1)

A área da saúde coletiva discute profissões e trabalho na saúde e, por isso, nos congressos da Abrasco é comum a inserção da temática da formação de profissionais de saúde e seus mercados de trabalho. A medicina, a enfermagem e a odontologia, por força de seus

departamentos de preventiva, saúde pública ou preventiva e saúde, têm presença acentuada nos congressos da Abrasco, assim como pesquisadores em ciências sociais e humanas na saúde.

Estava acontecendo, em paralelo, as discussões das outras áreas da saúde. Não houve pelo menos que eu tenha participado, não houve nenhum momento de integração, por exemplo, de pessoas da fisioterapia discutirem o que estava acontecendo nas diretrizes da medicina, enfermagem e da odonto, que eu saiba não. (E.2)

Poucos docentes da fisioterapia, em suas instituições de ensino, tinham conhecimento do que estava sendo discutido na grande área da saúde em relação às Diretrizes Curriculares Nacionais. Alguns atores estavam mais próximos: são mencionados os profissionais/docentes ligados à comissão de especialistas e os profissionais ligados às associações e aos conselhos. A maioria dos docentes que estava nas discussões a respeito das DCN, da área específica da fisioterapia, estava somente em seus departamentos.

Porque essas sugestões, o Crefito também trabalhou aquele documento lá, também muito pautado, digamos das discussões que a gente teve e tudo isso foi para a comissão de especialistas. Como trabalhava com a comissão de especialistas da fisioterapia, a coisa até onde eu sei foi muito fragmentada, apesar do que a gente sabe que nas diretrizes tinham partes de competências e habilidades gerais, que são comuns a todas as profissões de saúde, mas eu não sei dizer o que foi construído. A parte de competências e habilidades ela é igual a todos, mas não sei quem construiu, se houve interação entre as profissões para construir aquilo. (E.2)

Certos atores, embora tivessem participação ativa junto às suas instituições e em conjunto com as comissões de especialistas, não tiveram conhecimento de como foi elaborado o texto comum das diretrizes curriculares e entendem que, a partir de suas reflexões, foram partícipes das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Os atores que integravam a comissão de especialistas e que tinham uma aproximação maior com os outros cursos da área, pelo fato de estarem representando uma categoria buscavam junto à área da saúde esse maior aprofundamento nas discussões. Era preciso saber como os outros cursos estavam discutindo, o que estavam propondo.

Sempre discutia com colegas de outros cursos, ouvia opiniões e aprendia com a experiência deles. (E.7)

O compartilhamento foi discutir as competências comuns à área da saúde. (E.8)

Essas diretrizes foram construídas pelas comissões de especialistas em ensino que atuaram entre 1997 e 2001 e acatadas pela câmara de educação superior quase que em sua totalidade. As comissões fizeram diversas reuniões com seus pares ao longo do processo e incorporaram as opiniões de professores e demais membros da categoria. (E.5)

Eu, antes de fazer parte da comissão de especialistas do ensino de fisioterapia, nós já tínhamos aqui [...] os endofisios, que eram os encontros de docentes de fisioterapia, então mesmo antes de trabalhar na comissão eu sempre estive envolvida com questões referentes à formação. E eu participei da comissão quando a comissão ainda era junto da fisioterapia e terapia ocupacional, mas logo no início, as primeiras conquistas que se teve, que eu considero como uma conquista, foi separar a comissão de fisioterapia, da terapia ocupacional, pois por mais que os conselhos sejam juntos, as profissões são distintas. Então esta foi uma bandeira que eu assumi junto com a comissão. Felizmente a gente teve um retorno positivo frente a este ponto de vista e nós pudemos a partir dali trabalhar com os nossos pares de formação, eu acho que isso foi um avanço em relação à comissão de especialistas no ensino de fisioterapia. (E.6)

Vislumbra-se que as discussões entre as áreas ocorreram e, embora nem todos os profissionais e docentes tivessem conhecimento da elaboração do texto comum junto aos outros cursos da área da saúde, foi a partir das comissões de especialistas que emergiu a redação final, partindo-se das discussões que ocorreram dentro de algumas das instituições.

Não houve aqui na nossa instituição, fora do nosso curso da fisioterapia, alguma discussão comum entre os cursos, mas como representante da comissão nós tivemos momentos em que houve discussão da área e da qual a comissão fez parte junto com os outros cursos da saúde, porque todos estavam no mesmo movimento, na mesma direção, os princípios básicos eram os mesmos. (E.6)

Alguns atores pertencentes ao movimento das associações por profissões da área da saúde tinham um objetivo comum de mudança no seu modelo curricular, com a intenção de inovação desse modelo tradicional com vistas à integralidade da atenção à saúde e autonomia das profissões. Essas mudanças estão contempladas no texto comum das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Partindo-se da emergência de realidades no ensino superior, pode-se mostrar que outra característica da emergência é que ocorre em *sistemas robustos*. A retirada ou adição de partes não destrói o sistema (PALAZZO, 1999), pois quanto mais atores juntam-se ao processo de transformação, buscando formar uma rede, maior será o poder de circulação de conhecimento, de problematização e de transformação das ações. Os diversos movimentos que emergiram

para que se desencadeassem mudanças (algo novo, novas possibilidades) na formação dos profissionais da fisioterapia fortaleciam suas atividades e sua representação em instâncias coletivas, fossem no CNE, no CNS, nos congressos da Rede Unida ou da Abrasco. Inclui-se aí a Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF), a Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (Abenfisio), criada a partir de um congresso da ABF, os Conselhos Regionais de Fisioterapia e o Conselho Federal de Fisioterapia, conforme nos traz este docente.

Quando surge? Há 10 anos, teve o congresso da ABF em Salvador, os professores mais antigos e históricos entenderam a necessidade de formar uma entidade própria, a que deram o nome de Abenfisio. Elegeu-se lá um grupo que iria começar a fazer fóruns semestrais, e eu comporia esse movimento apenas em 2001, em abril de 2001, quando o evento foi na universidade que eu dou aula, elegeu-se uma diretoria da Abenfisio e no fórum seguinte, em Curitiba, o COFFITO veio trazer a discussão das mudanças curriculares. E, a partir dali, a gente teve uma participação e uma contribuição em termos de participar nos bastidores. (E.3)

Um grupo de atores sociais pensava o ensino de fisioterapia e/ou a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia desde 1999, em pleno processo de discussão das DCN, mesmo que oficialmente a criação da Abenfisio ocorresse em 2001.

Conforme ilustram nossos informantes, esse grupo contribuiu efetivamente na implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais, mesmo que estivessem nos bastidores, desestabilizando o *sistema*, co-torcendo suas fronteiras à auto-organização por *feedback* às partes em movimento.

Eu acho que o meu ingresso no movimento foi pelos projetos UNI, porque foram somente oito cursos que estavam contemplados, de medicina e enfermagem, oito núcleos. Quando eu entro para o projeto UNI, eu começo a discutir com profissionais de outras áreas da saúde, eu vejo que nós realmente tínhamos muito pouco. Quer dizer, não bastava mais a gente ter uma diretriz curricular que dissesse alguma coisa pra gente fazer. As outras profissões faziam reuniões, faziam discussões, debates e tal e a gente não tinha corpo capaz pra fazer isso. Eram pessoas mesmo, isoladas. Poucas pessoas isoladas discutiam e trabalhavam nisso. Então, essa entrada, essa conversa, principalmente com a medicina e com a enfermagem e depois odonto, e muito mais atualmente, a farmácia e outras áreas, se fez via projeto UNI, na experiência que eu vivi, que foi muito positiva. (E.4)

Os docentes comentam que a fisioterapia, como um todo, estava distante das discussões que vinham ocorrendo em outros cursos da saúde. Eram poucas pessoas que estavam trabalhando na discussão das diretrizes, e o faziam porque não queriam receber as

diretrizes como um pacote pronto de determinações para sua formação. Esse grupo queria ter voz quanto às questões que iriam modificar o processo de formação no ensino da fisioterapia. Contudo percebe-se o papel de vários sujeitos sociais, incluindo neste rol a Rede Unida (projetos UNI), com importante papel na produção de fatos e conhecimentos, modificando estruturas consolidadas, rompendo-as pela ação e reflexão de diversos atores a partir da troca de experiências em relação ao que ocorria junto aos serviços, à gestão setorial e à comunidade.

O papel da Rede Unida foi de fundamental importância nesse movimento de articulação com os diversos cursos da saúde. No caso da fisioterapia, faltava essa discussão entre seus pares e havia – pode-se dizer – uma alienação por parte da categoria, exceto a luta de um grupo de docentes buscando o melhor para a formação e o desenvolvimento desses profissionais.

Para completar essa questão de que as diretrizes curriculares, apesar de não terem força de lei, serem orientadoras do processo formador, e a importância de nós termos uma orientação geral que minimamente balize nossa formação de fisioterapeuta, não estou falando da formação técnica, estou falando em formação. E acho que temos que pensar que formar não é só instrumentalizar, eu acho que formar é dar conta de aspectos técnicos, de aspectos humanos, de aspectos filosóficos e de aspectos crítico-sociais, enfim formar é realmente dar outras características. E acho que o que me ajudou também a enxergar e a dar um pouco mais de luz foi a minha busca pelo doutorado na educação. Então quando vejo que isso é realmente importante, que isso tem espaço pra ser levado adiante, que há necessidade de se criar, eu faço a opção de entrar no doutorado em educação e me qualificar mesmo nesse processo. E a minha tese foi trabalhar com a formação, então aí eu me senti muito mais segura pra poder levantar a bandeira e ir em frente nesta luta. (E.4)

Em sistemas dinâmicos não se vê estabilidade, mas não se trata de instabilidade. Há busca, inclusive, de maior estabilidade, mas em patamares distintos da estabilidade conhecida. Busca-se a Educação para ampliar a estabilidade da saúde. Isso é *mais ou menos* assim, posto que o melhor seja dizer que em sistemas dinâmicos ocorre a desestabilização, e um equilíbrio somente é reconquistado por metaestabilização. Um *feedback* atua, mas não para o retorno a um estado estável. A conquista é de metaestabilização. A proposta das diretrizes curriculares é uma conquista para a qual concorre o trânsito de docentes entre movimentos, as reuniões entre docentes e instâncias, a defesa da autonomia profissional e a defesa de uma orientação da prática à cidadania e de humanização na terapêutica.

5.4 Jogo de forças

Como na teoria sistêmica se presentifica a conexão entre atores, também se manifesta um jogo de forças atuando constantemente entre polos de representação ou de criação. No livro *Cartografias do desejo*, Guattari e Rolnik (2007) apontam que a cultura “massmedia” (mídia de massa) promove indivíduos normalizados, articulados uns com os outros; sistemas hierárquicos e sistemas de valores são sistemas de submissão não visíveis, mas explícitos. Ocorre uma produção de subjetividade que pode ser encontrada em todos os níveis de produção e consumo (ibidem).

Na formação dos profissionais de saúde, surgem questões micropolíticas que nas vivências dos atores são postas em cena, inseridas em um contexto maior, nas questões macropolíticas (Estado). Conforme sinalizam Guattari e Rolnik (ibidem), é possível desenvolver modos de subjetivação singulares (processos de subjetivação), desfazendo-se de todos os códigos preestabelecidos da submissão, renunciando-os para “construir modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade” (ibidem, p. 22). Os autores indicam a produção de uma subjetividade singular, uma singularização que coincida com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos, com a instauração de dispositivos para mudar tipos de sociedade ou tipos de valores.

Nesses jogos de forças, o que conta é que estamos no início de alguma coisa em relação ao posicionamento da categoria profissional da fisioterapia. Junto às mudanças curriculares, percebe-se um jogo de força, salientando-se a característica de um sistema em auto-organização, no qual falta controle central do todo e no qual os profissionais procuram analisar as diferentes situações e buscar a melhor solução para cada elemento em disputa.

No decorrer do processo de discussão das diretrizes curriculares, isso fica evidente em relação às divergências que surgiram, as disputas das categorias profissionais e na categoria dos fisioterapeutas, mas uma frase de Deleuze (2008, p. 109) fala da contemporaneização: “não buscaríamos o eterno, ainda que fosse a eternidade do tempo, mas a formação do novo, a emergência ou o que Foucault chamou de atualidade”. A ‘atualidade’ é como uma negociação com o tempo que está instalado e um tempo que virá, mas não precisa vir; esse é o contemporâneo, a possibilidade que não se eternizará, mas não desperdiçará a potência.

Um dos atores lembra-nos dos aspectos de infraestrutura que as universidades deveriam ter para uma melhor qualidade na formação dos profissionais e que as diretrizes não contemplam tal aspecto, ficando a cargo das universidades apresentarem as condições, muitas

vezes mínimas, para o funcionamento dos cursos – ou isso ficando a cargo das comissões de avaliação dos cursos mediante o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes).

Eu acredito que foi diferente a forma de perceber as diretrizes, tal qual elas foram aprovadas, pelas instituições públicas e pelas privadas, isso desde a questão do investimento do corpo docente, maior qualificação, também quanto à duração do tempo dos cursos. O exemplo que a gente tem aqui, que o curso foi idealizado para serem dez semestres, e a partir do momento que foi possível, passou para oito semestres. Eu acredito que muitas instituições se adaptaram pela necessidade, pelas exigências das diretrizes, mas em relação às federais, o que a gente observa é que as mudanças aconteceram muito mais no papel, mas que na prática ainda há muita coisa que precisa ser feita, principalmente em relação a laboratórios, equipamentos, a espaço físico, que a meu ver não contemplam ainda completamente as diretrizes. (E.6)

O mesmo entrevistado aponta a abertura dos cursos de fisioterapia como preocupante e questiona a forma como os novos fisioterapeutas estão saindo das instituições. Segundo ele, as DCN deveriam ter salientado outras questões, pois nem todos os aspectos contemplados nas diretrizes vão indicar uma boa qualidade dos cursos, como infraestrutura e carga horária, dentre outros.

[...] este processo todo resultou da autonomia universitária na abertura de cursos. É o que está acontecendo hoje. Eu acho que algumas coisas ficaram em aberto nas diretrizes, algo permitido pela própria LDB, de que os cursos abram desde que haja condições, e seja um Centro Universitário. Existe essa autonomia para a abertura de cursos, então o que a gente sente é que não está havendo critério para a abertura de cursos, basta atender ao que dizem as diretrizes e ter condições de abrir, mas a saída deste profissional como fica? A preocupação de todos é isso: com que cabeça o aluno está saindo hoje? (E.6)

Na perspectiva de outro ator social, o posicionamento da categoria profissional de fisioterapia junto às mudanças curriculares propostas pelas diretrizes foi de aceitação, de envolvimento de gestores de curso e dos órgãos da categoria profissional.

Sempre foram muito bem aceitas e, por exemplo, as diretrizes curriculares tiveram o envolvimento de muitos coordenadores de cursos de fisioterapia, dos órgãos de classe e dos profissionais. (E.8)

Interesses corporativos, culturas institucionais e a influência do complexo industrial da saúde entram no jogo de forças. A luta por um padrão de qualidade dos cursos sempre contempla a busca pelo que mais atende ao mercado. A profissão quer destaque e autonomia,

quer também projeção, o que se relaciona com o consumo intensivo e especializado de tecnologias presentes nas mídias de popularização da ciência.

Na referência de outro fisioterapeuta, este argumenta que não há uma integração entre a formação do profissional e o sistema de saúde, como apregoam as diretrizes curriculares, e que muitas instituições, embora digam que estão formando profissionais generalistas, na realidade estão voltadas para o mercado das especializações, ainda que venham a atingir uma parcela pequena da população, além de não partilharem da construção de um atendimento universalizado e não estarem implicadas com o sistema de saúde.

Tem que haver uma integração entre o ensino e o sistema único de saúde, e é uma coisa que eu me sinto muito incomodada. É exatamente assim, a gente perceber que por mais que a gente esteja tentando formar o profissional para o sistema de saúde – posso falar de uma instituição federal que ainda tem o aluno mais elitizado, no sentido de que este passou por um vestibular um pouco mais difícil –, eu ainda vejo um aluno que, por mais que ele tenha uma formação direcionada aos princípios do SUS, ele é um aluno que não quer trabalhar para o SUS, porque aí entra a questão de remuneração, da falta de acesso, da falta de possibilidades de trabalho, são poucos os fisioterapeutas que em uma cidade como a nossa, com 300 mil habitantes, quantos profissionais estão contratados pelo Sistema Único de Saúde? Quantos estão trabalhando, fazendo parte da rede? (E.6)

Para Ceccim e Ferla (2008, p. 447), “como resultado do jogo de forças [...] a não ocupação privilegiada com a educação dos profissionais de saúde na implementação da reforma sanitária corresponde a não priorização da formação para a transformação setorial, e por consequência a sua fragilização”.

Segundo Paim e Almeida Filho (2000, p. 88), na realidade, o *complexo médico-financeiro-industrial* constitui uma nova ordem mundial, influenciando nas políticas de saúde, tanto nas reformas setoriais como na formação dos profissionais. Entretanto, esses autores dizem que não se pode ter uma postura imobilista ou pessimista, pois “o processo político em saúde comporta a ação de diversas forças sociais que podem reivindicar e conquistar novos espaços de atuação”.

Não dá pra gente generalizar. Tem várias coisas na categoria, tem grupos, subgrupos, têm pessoas que tentam adequar seus projetos pedagógicos às diretrizes, porque é um documento e como tal deve ser seguido, é uma resolução do Conselho Nacional de Educação, e existem pessoas que defendem as diretrizes como instrumento necessário a orientar isso. Então eu penso assim, que há pessoas que tentam implantar as diretrizes porque acreditam que essas diretrizes

realmente refletem aquilo que a gente acha que deve ter na formação de um fisioterapeuta, e há pessoas que usam as diretrizes como documento, porque é o documento que o Ministério da Educação definiu. [...] Então, há muitos movimentos da categoria, há movimentos que tentam fortalecer as diretrizes, tentam assegurar que o que está lá de fato aconteça, e muito do que está lá não foi implantado nos cursos e há outros que fazem um pouco do que as diretrizes determinam, e se ajustam mais ou menos por força de lei. (E.6)

Passados 10 anos do Parecer nº 1.210 do CES/CNE/2001, pode-se dizer que as diretrizes, para algumas instituições, deixaram de ser um instrumento balizador para a melhoria dos cursos de fisioterapia ou para a transformação do ensino em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde. Elas passam a ser percebidas como um dos documentos que o MEC dispõe, porém este não é incluído efetivamente na avaliação dos cursos, para autorizá-los, reconhecê-los e atualizar tal reconhecimento.

Palazzo (1999) traz outra característica da teoria das realidades emergentes: o *equilíbrio metaestável entre a ordem e o caos*. Morin (2011, p. 62) diz que se levou muito tempo para perceber que desordem e ordem, construídas como inimigas uma da outra, cooperavam para organizar o universo. O autor afirma que, com frequência, “no encontro entre o fluxo e o obstáculo, cria-se um turbilhão”, e esta seria uma “forma organizada constante e que reconstitui sem cessar a si própria”. Para o pensador, “a união do fluxo e do contrafluxo produz esta forma organizada que vai durar indefinidamente”, concluindo que “uma ordem organizacional (turbilhão) pode nascer a partir do processo que produz desordem (turbulência)”.

O encontro entre vários movimentos (Rede Unida, Abenfisio e Abrasco), processos de formação (saúde coletiva, saúde mental e educação) e processos sociais (militância política, reforma sanitária e projetos interprofissionais – fluxo – com a resistência dos saberes e poderes instituídos na corporação, instituições e mercado – obstáculo) criou a turbulência, ou seja, uma ordem organizacional em turbilhão. O projeto DCN foi catalisador da turbulência e sua produção, do turbilhão.

Vários pontos de divergência e disputa surgiram durante o processo de discussão das diretrizes. Destacam-se a questão da carga horária total dos cursos (de quatro para cinco anos), as grandes mudanças no processo didático-pedagógico (metodologias ativas) e o aumento do corpo docente (com contratação e concursos) para condizer com os diferentes aspectos das DCN.

Porque houve um racha na nossa comissão em relação à carga horária, nós tínhamos três professores na comissão. Todos os cursos sugeriram uma carga horária, a nossa houve consenso. Havia uma professora de uma instituição privada que ela defendia uma carga horária menor do que aquilo que toda a categoria propunha. Então foi a única comissão que não conseguiu encaminhar a carga horária porque não houve consenso dos três membros da comissão. (E.6)

A maior polêmica foi em relação à carga horária. E acredito que neste mesmo ponto pode ser considerado como vitória, além de outros aspectos como a questão do estágio ter a presença de docente. (E.7)

Referente aos estágios, as diretrizes contemplam em seu artigo 7º as suas determinações: formação sob supervisão docente, com carga horária mínima de 20% da carga horária total do curso de graduação de fisioterapia. Fica assegurado também que, na carga horária do estágio, deverá estar contemplada a prática de intervenção preventiva e curativa nos diferentes níveis de atenção, nominando os locais onde essas práticas deverão ser realizadas: ambulatorial, hospitalar, em unidades básicas de saúde, em âmbito comunitário e demais serviços ou instâncias do setor da saúde.

Na época, nossa grande divergência foi em relação a não definição da carga horária dos cursos de graduação, mas, em 2008, fomos contemplados com as 4.000 horas. (E.8)

Pelo menos o que veio à tona em termos de conflito da comissão foi a carga horária, isso foi no documento, o que acabou que nenhum curso assegurou a carga horária naquele momento e só agora, sete anos depois, é que isso se resolveu, mas isso foi muito discutido, teve uma repercussão muito grande no Brasil inteiro. (E.2)

A carga horária foi um dos pontos de divergência. O número de anos de curso e a questão dos cursos noturnos era a grande pauta, principalmente em qualquer fórum de discussão vinha essa questão. Houve resistência a aumentar a carga horária, a gente sente que foi mais por aí. [...] Outra discussão que a gente até entende que não fomos contemplados pelas DCN é que a nossa proposta era de que os cursos não fossem noturnos, que fossem cursos exclusivamente diurnos, então isso foi algo que não conseguimos contemplar no nosso texto. Fomos barrados neste sentido. (E.6)

A carga horária dos cursos não ficou definida nas DCN. Apenas posteriormente, com a Resolução nº 4, de 6 de abril de 2009 (BRASIL, 2009) – que dispõe sobre a carga horária mínima dos cursos de graduação em biomedicina, biologia, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional, bacharelados na modalidade presencial –, definiu-se a carga horária mínima em 4.000 horas-aula para os

cursos de fisioterapia, farmácia e enfermagem, os demais integralizando 3.200 horas. Essa determinação ficou aquém do pretendido pela Abenfisio, que era de 4.500 horas para a integralização dos cursos de fisioterapia, definindo o mínimo de cinco anos para a conclusão do curso.

Os docentes fazem um resgate sobre o currículo e seu potencial construtor de autonomia de um profissional da educação superior; o currículo e seu poder, não apenas autorizativo, mas habilitador para autonomia e reconhecimento profissional em equipe de saúde. A fisioterapia constitui, junto com a psicologia, o grupo profissional mais combativo da chamada ⁶Lei do *Ato Médico*.

Outro setor que tinha dificuldade é o seguinte: o currículo tradicional da fisioterapia no Brasil, ele vem dos cursos quando eles eram técnicos, então nós não saímos com a definição tão completa de diagnóstico, apesar de nós possuímos diagnóstico fisioterapêutico no nosso código de ética. Uma das grandes discussões era a questão do diagnóstico. (E.3)

O modelo reabilitador reflete na formação atual, no padrão tradicional e tecnicista seguido por muitos fisioterapeutas e incide também em sua forma de atuar na dependência de outros profissionais, sem autonomia, como se o papel do fisioterapeuta fosse apenas o de *executor* de tarefas designadas a partir do diagnóstico médico, não do diagnóstico fisioterapêutico ou integralizado na equipe de saúde.

Na categoria há muitos colegas que se apegam ao padrão tradicional antigo. É o padrão de um profissional de reabilitação. Esse é um setor que não consegue vislumbrar os avanços do profissional de saúde e em princípio questiona a autonomia do fisioterapeuta atender antes do médico [...] o fisioterapeuta tinha que vir depois do médico. (E.3)

Tem colegas que acham que o diagnóstico é exclusivamente médico, mesmo estando no código de ética. Acho que essa é a dificuldade que há, eu chamo da república das FTs⁷. Têm profissionais que têm pânico de serem comparados ao médico, inclusive eles se autointitulam FT alguma coisa. [...] Todo o profissional de nível superior, independente do currículo, é doutor. E essa é uma lógica de mercado da medicina, da odontologia e nós não podemos fugir dela, porque aqueles que vão

⁶ “O projeto de Lei do Ato Médico tira a autonomia de milhares de profissionais da saúde e torna crime a prática de vários atos que estamos exercendo há muito tempo, retirando também a liberdade do usuário de escolha do tratamento” (Sistema Coffito/Crefittos em <<http://www.atomediconao.com.br/cartasenor091210.html>>).

⁷ “FT”: abreviatura que alguns fisioterapeutas adotam, colocadas antes do nome, em oposição ao uso do “Dr.”, como a maioria dos profissionais de curso superior no Brasil o faz.

fazer a vida acadêmica, mestrado, doutorado, passam a ser professor mestre, professor doutor PHD, que tem essa formação acadêmica que precisa. (E.3)

O poder médico, sobreposto às demais profissões, é muito questionado pela fisioterapia e pelas outras profissões da área da saúde. Esse questionamento traz à tona conflitos gerados pela divisão social do trabalho e pela hierarquização forçada entre os saberes.

As divergências foram, às vezes, de alguns setores que não aceitavam essa independência, coisas que nós vivemos no cotidiano, por exemplo: há profissionais que não avaliam o paciente se ele não passou pelo médico antes, se isso se retratar no currículo, se isso vai se fixar no currículo não vai dominar o conjunto da saúde, das doenças. Você não dominando, você fica “na prática”, tua “tarefa” é simplesmente realizar uma terapêutica analgésica, corretiva, a partir de um diagnóstico que você não questiona. Isso não é bom para o paciente, este paciente é mal diagnosticado muitas vezes pelo médico, então você precisa estar sempre presente, sempre observando, até corrigindo algumas informações. As divergências estavam muitas neste aspecto. (E.3)

Outra questão apresentada nas entrevistas como matéria de disputa, divergência e nó crítico é a do profissional como detentor do saber: a visão de alguns profissionais que embasam suas ações na verticalização e aqueles que as embasam no acolhimento, na responsabilização e na alteridade; aqueles que entendem a fisioterapia como uma especialidade (trabalhando somente com as disfunções) e aqueles que a entendem como potência de integralidade, resolutividade e desenvolvimento de autonomia no usuário; e ainda aqueles que procuram manter o *status* privado da profissão e os que procuram por um sistema público universal e único. Apresentou-se como nó crítico a vinculação da formação da fisioterapia ao Sistema Único de Saúde.

Foi esse o nó crítico da fisioterapia, justamente o *status* de elite, que a fisioterapia sempre teve no sentido de que ela era alguma coisa que vinha pra atender certo poder, as pessoas que detinham certo poder como uma especialidade, de grande potência. A fisioterapia na época era apontada como a profissão do futuro, não na perspectiva do envelhecimento humano, mas na perspectiva de que nós iríamos trabalhar com as disfunções, então nós poderíamos nos manter com o *status* privado até *ad aeternum*. O nó crítico foi justamente a questão da vinculação da formação ao Sistema Único de Saúde, ao menos na minha visão particular, de quem participou ativamente desse processo de construção. E tivemos tanta dificuldade neste aspecto que não estamos muito longe disso, também em dois mil e pouco, 2002, 2003

por aí, quando nós nos levantamos em uma assembleia em Salvador da Abenfisio, na 1ª ou 2ª assembleia em Salvador, em um encontro da Abenfisio, e nós nos impomos que na carta de encaminhamento o SUS deveria ser pauta em todos os encontros, o SUS deveria ser pauta das discussões docentes e fomos assim quase que retirados do espaço em virtude da resistência dos profissionais em relação ao Sistema Único de Saúde. (E.4)

A resistência da ligação dos profissionais ao SUS se faz presente até hoje, tanto que a Rede Unida continua a abordagem desses temas em suas oficinas, para que os profissionais disseminem as concepções postas nas DCN com seus pares e profissionais em formação, de modo que estes exerçam em sua prática os princípios e as diretrizes do SUS.

A fisioterapia continua tentando identificar dimensões comuns às profissões de saúde nas Diretrizes Curriculares Nacionais, localizar as dificuldades e os limites na implementação destas e assinalar a fragilidade da manutenção de fronteiras entre profissões. Assim, este ator se manifesta:

Quanto às habilidades e competências, não houve divergências, porque a gente tem isso bem definido, porque a gente sabe que no mercado de trabalho parte disso não está acontecendo. Eu vejo uma falta de identidade da fisioterapia muito grande atualmente, eu não sei até onde o educador físico está ocupando espaço do fisioterapeuta ou o fisioterapeuta não está ocupando o espaço do educador físico, então hoje em dia é o próprio massagista, é o salão de beleza, é o esteticista, então eu já não sei mais quem faz o quê. Sei o que o fisioterapeuta faz, mas sei também o que eles estão fazendo e que não deveriam estar fazendo. Principalmente, até pela necessidade de emprego, muitas vezes ele está vendendo a sua própria profissão. Entregando às mãos de outros. (E.6)

5.5 A singularidade da graduação em fisioterapia em um *inventar-se* no campo da saúde

O movimento para a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação de fisioterapia contornou divergências, aceitou a defesa de interesses, acolheu processos de invenção e inovação no desenho da formação profissional e buscou identidade ao curso e ao profissional egresso. Contudo, quando da redação do texto comum das diretrizes curriculares, somente a comissão de especialistas teve protagonismo.

Bem, da história que venho contando até a formulação das diretrizes passaram-se mais de 10 anos! Fiz parte da comissão de especialistas em ensino do MEC que sistematizou, em 1997, os padrões mínimos

de qualidade para os cursos de fisioterapia e terapia ocupacional. O perfil do fisioterapeuta nas Diretrizes Curriculares foi aprovado pelo MEC/CNE, através do Parecer nº 1.210 de 2001, e instituídas pelo mesmo Conselho através da Câmara de Educação Superior, a partir da Resolução 4, de 2002. (E.5)

Em relação ao texto comum, a fisioterapia foi uma das áreas que participou ativamente em todo este processo, uns mais outros menos, mas houve envolvimento, houve divergências dentro da própria comissão, porque teve membros da comissão que defendiam interesse da sua instituição, mas isso foi algo que se conseguiu de certa forma barganhar. Houve um movimento, por parte das entidades de classe, para tentar garantir que a fisioterapia pudesse crescer, não retroceder. Mas não foi um processo fácil, foi principalmente para a comissão muito trabalhoso, e até porque a gente procurou ouvir a todos e certamente não se contemplou a todos. Mas no sentido de atender às diretrizes gerais, acho que conseguimos, e como eu disse o processo foi muito, muito aberto, a discussão foi muito ampla. Só não participou a escola que realmente não quis participar, então quanto a isso a gente tem convicção que houve oportunidade nas reuniões que sempre ocorriam abertas, houve a possibilidade. (E.6)

O interesse corporativo sempre se encontrava presente, com entendimentos de o que seria melhor para as profissões da saúde, em especial a fisioterapia, na tentativa de ser o mais abrangente possível no que diz respeito a todo o processo de formação. De outro modo ocorreu com outros integrantes nas discussões (docentes da área) que não se integraram diretamente na formulação do texto comum.

Primeiro, eu não sei como o texto comum foi formulado, mas o que eu sei é que coisas que estão no texto comum a gente havia discutido, então não sei se eles pegaram e viram o que era comum, mas me senti contemplada. Eu como docente, como militante da área da saúde coletiva e como muitos outros de nós nos sentimos contemplados naquelas competências e habilidades gerais, porque muito daquelas coisas a gente tinha colocado como competência e habilidade para o fisioterapeuta, embora eu não saiba como aquilo foi construído. Mas a gente se sentiu representado ali, as coisas que a gente tinha proposto, do que a gente tinha discutido, só que foi além, ele ultrapassou o que a gente tinha conseguido colocar naquele momento. (E.2)

A proposição das diretrizes curriculares eu acho que teve o que propuseram as outras áreas (cursos), acho que foi um conjunto de situações, um conjunto de fatos que fizeram com que a fisioterapia escrevesse essa fase. Não foi uma única coisa assim, só da fisioterapia, e também não foi uma coisa assim recebida, foi uma coisa que emergiu das necessidades, das possibilidades, das vivências, das experiências. (E.1)

Mesmo entendendo estar contemplada a fisioterapia na redação do texto comum das Diretrizes Curriculares Nacionais, os atores sociais veem que a fisioterapia não formulou a redação do texto comum contido na mesma. Entretanto, consideram que a fisioterapia apreendeu e aceitou tais proposições. Levando em conta a grande importância da aprovação das DCN para a fisioterapia, entendem como um avanço no aspecto profissional. A fisioterapia exercia somente o papel de reabilitação, havendo grande mudança com sua incorporação ao Sistema Único de Saúde, em consonância aos seus princípios e diretrizes, estando em todos os âmbitos de atenção à saúde.

O fato de a fisioterapia ter participado do texto comum é uma grande vitória, se ela formulou eu não acredito, existem sanitaristas, existem professores de grande gabarito, que bolaram, que esquematizaram, o que teve uma participação. E aí a divisão ensino do Coffito [Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional] teve muita interferência nessa parte específica, porque ela nunca tinha sido escrita com essa grandiosidade, como foi agora. Ela retratou o crescimento da profissão, retratou o elenco de desafios que a profissão foi enfrentando e foi vencendo, as especialidades, inclusive retratou a intervenção da fisioterapia no Sistema Único de Saúde, que do antigo setor terceirizado, reabilitacional, do tempo do Inamps, a fisioterapia foi prestigiada no SUS e participa da prevenção primária e secundária, e não apenas a terciária. E isso foi incorporado nas diretrizes curriculares e realmente a gente sentiu bastante. A nossa profissão teve no papel um reconhecimento enorme em relação aos 20, 30 anos anteriores. Foi um salto 2002. (E.3)

A redação do texto comum é o que separa a fisioterapia do corporativismo explícito, mas não de sua relação com o mercado. Há o prenúncio do pertencimento à equipe multiprofissional de saúde e há o pertencimento a essa equipe na hora de assegurar o mercado. De um lado, haveria a necessidade de disputar a reserva de mercado, de outro assegurar que ela é possível.

A fisioterapia aceitou a redação. Houve uma tentativa de alguns grupos de incluir aquelas questões na formação do fisioterapeuta, mas dentro da área da profissão aquilo não se evidenciava como a formação do fisioterapeuta, então havia uma discussão assim: “Mas se a gente escrever isso, mas a gente vai deixar de estar fazendo as coisas que são da fisioterapia”, que isso houve momento de uma discussão como essa. Encaminharam-se algumas coisas gerais, mas que de longe chegaram naqueles aspectos das competências gerais que é comum a quase todos os cursos da área da saúde, porque a gente sabe que aquilo ali teve uma mão forte daquele pessoal que fazia militância no movimento da reforma sanitária, do pessoal que trabalhava, que já

estava inserido na rede, dos cursos que estavam mais adiantados nas discussões, então na fisioterapia foi uma coisa de aceitar. (E.4)

O pessoal da saúde coletiva, com seu interesse de um SUS universal, gratuito e para todos, defendia a equipe e a atenção integral à saúde, viabilizando, de outra parte, que a fisioterapia estaria onde a saúde fosse tema considerado. Na fala de atores sociais participantes desta pesquisa, constata-se a importância atribuída às comissões de especialistas durante o processo de implantação das diretrizes curriculares, como uma mediação entre os militantes e os realistas.

O que posso dizer é que o MEC contava com e apoiava as deliberações das comissões enquanto eu dela participei. (E.5)

Eu acredito que sim, pelo menos houve um chamamento para que a participação fosse de todos [...] alguns participaram, alguns se omitiram, mas o processo foi democrático, mas quem realmente deu a assinatura final foram as comissões. (E.6)

Constata-se a importância das comissões de especialistas nesse movimento de reunir as instituições de ensino, com toda sua comunidade acadêmica, assim como organizações, associações, nas quais as comissões sistematizaram, reuniram tais aspirações para a formação dos profissionais da área da saúde e, assim, encaminhá-las às instâncias superiores. Somente algumas profissões nomearam o SUS entre os objetivos da formação profissional, identificando relevância social à educação. Na redação das competências e habilidades específicas, no caso da fisioterapia, a qual consta no Art. 5º da Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, ficou firmado o seguinte parágrafo único: “A formação do profissional da saúde deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, à atenção integral da saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e ao trabalho em equipe”. Todavia os relatos dos atores sociais que participaram ativamente dessas discussões referem que houve divergência entre os fisioterapeutas que defendiam e aqueles que não aceitaram a denominação do SUS.

[...] tanto é que na fisioterapia as pessoas não aceitaram que aparecesse o nome SUS, porque foi uma discussão, foi uma briga, lembro de que eu levantei em defesa, eu quase fui linchada, porque “o que eu queria? Fisioterapia pra pobre?” Diziam pra mim, quando eu levantava a discussão, que eu defendia aquilo que eu achava que “deveria ser”. Na nossa profissão a gente não conseguiu manter como outras profissões mantiveram. Por exemplo, enfermagem manteve, não lembro qual é o outro que manteve, e a gente não manteve [foram apenas a farmácia, a nutrição e a enfermagem]. A gente colocou

“sistema de saúde vigente no país” [não SUS], como se o sistema de saúde fosse terminar antes do que as diretrizes curriculares. Como se tivesse menos tempo de vida do que as diretrizes curriculares. Aposta de que o sistema não iria vingar. (E.4)

No texto comum, a fisioterapia beneficiava-se da introdução do SUS, tratando de saúde como um tema abrangente e de largo espectro às atuações profissionais; no texto específico, a fisioterapia separa suas competências e habilidades do compromisso com o SUS, optando por uma redação genérica: o sistema de saúde vigente. Ou seja, mesmo que volte a ser um sistema restritivo e exclusivo, haverá lugar para a atuação dos especialistas em reabilitação. Ainda assim, o texto mostra a *luta*, pois, ao falar de “um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência”, copia conceitos do SUS na lei, remetendo o texto das DCN ao texto do SUS na Constituição Federal.

No caso do curso de farmácia, constou o aposto com ênfase no SUS; na formação de nutricionistas e enfermeiros, ficou indicado que a *formação do profissional deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS*.

As mudanças que ocorreram, partindo-se das Diretrizes Curriculares Nacionais, podem ser comparadas às características dos sistemas emergentes; são *adaptativos* na medida em que se verifica capacidade de refletir sobre o real de maneira crítica, a busca por aprender, inovar e antecipar, a busca de caminhos para que a *atualização* ocorra de uma forma mais integrada. Muitos atores sociais revelam o seu aprendizado nessa trajetória, no decorrer da implantação das DCN/Fisioterapia.

O olhar para uma formação generalista e para que atenda a todos os níveis de atenção à saúde. (E.7)

Eu acredito que as minhas mudanças aconteceram por vivenciar ações extensionistas, por trabalhar com Educação em Saúde, então eu acredito que a minha visão já era bem avançada em relação ao currículo mínimo, que era o que existia antes, acredito que o que modificou um pouco mais [...] mas sim de todo o processo de formação, o que modificou um pouco foi em relação à pesquisa. Hoje eu me envolvo muito mais com pesquisa do que antes, então antes eu estava muito envolvida com assistência, com educação em saúde, desenvolvendo projetos extensionistas e procurando muito mais atender às necessidades do aluno em relação aos projetos de conclusão de curso [...]. (E.6)

A introdução de um processo didático-pedagógico de metodologias ativas fez com que muitos atores sociais do ensino entendessem as vivências e experiências de prática como indissociáveis para a formação integral. O artigo 9º da DCN propõe que o curso de graduação

em fisioterapia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

O que mais me marcou nisso foi que eu já tinha uma formação de professora [...] fiz doutorado em educação e percebi que nesse movimento de mudança não dá para parar de se qualificar, porque depois de tudo isso eu fui fazer especialização em formação de profissionais da área da saúde e agora trabalho nisso em EAD, então é um processo permanente mesmo de busca, de apropriação, procurando novas formas de fazer. E o que mais me fascina é que eu consigo olhar pra isso e me encantar com isso, aplicar e vibrar, o mais importante é isso. (E.4)

Esse fascínio, esse vibrar pelas novas formas de fazer, o encantar-se, traduz-se em uma potência de vida: a linha ética ou o rigor ético, como é definido por Rolnik:

[...] o que estou definindo como ético é o rigor com que escutamos as diferenças que se fazem em nós e afirmamos o devir a partir dessas diferenças. As verdades que se criam com este tipo de rigor, assim como as regras que se adotou para criá-las, só têm valor conquanto conduzidas e exigidas pelas marcas [nosso registro sensível] (ROLNIK, 1993, p. 7).

Os atores sociais entrevistados demonstraram essa paixão, esse desejo, no sentido de buscarem a mudança – algo palpável – e a mudança ser um processo, alcançar legitimidade. Identifica-se a problematização no mundo do trabalho ou no cotidiano do trabalho, ou seja, o protagonismo do docente/profissional com vistas à melhoria no processo de ensino/aprendizagem em busca de mudanças na formação de profissionais e a melhoria dos serviços oferecidos pelos mesmos, a procura pelo cuidado, o encontro com o outro, o esforço pela atenção integral à saúde. Alcançar legitimidade, ter a coragem de criar, encontrar-se com o outro são micropolíticas:

Cada um de nós passamos pelas mais variadas micropolíticas e em cada uma delas muda nossa maneira de pensar, sentir, perceber, agir – muda tudo. Além disso, cada momento de nossas vidas é feito, simultaneamente, de várias micropolíticas (...), por exemplo, no trabalho ter a coragem de criar território, de modo a habitar esse espaço e “vingar”. (ROLNIK, 2006, p. 55).

Educação e trabalho são atividades inventivas, pertencem ao mundo dos movimentos. Longe da estabilização dos territórios pré-organizados, a turbulência retorna a atividades do

desejo, a militância, as lutas, nas quais a educação e o trabalho aparecem como atividades problematizadoras. Trata-se do turbilhão como movimento tensionador entre o saber anterior e a experiência presente, a emergência do inventar-se.

Estamos sempre em um processo no qual existem o nosso desenvolvimento real, das nossas experiências e vivências diante das coisas, das pessoas e do contexto e a capacidade para aprendermos, para nos desenvolvermos com novas experiências (o potencial). Nesse elemento tensionador, precisamos da mediação do outro, da intermediação das relações sócio-históricas e culturais para desenvolvermos a invenção da novidade.

Em relação à minha prática, esse movimento mudou tudo, primeiro me fez enxergar que eu não estou pronta, que preciso melhorar, me capacitar, me fez ver que não precisa só eu me trabalhar, [...] poder contribuir com outros movimentos sociais, me fez enxergar outras coisas, ou seja, eu enxergar que o usuário, a sociedade, ela determina as minhas propostas, as minhas ações. Que até então eu achava que eu sabia fazer meu trabalho técnico e que eu ia pra comunidade assim: quem tivesse lá, assim, doente, eu ia assistir. E depois a gente vê que não é por aí. Foi quando a fisioterapia pra gente foi formada no modelo em que a sua origem era a reabilitação e que a gente só se enxergava dentro de uma prática do trabalho dentro da doença, do que estava posto. A fisioterapia surgiu nisso, minha formação foi dentro desse foco muito forte. Aí eu começava numa época de conflitos que você fica “pra onde eu vou?”. Aí a formação de sanitarista já me deu um olhar diferente, onde eu tinha que ter um olhar, assim, maior e de mais compromisso com o outro. (E.1)

Eu sempre estive muito envolvida em todas as etapas do crescimento da fisioterapia. Creio que todo esse envolvimento me tornou uma pessoa participativa, atenta às necessidades da área e, claro, tudo contribuiu para me tornar uma profissional atenta e apaixonada pela fisioterapia. (E.8)

Considerando os atores personagens desta história, fazendo emergir possibilidades na área da saúde, no curso de fisioterapia veem-se atos e falas sobre a emergência e o inventar-se, individual e coletivo, de grupo e profissional. Percebe-se nos personagens, como as diferentes estratégias de entrelaçamento das linhas (micropolítica de seu exercício ativo) geram diferentes modos de produção de subjetividade. Nenhuma estratégia gera um só modo de proliferação, como afirma Rolnik (2006, p. 56): “universos singulares criam-se com cada estratégia, quando adotada por uma existência ou outra (sejam essas existências de um indivíduo, de um grupo ou de uma sociedade)”.

Depois veio o curso de ativadores de mudança, aí sim foi quando a gente teve essa coisa assim mais reflexiva, mais crítica e mais exigente, do ler mais, buscar mais informação, participar de eventos que trouxessem essas informações sobre novas metodologias de ensino, sobre modelos de ensino e ler mais. E, depois, o próprio mestrado nessa área foi que nos proporcionou um pouco mais de leitura, um pouco mais de reflexão e entender que estamos distantes do que a gente precisa para estar pronta, para poder tentar fazer mudança. (E.1)

As DCN impulsionaram mudanças, estimulando, motivando ou ampliando o olhar de outros docentes que não trabalham com a visão da integralidade na atenção à saúde e trouxeram mais legitimidade aos que já trabalham em outros cenários, além dos muros da universidade.

Não só aquele profissional capaz de atuar na média e na alta complexidade. Então acho que as diretrizes deram mais legitimidade para quem já fazia isso e estimularam quem não fazia isso a fazer. Então, do ponto de vista do contexto geral da formação, elas impulsionaram muito essas mudanças de ampliar o olhar da fisioterapia para as ações mais de promoção à saúde, de proteção e também de ampliar para os cenários da prática fora da universidade, na atenção básica, nos serviços básicos de saúde. Eu acho que essa foi uma das principais mudanças que elas trouxeram. (E.2)

Essa visão de formação e transformação dos currículos na área da saúde é a de que não se trabalharia de forma conteudista, tampouco com a montagem de unidades-escola da própria universidade, mas com redes locais de saúde, integrando-se desse modo o ensino, o serviço e a comunidade. Tal fato se encontra na manifestação dos atores sociais entrevistados, pois a maioria destes, que participaram do processo de mudança nos currículos da área da saúde (DCN/Fisioterapia), vinha do trabalho em saúde coletiva, dos movimentos da reforma sanitária, da formação em educação e da abrangência intersetorial revelada pela saúde mental.

Eu trabalho na área de saúde coletiva, desde que eu entrei na universidade, em 1996, [...] eu trabalhava com uma disciplina que se chamava fisioterapia preventiva, aí a gente trabalhava na atenção básica. Então, no meu entendimento para o nosso projeto pedagógico, ele deu mais respaldo pra que a gente pudesse valorizar mais a atuação da fisioterapia, nesse espaço, porque sempre foi muito valorizada a atuação de reabilitação e de hospital. Então eu acho que com as diretrizes a gente que já fazia isso, conseguia ter mais legitimidade, as pessoas achavam: você vai lá pra aquele lugar, lá longe (onde eu vou eu chamo “grotão”). O que você vai fazer no grotão, que “danado você vai fazer naquele lugar” as pessoas diziam. Agora ninguém pergunta mais isso, porque hoje todo mundo sabe, a partir das

diretrizes, que a gente tem que formar um profissional que tenha capacidade de atuar em todos os níveis de atenção à saúde. (E.2)

As diretrizes curriculares da graduação em fisioterapia propiciaram uma ruptura com o modelo tradicional e uma legitimidade em relação à atuação em outros níveis de atenção à saúde, não somente ao caráter de média e alta complexidade (o que já ocorria em outras profissões, como a medicina e enfermagem). Mostraram-se, assim, outros cenários de atuação da fisioterapia, mudando de certa forma o papel do profissional na sociedade, deixando de ser meramente técnica e exercendo a sua profissão de forma articulada ao contexto social.

As mudanças, elas romperam com uma tradição no MEC, que desde os anos de 1960 havia pareceres que apontavam o fisioterapeuta como um profissional mais técnico, mais como se fosse de 3º grau, mas que não fosse de nível superior. Houve inclusive a Portaria Ministerial de 1964, uma portaria que nos dava como técnicos em terapia. O currículo era um pouco empobrecido, no qual não constavam matérias de avaliação, matérias sem levar a um conhecimento ao nível diagnóstico e nem havia, para os estágios, uma disciplina própria, uma clínica própria, uma clínica fisioterapêutica e sequer a clínica de fato você tinha, você já saía das ciências básicas direto para eletroterapia, mecanoterapia ... (E.3)

As diretrizes trouxeram para a fisioterapia a noção de gratuidade dos serviços, seguindo um dos princípios do SUS, o da universalidade do acesso, assim como a integralidade da atenção como fator a ser perseguido cotidianamente no diagnóstico, na prescrição e na intervenção, além da equidade, que vem diferir e singularizar os usuários. As diretrizes escreveram o que a fisioterapia já sabia, mas muito mais sobre o que deveria saber. Elas foram escritas *pela* fisioterapia, mas ainda mais *para* a fisioterapia. O texto comum não veio da fisioterapia, mas vai para a fisioterapia: a fisioterapia aceitou, mas um segmento propôs. Nenhuma conquista foi A ou B, tampouco nenhuma perda foi A ou B, tudo segue um jogo de forças.

As diretrizes conseguiram contemplar um padrão que rompe com a tradição do fisioterapeuta como um profissional do depois, um profissional que fica à espera do encaminhamento. Nossa profissão, a partir das diretrizes, proporcionou inclusive ser um profissional de primeiro contato. Podemos fazer isso na prática, na nossa clínica, na nossa escola, por exemplo, não precisa receber paciente encaminhado. Os pacientes podem vir espontaneamente e, ao saber que o atendimento é gratuito, ligar pra clínica e vir a ela, e será avaliado inclusive se foi ou não ao médico, se é um caso que necessite de médico, antes de entrar em tratamento da fisioterapia, quer dizer, nós hoje temos segurança de poder estar fazendo isso, porque o nosso

projeto tem um grande apoio das diretrizes, que acabaram ampliando o nosso projeto pedagógico. (E.3)

5.6 Movimento social como movimento de invenção de mundo

Em um sistema, quanto mais complexo, maior o número de estruturas de *feedback* que apresenta. Observa-se que sistemas que apresentam *feedback* tendem a desenvolver propriedades completamente novas. Esse fenômeno é denominado *emergência*, e as novas propriedades do sistema são ditas *propriedades emergentes* (PALAZZO, 1999).

Ao longo do tempo, perfilaram-se as diferentes vivências, pensamentos e expectativas que os profissionais tiveram da profissão, trouxeram a composição de uma figura estável, mas não unitária, uma composição de peças que podiam/podem desenhar outra(s) figura(s). Cabe lembrar que “nunca é uma pessoa que provoca a mudança, mas sim o feedback da mudança em todo o sistema” (ZOHAR; BRIGGS; PEAT apud BRAZ, 2006, p.41).

Em 2000 [...] que eu comecei a me envolver com um movimento maior de ensino, era quando realmente as coisas já estavam acontecendo. A gente fez uma discussão na universidade federal com relação às diretrizes curriculares. Nós fizemos, na realidade não eram bem as diretrizes curriculares, mas nós fizemos a discussão do projeto pedagógico, a gente precisava ver o que tinha lá, o que era aquilo ali [...] e aí a gente já vinha discutindo essa questão. Acho que data, mais ou menos, desse movimento de reformulação foi uns dois anos, de 1998 e 2000, mas 2002 foi que começou uma preocupação maior sobre o que a gente estava formando. Que profissional era esse? Toda a questão do Sistema Único de Saúde, a gente estava formando, mas as pessoas não sabiam olhar para o que o sistema queria, e veio essa inquietação. (E.1)

Podemos supor que grupos reunidos mediante diversos eventos, oficinas e encontros expuseram e contextualizaram suas práticas como profissionais e como docentes. Por meio de uma ação conjunta (do coletivo), fizeram emergir um novo desenho (algo novo aparece), uma nova proposta escrita como Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde. No cenário explorado, pode-se afirmar que esse novo desenho (DCN) foi aceito por alguns atores e certos segmentos da área, mas não totalmente aceito por outros, que resistiram às suas mudanças. Essa ação do coletivo identifica uma dimensão da realidade contrária a uma dimensão individual; surgindo assim ressignificado, mas entendido como plano de coengendramento, o resultado é o *comum* ante a multiplicidade.

Entendo que esse *comum* passa a ser parte integrante do sistema, sendo os sistemas auto-organizados (ausência de controle central do todo) e autogerenciados (PALAZZO, 1999). A teoria do caos diz que os sistemas tendem a se auto-organizar, preservando seu equilíbrio interno e, ao mesmo tempo, mantendo certa dose de abertura ao mundo externo. “Os sistemas que se auto-organizam sacrificam parte da individualidade própria de seus componentes a fim de permitir o surgimento do coletivo” (BRAZ, 2006, p. 36). Graus ocultos de liberdade permanecem sempre presentes, animando o sistema. A ordem emerge do caos a partir da auto-organização, que é a emergência espontânea de novas estruturas e novas formas de comportamento em sistemas abertos, afastados do equilíbrio, caracterizados por laços de realimentação internos.

Morin, em sua obra *Pensamento complexo*, aborda o fundamento da auto-organização, postulando uma lógica da complexidade:

Ao mesmo tempo em que o sistema auto-organizador se destaca do meio ambiente e dele se distingue, por sua autonomia e sua individualidade, ele se liga ainda mais a este pelo aumento da abertura e da troca que acompanham todo o processo de complexidade: ele é auto-eco-organizador. [...] O sistema auto-eco-organizador não pode, pois, bastar-se a si mesmo, ele só pode ser totalmente lógico ao abarcar em si o ambiente externo. Ele não pode se concluir, se fechar, ser autossuficiente. (MORIN, 2011, p. 33).

Uma característica singular dos sistemas complexos é a de que são *adaptativos*, ou seja, podem ser capazes de aprender e de antecipar e conseguem criar e recriar a realidade, através da criatividade, pelo seu processo de auto-organização, interatividade. A criatividade caótica explica por que a diversidade é tão importante. Quando indivíduos variados encontram-se, eles têm um enorme potencial criativo. Na medida em que eles se agregam, cada qual com sua própria criatividade auto-organizada, abrem mão de alguns graus de liberdade, mas descobrem outros. Surge, assim, uma nova inteligência coletiva, um sistema aberto, imprevisível em relação a qualquer coisa que alguém pudesse esperar observando os indivíduos agindo apenas isoladamente (BRIGGS; PEAT, 2000 apud BRAZ, 2006).

Palazzo (1999) refere que a auto-organização recai nas conexões, nas interações e nos laços de *feedback* entre as partes dos sistemas, tornando-se claro que estes devem possuir um grande número de componentes, incluindo-se também a criação de novas estruturas e novos modelos de comportamento. Para que tais modelos surjam, é imprescindível que ocorra associação entre as partes, isto é, entre atores – e que estas constituam coletivos de produção do seu objeto.

Eu constantemente penso mudança, eu tenho, assim, a percepção do currículo como algo dinâmico, não vejo o currículo como algo estático. Então, a preocupação com mudança, acho que a gente percebe no dia a dia. Muitas pessoas têm muita resistência a mudar e até pelas implicações que a mudança traz, eu gosto de mudança, gosto de experimentar situações diferentes, de vencer dificuldades, de sentir a mudança como algo que vem pra transformar realmente e não concordo com aquela mudança do papel. Eu acho que as diretrizes a partir de 1999, quando resultou o texto final, pelo menos de formatação, por mais que a aprovação tenha acontecido um pouquinho antes, foi um processo, assim, muito discutido. Por mais que tivessem diretrizes gerais para a área da saúde, dentro da fisioterapia a gente sabe que o processo de discussão foi muito amplo. Agora eu questiono se na prática os resultados estão acontecendo conforme o esperado. (E.6)

Deve haver potência (criação, invenção) entre os objetivos das universidades na formação e aquilo que é exigido da atuação profissional na sociedade e na democratização da participação da sociedade. Os direitos à educação e à saúde se integram na luta por um ensino compartilhado com o SUS. A qualidade da formação dos profissionais de saúde não pode responder apenas às dimensões didáticas do ensino e aprender; deve estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde. A formação é, sobretudo, a condição de refazer permanentemente o próprio mundo.

5.7 Emergência de uma realidade

Nas palavras de Morin (2011, p. 38), “o sujeito emerge ao mesmo tempo em que o mundo. Ele emerge desde o ponto de partida sistêmico e cibernético. [...] ele emerge, sobretudo, a partir da auto-organização”. O autor reconhece que mundo e sujeito são inseparáveis, duas *emergências* inseparáveis em um sistema auto-organizador em um ecossistema.

Eu acho que a fisioterapia se fez presente em todas as instâncias de discussão, não só em relação à participação das comissões, mas o conselho profissional, tanto os conselhos regionais como o próprio Conselho Federal, foram chamados também junto com as coordenações dos cursos. Então foi um processo que foi amplamente discutido, não foi algo assim que veio de cima pra baixo como se diria. Todas as instituições, através das suas coordenações, dos seus colegiados, eles foram chamados. Pelo menos eu posso falar a respeito da fisioterapia, até por ter participado do chamamento às escolas, eu acho que todas as escolas foram chamadas, muitas não deram retorno.

Quando falo muitas não estou me referindo especificamente ao meu estado, porque o chamamento houve para todas as escolas do Brasil, alguns deram retorno, outros não deram retorno. E as principais sugestões sempre eram no sentido de diminuir a carga horária do curso, pelo custo operacional da própria instituição, isso por parte das instituições privadas. Quanto às federais a gente teve um resultado um pouco diferente no sentido de ampliar tanto a carga horária, quanto a duração, que vinha na mesma direção dos conselhos que lutavam por uma carga horária maior e um maior tempo. (E.6)

Foi um processo um pouco mais demorado a presença de professores fisioterapeutas nas discussões em relação às Diretrizes Curriculares Nacionais. Enquanto o movimento em algumas categorias profissionais se dava em um ritmo acelerado, a fisioterapia necessitava ainda de uma tomada de consciência, um comprometimento ou talvez um entendimento sobre políticas públicas educacionais e formação em saúde. Teve-se a noção de que um grupo pequeno liderava esse movimento e discursava sobre a *mudança* ou sobre *novas formas de fazer*.

Eu acho que a fisioterapia foi tímida neste debate pela falta de acúmulo, se a gente for considerar quem eram as pessoas que discutiam as diretrizes curriculares na área da saúde, eram somente aqueles que eram obrigados a discutir porque tinham que gestar um curso ou tinham que apresentar um relatório. Os docentes de uma forma geral jamais iriam discutir, porque o que eles sabiam era a fisioterapia. Imagina, coisa de educação é coisa pra quem é da educação e não é coisa para a fisioterapia. Então a fisioterapia, pela falta de acúmulo e pelo não entendimento do que é o processo formador, um processo educativo, mais que um processo de treinamento, ela demorou mais. E os professores, na época, preocupados em qualificá-los tecnicamente, então trabalhavam com os modelos de capacitação e isso fez também com que a fisioterapia tivesse um pouquinho mais de demora, vamos dizer na apropriação de novas formas de fazer. (E.4)

Morin (2011, p. 7) refere que o pensamento complexo “é animado por uma tensão permanente entre aspiração a um saber não fragmentado, não compartimentado, não redutor e o reconhecimento do inacabado e da incompletude de qualquer conhecimento”. A inconformidade de um grupo líder em movimentos sociais com o modo positivista de se fazer o ensino, assim como com a visão fragmentada da saúde e da política de saúde vigente no país, adquire potência de atualização, conclamando outros atores da profissão segundo um eixo de compromisso com as transformações na formação do profissional. A *liderança* ganha passagem ao manter-se na condição de movimento.

Com as diretrizes curriculares particularmente, nós tivemos a oportunidade em 1997 de participar de algumas discussões e foram as primeiras discussões. E quando foi chamada a comissão, e lembro que nós tínhamos um conjunto de docentes que defendia que na nossa mudança curricular deveria defender o SUS, e que alguns que faziam parte da comissão, juntamente com outros que tinham um certo poder na profissão, que já tinham um reconhecimento da categoria diziam que não, imagina agora a gente vai ser escravo, vai ser trabalhador do SUS, imagina! Vai se formar pra ser empregado do SUS! Aonde já se viu isso, que horror! Ninguém vai querer fazer fisioterapia mais. Então, as pessoas ainda tinham um preconceito com relação a algumas coisas que a gente acreditava e defendia para que fosse incluída nas nossas diretrizes curriculares. (E.4)

Kastrup (2002, p. 13) compara o aprendizado com um sistema em rede, em que o movimento é o de reincidir, retornar, renovar, reinventar, recomeçar. Visto dessa maneira, o aprendizado é um processo inacabado: “O aprendizado jamais é concluído e sempre abre para um novo aprendizado. Ele é contínuo, precisando por isso ser sempre reativado.” Assim, a aprendizagem precisa de um desacomodar-se, de aprender/desaprender, de um constante desassossego.

Eu acho que a fisioterapia ela reagiu como todas as outras, talvez nós tenhamos demorado um pouquinho mais porque a nossa história é muito mais recente com relação a outras profissões mais tradicionais, como a medicina, enfermagem, odonto, farmácia. Então, se nós formos comparar com a fisioterapia, com a farmácia na área da saúde, a gente vê que a fisioterapia até que andou bastante rápido. Porque a farmácia tem cento e poucos anos e a medicina e odonto tem cento e poucos anos, aí e a enfermagem tem oitenta e poucos anos por aí, então assim nós andamos rápido. Mas veja, acho que apesar da gente ter andado relativamente rápido, eu acho que a gente se agregou a um modelo de prática em saúde que não seria o ideal para o tipo de trabalho que a fisioterapia tem potência para trabalhar, porque quando a gente trabalha corpo nós trabalhamos muito mais do que os aspectos biomédicos, orgânicos e isso ainda não está sendo tratado dentro da fisioterapia como devia, mas fica para os que vêm. (E.4)

A educação de caráter instrumental e recortada em saberes técnicos, como ocorria na fisioterapia, foi problematizada. Entre 1997 e 2002, pelo menos quatro anos inteiros serviram à aglutinação de militantes dispersos pelos cursos. A vertiginosa ampliação dos cursos, entretanto, agrega ganhos e perdas nesse percurso. De um lado, chegam professores que não acumulavam debate algum sobre ensino, integralidade da atenção e políticas públicas de saúde, tendo em vista a docência; de outro, tem de se pensar a formação na rede do SUS e em

todos os âmbitos de atenção (não só reabilitação, mas atenção básica, ambulatorial e hospitalar).

As diretrizes trouxeram uma nova visão, um novo patamar da profissão junto às demais profissões da área da saúde, trazendo no seu texto maiores responsabilidades e implicações do profissional junto à comunidade. Não mais o profissional da reabilitação, mas um profissional que atenda todos os âmbitos de atenção à saúde.

Então esse movimento passou a realinhar, quer dizer o fisioterapeuta ganhou um *status*, no sentido de começar a ser visto como um profissional de conteúdo, um profissional de grande abrangência, inclusive que justificaria uma carga horária maior, justificaria um *status* maior, nós conseguimos isso recentemente. (E.3)

Em 1997 [...] algumas escolas, já que essas diretrizes foram de fato discutidas em todas, ou deveriam ter sido e nós nos preocupamos em fazer uma reunião, [...] e chamamos a região Nordeste [...] a gente começou então a discutir que texto poderia ir e acho que a gente contribuiu bastante. E aí em seguida nós nos aproximamos da Rede Unida, que era a rede IDA, que já estava com uma discussão muito mais avançada, que foi um mundo que se abriu na minha frente. Então em 97 eu conheço o projeto UNI, entro para o movimento da Rede Unida, ainda não era Rede Unida, porque ainda era pontual esse movimento nas escolas, e passo então a discutir com outros profissionais de outras áreas a questão das diretrizes curriculares para todos os profissionais da área da saúde. Eu acho que aí foi em 97 que eu começo a discutir com mais fundamentação teórica mesmo e passo à apropriação das questões que trazem a reforma para a América Latina, como projeto da Kellogs de reorientação, de mudança na formação dos profissionais de saúde e vim pra tentar implementar, fazer com que acontecesse a questão que move a atenção primária. (E.4)

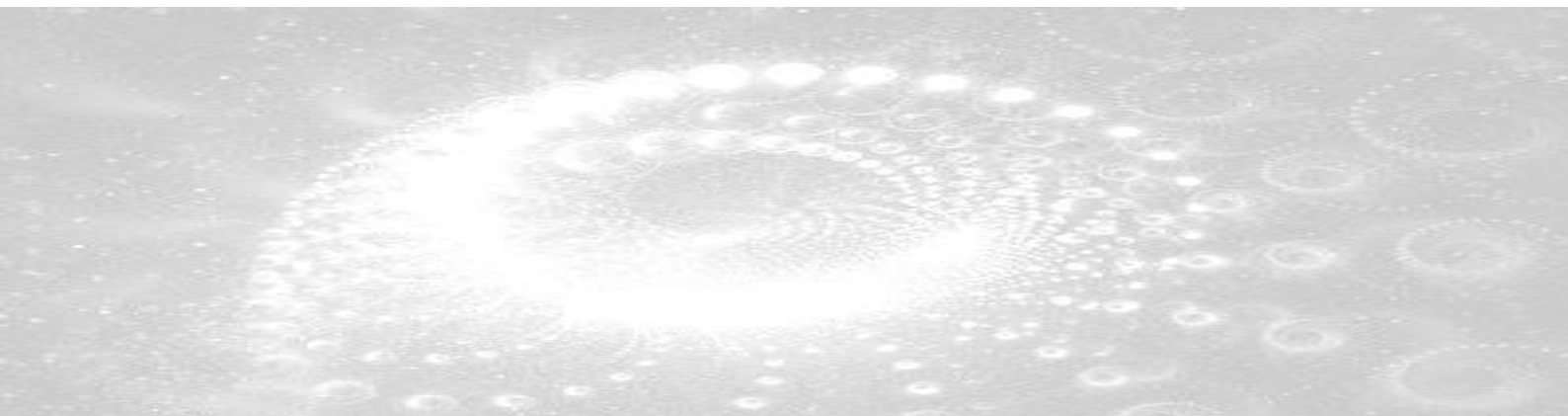
Percebe-se, com as entrevistas, o espaço que a Rede Unida ocupou na reorientação da formação dos profissionais da saúde, pois todas as escolas foram chamadas para a reflexão sobre suas práticas, sobre seus currículos e sobre o perfil do profissional que a sociedade pretendia ver *formado*. Os diversos atores referem a importância da Rede Unida no sentido de ampliar o olhar para as mudanças que se faziam necessárias em todo o campo da saúde.

A Rede Unida, por meio de publicação no periódico *Olho Mágico* (v. 4, n. 16, jun. 1998), registrou seu reconhecimento pela forma democrática com que o Conselho Nacional de Educação (CNE) encaminhou o trabalho, propiciando ampla participação da sociedade na elaboração das diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde. Parte da construção do texto comum e o parágrafo único nas atribuições específicas por profissão,

também comum a todas as profissões, remetendo-as ao domínio do sistema de saúde, segundo a integralidade da atenção e mediante trabalho em equipe, tiveram o protagonismo do CNE, em especial pelo fato de o coordenador da Câmara de Educação Superior e relator das DCN/Saúde ser professor de medicina e superintendente do Hospital Universitário da Universidade Federal de Pernambuco (Prof. Dr. Éfrem de Aguiar Maranhão).

Uma nova realidade, uma nova agenda institucional, uma nova relação da fisioterapia com as profissões da área da saúde. De uma profissão recente e eminentemente técnica, a fisioterapia ganhou maturidade, expressão e pertencimento.

A Abenfisio fez oficinas para a implementação das diretrizes. A gente trabalhou como facilitador nessas oficinas. Num primeiro momento, a gente participou como integrante lá, ainda na outra gestão, quando teve o primeiro movimento político, mais ou menos em 2000. E depois, sim, a gente participou em 2003 e em 2006 a gente foi tendo realmente o que foi produzido de material, que a Abenfisio produziu em trinta e tantas oficinas [...] aquelas oficinas foram feitas em vários lugares. A gente trabalhou com palestras e trabalhou também facilitando oficinas, e foi um contato realmente com as diretrizes.
(E.1)



6. Mudanças curriculares e seus focos: um dispositivo a três polos

Diante dos movimentos que emergiram em busca de mudanças na área da saúde, sobretudo na formação e no desenvolvimento de profissionais da saúde, visualizam-se três polos que sustentam transformações: integralidade da atenção à saúde; trabalho em equipe multiprofissional de saúde; e Sistema Único de Saúde. A mudança na graduação ou as Diretrizes Curriculares Nacionais/Saúde podem ser consideradas como um *dispositivo*, o que segundo Foucault (1996) é “a rede que se pode estabelecer entre elementos”. Para este filósofo, o sentido e a função metodológica de um dispositivo é a de “demarcar, em primeiro lugar, um conjunto heterogêneo que engloba discursos regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas”. O autor sintetiza, dizendo que, “em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo” e que o dispositivo “é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos” (ibidem, p. 244).

Deleuze (1990), na obra *Michel Foucault, Filósofo*, ao analisar os dispositivos caracterizados por Foucault, propõe a sua observação desvinculada de aspectos históricos, em um primeiro momento. Um dispositivo, para Deleuze, constitui-se como uma espécie de novelo, meada ou, ainda, como um conjunto multilinear, sendo que essas linhas não delimitam sistemas homogêneos como o sujeito, o objeto e a linguagem, mas seguem diferentes direções, formando processos em desequilíbrio. Elas tanto se aproximam quanto se afastam, submetidas a variações de direção (bifurcações) e derivações. Na interpretação de Deleuze (1990), os objetos visíveis às enunciações formuláveis, as forças em exercício, os sujeitos numa determinada posição são como vetores ou tensores. Assim, o autor cita que as três grandes instâncias que Foucault distingue (saber, poder e subjetividade) não possuem contornos definitivos, sendo cadeias de variáveis que se relacionam entre si.

Dessa maneira, analisando-se a mudança na graduação em saúde ou suas DCN, tem-se um dispositivo a três polos: integralidade, trabalho em equipe e SUS. Pode-se comparar com um dispositivo, na medida em que são processos que ao longo do tempo caminharam em diferentes direções, muitas vezes em desequilíbrio e submetidos a diferentes forças, relações heterogêneas, como o poder das corporações e o modelo biomédico, tensionados por estes movimentos, buscando outros contornos, a partir de um determinado momento histórico.

Foucault (1996) demarca a natureza heterogênea das relações que englobam discursos, assim um discurso pode aparecer como um programa de uma instituição, mascarar uma prática que permanece muda ou reinterpretá-la, dando acesso a um novo campo de racionalidade, existindo entre os elementos discursivos um tipo de jogo. Para o filósofo, “a noção de dispositivo serve à compreensão sobre a formação de um estilo de pensamento e de

práticas que, em determinado momento histórico, cumpre a função de responder a uma urgência” (ibidem, p. 244).

Em determinado momento histórico, como uma urgência ou como uma necessidade premente de mudança do sistema de saúde, *inventa-se* um dispositivo, o movimento social de mudança na graduação ou as DCN/Saúde. Surge como estratégia o dimensionamento de um dispositivo, o qual convencionaremos chamar *dispositivo a três polos*, não possuindo contornos definitivos, mas desemaranhando algo que se supunha sedimentado em outro lugar: o modelo hospitalocêntrico, a orientação pela doença e a vocação para a reabilitação. Identifica-se, nas ideias de Foucault e Deleuze, que o desejo de mudança das práticas na saúde, por meio da formação de profissionais, constitui-se em um dispositivo, pois esses movimentos emergiram como ressonância de pensamentos, articulados em um coletivo e buscando estratégias de visibilidade para seus fins.

Deleuze (2008) aponta que a tarefa de analisar estados mistos – os agenciamentos ou dispositivos, no entender de Foucault – é a tarefa de desemaranhar as linhas que lhe deram ação social, visibilidade e enunciação, implicando em uma microanálise. Nos agenciamentos, encontraríamos focos de unificação, nós de totalização, processos de subjetivação. Para entender um dispositivo “não buscamos as origens, mas as coisas onde elas crescem, a formação do novo, a emergência” (DELEUZE, 2008, p. 109).

A formação do novo, a emergência, ou este desemaranhar, independentemente das origens primeiras ou da mais fiel das histórias, soou-me instigante no caso da fisioterapia. Em um determinado momento, a fisioterapia estava na luta coletiva por mudança na graduação em saúde: o que a colocou lá? Como saiu de si mesma e se viu *entre* as profissões da saúde?

Deleuze (1990) enfatiza que em um dispositivo estão implicadas linhas de força. Estas se produzem no interior do dispositivo, não lhe são exteriores. Por sua vez, Foucault (1996) pressente que os dispositivos que analisa não podem ser circunscritos por uma linha que os envolve, há que se transpor as linhas de força. Um novo pensar de grupos ou pessoas, no sentido da mudança, agencia linhas de força. Na formação de profissionais de saúde, essas linhas estavam voltadas às necessidades encontradas nos serviços de saúde, que fogem ao normativo ou prescritivo e dizem respeito ao recriar da terapêutica ou do cuidado, indo em direção contrária ao que estava posto ou instituído, para um movimento instituinte de novos processos de subjetivação.

Entende-se a integralidade (Pinheiro; Guizardi, 2006) como dispositivo de práticas inovadoras, como construção e prática social. É produtora de relações, signos e significados. A integralidade ganha expressão como busca de superação das tradicionais formas do fazer

profissional. As práticas cotidianas, quando tomadas como fonte de criatividade e de críticas, podem se colocar como *linha de força estética*: outro desenho às práticas profissionais e institucionais. O trabalho em equipe tem efeitos e repercussão de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, traduzidos por qualidade no atendimento, acolhimento, responsabilização e um tratamento digno. Sob esse aspecto é possível qualificarmos o trabalho em equipe como *linha de força ética* pela crítica de saberes e poderes instituídos no cotidiano dos serviços. Vemos o SUS como *linha de força política*, incorporando a integralidade como princípio *norteador e doutrinário* de uma política de Estado para a saúde e o trabalho em equipe como resposta à presença multiprofissional no setor, construtivo da melhor resposta na interdisciplinaridade dos saberes.

O trabalho em equipe e a integralidade institucionalizaram-se no momento da criação do SUS, a partir do movimento da reforma sanitária e de outros movimentos sociais. Assim, entende-se a equipe e a integralidade não somente considerando-se os profissionais da assistência, mas na construção do setor da saúde, no qual se incluem gestores, trabalhadores e usuários, na busca de um sistema de saúde universal, equânime, participativo e orientado pelas necessidades sociais em saúde.

Descrevo uma tentativa válida de se garantir os princípios do sistema de saúde vigente: a formação do fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe. Impossível falar das diretrizes de uma profissão de saúde sem referir a exigência de adequação ao SUS. (E.5)

Creio que com as diretrizes curriculares foi a primeira vez que se falou na necessidade de que a formação do fisioterapeuta devesse atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde, no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência, e o trabalho em equipe. Acredito que foi um dos maiores ganhos, porém a formação do fisioterapeuta ainda é voltada para as especialidades. Estamos caminhando para cumprir o que se propôs nas diretrizes, e mesmo os cursos de graduação começam agora a preparar melhor os profissionais para atuar e ensinar estes conteúdos. (E.8)

Na trajetória do sistema de saúde no Brasil, no qual vivenciamos em nossa prática profissional, o SUS desponta como uma revolução na educação advinda da saúde.

O SUS veio antes das diretrizes, então quem ajudou a educação foi a saúde. A saúde revolucionou [...] algumas escolas não tinham supervisão, não colocavam supervisor para acompanhar, jogavam o

profissional no mercado pra ele se virar. [...] Então eu participei em 1985, eu estava em um hospital em Santos, hospital privado que atendia o público do Inamps, pude verificar este tipo de atendimento, basicamente curativo, ele dependia da doença, da deficiência, quanto mais doentes e mais deficientes, mais o serviço privado lucrava, mais atendia. Atendimento era em massa, filas para o ultrassom, filas para ondas curtas, filas para massagem manual, era uma fisioterapia meramente emergencial, e sem muito critério, com as pessoas realizando protocolos médicos. Era uma situação muito curiosa e não havia praticamente prevenção. (E.3)

Considerando os novos contextos de produção da saúde e as novas diretrizes curriculares nacionais para a formação das profissões da saúde, Akerman e Feuerwerker (2009) dão ênfase à contribuição da saúde coletiva como um elemento constitutivo significativo para a formação geral orientada para a integralidade da atenção à saúde.

E o SUS, ao absorver o conceito de integralidade, a fisioterapia colocada dentro do SUS, no tratamento do SUS, não apenas como uma necessidade do poder público, ou seja, ter fisioterapeuta em serviços próprios do SUS, antes de ter os conveniados no sentido de fornecer a melhor assistência com a integralidade, ela permite que você pense em não ter algo do que simplesmente combater [tratar]. Então gerou aí os centros de referência do trabalhador, gerou uma série de preocupações, planejamento para que as doenças não viessem, para que as deficiências não se instalassem. Então a integralidade permitiu uma visão ampla que eu tive a felicidade de fazer parte do SUS em 1990, então praticamente eu estou desde o início no Sistema Único de Saúde, continuo trabalhando no SUS. (E.3)

As Diretrizes Curriculares Nacionais apontam como um dos objetivos dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades requeridas para atuar em cooperação com os demais membros da equipe de saúde.

[...] faço serviço domiciliar pela Prefeitura, já faz 20 anos atendemos na residência das pessoas. Nunca o Inamps teria uma postura como essa em que se vai à residência das pessoas, vai atender AVCs, hemiplégicos, e com integralidade você permite que se contrate psicólogos, se contrate TO, outros profissionais, você tem vários ciclos de especialidades médicas. Então o sistema de saúde, ele permitiu ações de equipe de saúde, diferente do tempo do Inamps, do CRP [Centro de Reabilitação Profissional], que você tinha equipes de reabilitação que você só ficava no aspecto final, que permite uma equipe muito mais ampla e que vai atacar as situações sempre tentando chegar antes e quando tem o problema atacar o mais rápido possível, não deixar chegar na última hora, chegar no momento que você tem que colocar próteses, órteses, já tenha a seqüela instalada e tal que é a chamada reabilitação. E a multiprofissionalidade é uma

realidade, e eu só acho que ainda estamos engatinhando na aplicação das diretrizes curriculares [...] Com as diretrizes estamos começando aprender a sermos multiprofissionais, a nossa formação ainda é muito corporativa e o desafio é como saber, desde os bancos da escola, como saber e ter prática de conviver com as outras profissões, este é o desafio. (E.3)

A parceria com os serviços de saúde e com as organizações comunitárias leva a uma mobilização no sentido de trabalhar a aprendizagem em novos cenários. As mudanças requeridas não podem ser produzidas por articulações verticais, não devem ser impostas de cima para baixo. Deverão ser construídas ações no âmbito mais amplo das políticas e entre os atores envolvidos (escola e serviços de saúde) para que haja um jogo de forças que favoreça a transformação.

O aluno não acredita ainda que o SUS pode ser uma fonte de emprego, que possa ser um gerador de mercado de trabalho. E me incomoda o fato de uma universidade pública estar formando profissionais generalistas dentro de uma visão que deve atender os princípios e diretrizes curriculares, mas que ele está saindo e está indo direto fazer curso de estética, curso de dermato-funcional, ele está saindo preparado para fazer uma especialização e trabalhar com aquilo que realmente vai ter um retorno financeiro. Nós estamos preparando para um sistema que ainda não absorve o profissional, e o profissional está indo buscar fora da universidade, dentro da especialização, em cursos privados aquilo que atende as suas necessidades [...] está sendo muito crítico ou por outro lado nós estamos com aquele aluno que está tendo uma formação generalista, ele está buscando o quê? Eu sou aluno da federal X vou conseguir entrar na pós-graduação da universidade Y, então eu vou passar a integrar diretamente um ramo de pós-graduação sem interesse na atuação profissional, eu tenho visto nos nossos alunos atualmente. (E.6)

No prosseguimento das reflexões, conceituações e definições sobre integralidade, trabalho em equipe e SUS, abordadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e que deveriam ser seguidas pelas instituições formadoras, os atores sociais assim se manifestam:

Na verdade, como a fisioterapia aceitou, sem um grande debate do impacto que seria o trabalho em equipe, ou o próprio sentido da integralidade, que não havia apropriação do conceito de integralidade no interior da profissão, esses princípios custaram muito, vamos dizer, a se misturar aos processos de formação profissional. Então nós temos hoje ainda escolas em que um perfil profissional com essas características não é discutido, seguindo um modelo muito antigo na formação de fisioterapeutas. Então o que a gente nota é que, nesses aspectos gerais, esses princípios do SUS, que poderiam estar dando conta de um profissional muito mais apto a trabalhar no contexto da

realidade, que poderia estar qualificando este profissional para o trabalho em equipe interprofissional, ou quase transdisciplinar, a gente perde a possibilidade por falta de uma formação que dê conta disso. E até hoje a gente tem dificuldade com relação aos cursos de área da saúde, porque ainda são pequenos núcleos dentro dos cursos que discutem com propriedade esta questão, porque fica um discurso teórico de fundamentação interessante, mas uma prática cotidiana no interior dos cursos da área da saúde e da fisioterapia, particularmente, muito distante. (E.4)

Nesse panorama, Almeida (2005) refere que há controvérsias em relação ao que as DCN representam no importante avanço na mudança das concepções da formação profissional. O autor diz que algumas lideranças consideram pouco o que se conseguiu avançar, entendendo que a rigidez dos antigos currículos mínimos está mantida. Outras “acham pouco”, mas apenas porque entendem que os textos são frouxos e permitem qualquer coisa.

E outro aspecto que ajuda isso são que os critérios de avaliação dos cursos da área da saúde, dos cursos de graduação da área da saúde, não contemplam aspectos necessários que dizem respeito a essa articulação: educação, formação e Sistema Único de Saúde como está dentro da nossa Constituição, como previsto na nossa Constituição. Enquanto o MEC não tiver uma posição de defesa ao SUS, teremos cursos que farão se quiserem, não se sentem na contingência de fazer pelo fato de que esse não é um item a ser avaliado, na avaliação geral dos cursos. Acho que isso é um ponto, e esse é um nó que nós precisamos investir no futuro. (E.4)

Uma questão política extremamente relevante apontada pelos atores sociais entrevistados é sobre o SUS e sua defesa na estrutura do ensino de graduação, seja pelo descrédito ou pela aposta.

Já tentamos fazer isso de várias formas, tivemos em Brasília em vários momentos com avaliadores de cursos nas áreas da saúde, tentando sensibilizá-los, e eles se surpreendem, porque eles dizem assim: “Pois é o SUS é tão novo, recém-começando, nem se sabe se vai dar certo, por que a gente vai avaliar os cursos que estão voltados para isso, nesses parâmetros?”. Essa é a realidade que a gente tem. (E.4)

A integralidade e o trabalho em equipe são questões que não se separam, mas o grande problema é a atual situação do SUS que inviabiliza muitas das ações do fisioterapeuta. Mas está mudando [...] esta mudança depende da formação de nossos alunos que devem ter, além de uma excelente base científica, a consciência de nosso papel na sociedade e na conjuntura das decisões políticas. Muitas vezes falta na

nossa formação o aspecto de político e social que, além de fortalecer a profissão, pode ser objeto de mudança no contexto social. (E.7)

Ceccim e Pinheiro (2006, p. 13) reforçam que é necessário assumir uma postura crítica e criativa ao colocar-se em desafio para articular conceitos e produzir saberes sobre as práticas de ensino orientadas pela integralidade: “esta resulta dos encontros que estabelecemos entre o conhecido e o desconhecido, permissão à experimentação e não à sobredeterminação do desconhecido pelo conhecido”.

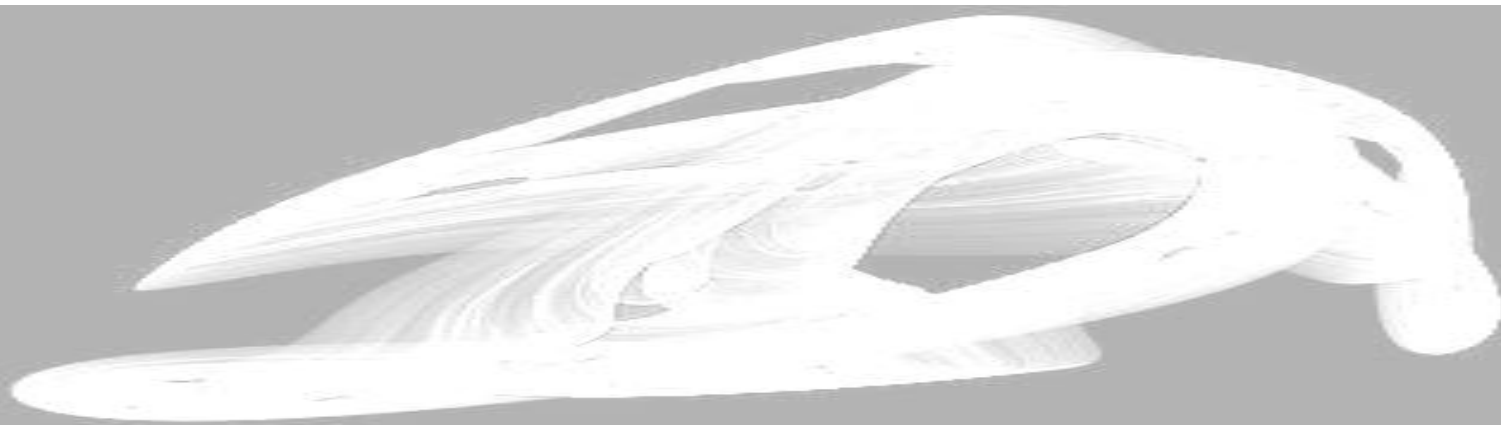
O desafio, para Cecílio (2006), seria construir uma conceituação de necessidade de saúde, em que os trabalhadores se apropriassem desta e a adotassem em seu cotidiano. Complementa ainda que a compreensão sobre as necessidades dos usuários destina-se a uma atenção mais humanizada e mais qualificada. A integralidade, como modo de organizar as práticas, indica a importância da superação de programas verticais que desenvolvem ações homogêneas e desvalorizam a capacidade de criação nos locais para a produção do cuidado e gestão singulares. No entender do autor, existem duas dimensões da integralidade, o que ele chama de “integralidade focalizada” – na qual se caracteriza a preocupação de cada profissional ou equipe de cada serviço (mesmo os mais especializados) com o atendimento ao usuário – e a “integralidade ampliada”, em que se coloca a articulação em rede e intersetorial. Para esse autor, “a integralidade não se realiza em um único serviço, a integralidade é objetivo de rede” (ibidem, p. 118).

A produção do cuidado e a afirmação da vida, conforme Ceccim e Ferla (2006, p. 165), “trazem consigo um processo de desenvolvimento de ações e serviços de saúde implicados com a construção das respostas possíveis às dores, angústias, aflições e problemas que chegam aos serviços de saúde”. Para tanto, há necessidade de dialogar com o usuário, prestando um atendimento capaz de produzir a terapêutica além do normativo e do prescritivo, buscando a singularidade das pessoas, com sua história de vida, condições de subsistência, cultura, valores e desejos.

Embasada nos atos e nas vozes dos atores sociais do ensino da fisioterapia envolvidos nesta pesquisa, constato a preocupação com a educação e o desenvolvimento do profissional fisioterapeuta, buscando na sua formação transpor o biológico e alcançar a contextualização do trabalho e da intervenção fisioterapêutica. Assim, junto com as transformações nas políticas de saúde e com a valorização do sistema de saúde vigente, entenderam que a formação deve caminhar junto com a implantação do SUS, vivenciando durante a vida acadêmica o mundo do trabalho – sendo este integrado ao SUS –, organizando oportunidades de ensino interprofissionais e orientando a clínica para a integralidade em práticas cuidadoras.

Por mais que o consultório seja atrativo e uma possibilidade de trabalho aos fisioterapeutas, não há “consumidor” suficiente destas ações e serviços para garantir o sustento e o status socioeconômico desejado para a massa de recém-formados a cada ano, veja-se a farta expansão de cursos. O principal empregador dos fisioterapeutas, portanto, precisa ser o SUS, de modo que não pertença a cada profissional em particular lutar por uma vaga de mercado à profissão. Se o empregador é o SUS, faz-se necessária a organização da corporação para compor e construir as políticas públicas de saúde em favor das necessidades sociais e em favor de sistema de saúde de oferta e acesso universal. Para que assim seja, os profissionais recém-formados necessitam forte identificação com esse sistema, a sociedade usuária do SUS precisa desejar esses profissionais e as equipes de saúde precisam nele confiar e com ele desejarem compartilhar o trabalho. Esta é uma situação que está dada.

A fisioterapia como categoria, ainda não domina com suficiência o que seja apropriação e defesa do SUS ou o trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar ou a integralidade da atenção, entretanto aquilo que as lideranças identificadas com a saúde coletiva, a saúde mental, a educação, a reforma sanitária e os movimentos de mudança na graduação anteviram foi a garantia de chances ao profissional dessa área, seja pelo crescimento técnico-científico comprometido com a sociedade, seja por sua incorporação na oferta universal de ações e serviços de saúde. É pelo trabalho em equipe que o staff profissional da rede de saúde desejará esse colega, é pela integralidade da atenção que os usuários de saúde reclamarão por sua presença. É pelo seu trânsito nas políticas públicas de saúde que o profissional disporá de interferência nas mesmas. Independentemente de os currículos atuais disporem de tanta clareza, é o dispositivo das DCN/Fisioterapia que deu passagem a sua “atualidade” diante do desenvolvimento da profissão, empregabilidade e carreira.



7. CONTINUIDADE DO MOVIMENTO: AÇÕES E CONEXÕES DOS ATORES

Nesta pesquisa, trouxe, em um primeiro movimento, o resgate histórico da fisioterapia, desde a formação de um profissional visto como técnico, passando a ser reconhecido como profissional liberal de *nível superior*, cujos cursos formam para atuar de maneira autônoma e/ou em equipe multiprofissional na prevenção, na manutenção e na reabilitação das funções orgânicas. A fisioterapia foi vista sob o aspecto legal, como categoria profissional, com suas resoluções, seus pareceres, seus currículos e seu exercício profissional. Talvez tenha sido visto primeiramente um movimento linear, em estabilidade diante da linearidade contada pela história, porém em determinado momento/movimento ocorre uma ruptura, surge algo novo; esse movimento surge com as Diretrizes Curriculares Nacionais. Pode-se dizer que a todo o momento ocorrem mudanças, existem períodos em que estas rompem com determinadas verdades, modelos, paradigmas e provocam transformações, emergência de realidades.

No início da tese, trouxe a genealogia da pesquisadora, pois entendi ser importante tratar da minha formação como profissional de saúde. Nas falas dos atores sociais entrevistados, revivi os aspectos do meu processo formativo, baseado no modelo mecanicista, tecnicista, normatizador, voltado para a reabilitação. Lembrei o quanto me angustiavam tais ações no cotidiano dos serviços de saúde em que atuei e posteriormente no ensino, *formando* outros profissionais, mas desejando mudança. Muitas vezes, encontrei, na história contada pelos colegas entrevistados, minha própria história como profissional da área, embora por outros caminhos percorridos e por outros encontros vividos, encontros embebidos de afetos e devires.

Busquei transpor as teorias da Complexidade e da Emergência de Realidades, o paradigma da ordem a partir da flutuação e paradigma da auto-organização como proposta interpretativa, abrangendo discussões interdisciplinares, multiprofissionais e pluridimensionais para a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais no ensino de fisioterapia, comparando as diferentes visões que os profissionais tiveram da profissão, formando ainda assim, um novo desenho, uma composição de peças que emergiram por meio dos atos e vozes em novas possibilidades, emergência de realidades.

No estudo de caso, busquei atores que estiveram envolvidos com a montagem das DCN/Fisioterapia, e a escolha destes se deu pela metodologia de ator indica ator. Observei que muitas vezes os mesmos nomes foram citados (indicados) pelos seus pares. Assim, vi que se fecha um núcleo de pessoas ou de profissionais que têm uma produção comum em relação à mudança e também à experiência e às vivências da assistência, da docência e da ação política de mudanças. Esses atores sociais promoveram, por meio das diretrizes curriculares,

um efetivo projeto de formação, além da disputa por uma concepção de desenvolvimento dos trabalhadores em fisioterapia.

Destaquei movimentos importantes vivenciados e explicitados pelos docentes entrevistados: a militância desde o movimento estudantil em oposição às dificuldades da realidade; a Reforma Sanitária com a sua relevância na construção de um sistema de saúde de acesso universal, gratuito e sob controle popular; e o movimento pela criação do Sistema Único de Saúde e o movimento de mudança na graduação. É importante salientar o encontro desses atores sociais com a saúde coletiva e a saúde mental, seu engajamento na luta pela formação dos cursos da fisioterapia em consonância com os princípios e pela defesa do SUS. Nas ações e conexões dos atores sociais, aparece o protagonismo da Rede Unida, de algumas associações de ensino, e das comissões de especialistas da Secretaria de Ensino Superior, do Ministério da Educação, para a formulação das DCN, substituindo o conceito do currículo mínimo.

Todo esse movimento de transformação, entendido por um sistema dinâmico no compartilhamento com outros cursos da área de saúde, culminou com o esforço de mudar conceitos e valores com a universalidade do acesso e integralidade da atenção na saúde, participação da comunidade e resolutividade na rede de saúde. Contudo houve muita disputa no decorrer do processo de discussão das diretrizes curriculares, existindo um jogo de forças, com aliados e opositores, forças sociais querendo democratizar o setor e o complexo médico-financeiro-industrial influenciando as políticas de saúde. Nesse sistema dinâmico, longe do equilíbrio, a fisioterapia busca se reinventar junto às demais profissões da saúde, trazendo junto às Diretrizes Curriculares Nacionais a proposição de uma formação generalista, mas crítica.

Em uma categoria descrita no estudo – *Movimento social como invenção de mundo* – manifestaram-se as diferentes visões que os profissionais tiveram da profissão da fisioterapia e na heterogeneidade de pensamento emergiu um desenho único, uma nova proposta escrita como Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de fisioterapia. As comissões de especialistas, ouvindo seus pares, tiveram um papel catalisador, promovendo um caminho para que a associação de ensino emergisse como partícipe desse processo de discussão. Na categoria *Movimentos não lineares para a transformação curricular* teve-se uma nova visão, em que os movimentos de mudança na educação dos profissionais de saúde, iniciados pelo movimento sanitário, passam por experiências inovadoras, em novos cenários de aprendizagem, pela inter/transdisciplinaridade, em que estudantes e professores se tornam conhecedores da realidade epidemiológica, e o processo formativo está embasado nas

necessidades sociais e individuais em saúde, integradas aos aspectos biopsicossociais e culturais.

Na emergência de uma realidade, aparece a inconformidade de um grupo com o modo positivista de se fazer o ensino e com a visão fragmentada da saúde. Tal grupo conclamou outros atores sociais ao compromisso de engajarem-se nas discussões para as transformações na formação profissional. Como aprendizado de movimento, formulei o projeto de mudanças curriculares como um dispositivo a três polos: integralidade, trabalho em equipe e SUS. Um dispositivo na medida em que são processos que se perpassam por diferentes caminhos, algumas vezes em desequilíbrio e submetidos ao jogo de forças, relações heterogêneas - como o poder das corporações e do modelo médico-hegemônico. Em constante tensionamento, encontra outros contornos, a partir de um determinado momento histórico; surge como uma necessidade premente de mudança do sistema de saúde, o movimento social de mudança na graduação da fisioterapia e nos demais cursos da grande área da saúde.

A potência da fisioterapia se pronuncia quando, na redação do texto comum das DCN, embora não contemple a designação do SUS, evidencia esta orientação da formação e da atuação dos profissionais. As competências e habilidades específicas reforçam seu perfil de especialista elencado entre as profissões da saúde, mas as DCN tiveram potência para ensejarem uma profissão pertencente à grande área da saúde, onde se enuncia uma equipe de trabalhadores, não só um rol de disciplinas científicas ou profissões. Para a profissão, houve um descolamento da discussão técnico-corporativa para a discussão da saúde, da reforma sanitária e do trabalho intercomplementar, sem hierarquias. Para os profissionais, professores, cursos e estudantes a profissão necessita amadurecer estas potências, necessita continuar o movimento junto ao sistema de saúde. Esta tese detectou dois pontos de corte com a tradição funcional-reabilitadora: a introdução da ação preventiva e revisão das perspectivas profissionais pelo reexame do papel procedimento-centrado, característico do período posterior à definição do currículo mínimo; e a introdução da integralidade da atenção e o reconhecimento de que competências e habilidades gerais do campo da saúde se aliam às competências e habilidades específicas da profissão no contexto sanitário, característica do período posterior à definição das atuais diretrizes curriculares.

Não havia na literatura profissional um registro dos movimentos de mudança na graduação em fisioterapia; neste estudo foi possível encontrar muita similaridade com profissões como a medicina e enfermagem, profissões presentes na construção da carreira em fisioterapia como nova profissão no Brasil, conforme relatamos ou retomamos da literatura profissional bastante conhecida. O que verificamos, então, foi o nascimento de uma profissão

bastante centrada na reabilitação, em procedimentos técnicos, no hospital e em especialidades da intervenção biologicista, perfeitamente correspondente ao perfil flexneriano de construção científica da formação profissional em saúde. Depois, verificamos a introdução da área de estudos e profissionalização pela fisioterapia preventiva, como no *boom* de departamentos de medicina preventiva e enfermagem de saúde pública, experimentado nestas profissões e que antecederam as reformas curriculares que culminaram em seus currículos mínimos. Medicina e enfermagem protagonizaram no período de lutas pela reforma sanitária esforços por substituir o paradigma da *assistência às doenças* pelo paradigma do *cuidado humano* (enfermagem), uma nova teoria científica da educação dos profissionais de saúde, do centro nas doenças para o centro nas *necessidades de saúde* (medicina), defendendo a introdução na ordem do currículo da dimensão cuidadora das práticas de saúde e da assistência integral em saúde, em ruptura com o pensamento científico-profissional hegemônico. Uma aliança ativa da fisioterapia no período de construção das diretrizes curriculares.

Percebe-se com a implantação das DCN, que a fisioterapia alcançou determinado patamar perante sua atuação na sociedade, efeitos do bater de asas da borboleta, um profissional aqui, outro ali, aprendendo, militando, reunindo coletivos, mas espera-se que partindo deste grupo de atores sociais outros movimentos possam se configurar, fortalecendo a profissão como projeto de mudança no contexto social. O cotidiano do ensino e do trabalho está em avaliar as funções musculoesqueléticas, neurológicas, respiratórias entre outras funções comprometidas para selecionar e utilizar meios físicos para recuperar ou melhorar a funcionalidade do organismo humano. Parte dos entrevistados aportou uma visão política intensa sobre a construção de equipes multiprofissionais, compartilhamento do cuidado e composição da integralidade da atenção. Ter o entendimento que esta profissão também tem sua atuação neste espaço, dialogando com todas as profissões da área da saúde, educação e do mundo do trabalho está *em projeto*. Com esta pesquisa tenho a intenção de recolocar o desafio aberto às Diretrizes Curriculares, pensar o que se tem feito e o que pode ser feito.

Nesta tese, não posso dizer que trago uma conclusão, mas – ao longo de toda ela – considerações. Somos modificados constantemente por aquilo que experienciamos, emergindo em novas realidades. No estudo, vislumbrou-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais a *emergência*, o movimento de diversos atores: docentes, estudantes, profissionais, associações, fóruns e redes. Este é um dado relevante sobre quem são os atores sociais. O movimento não linear atingiu outros movimentos sociais, outros atores sociais e muitas instâncias de trabalho e educação em saúde. Este é outro dado, mudanças se dão em rede e por elas são acionados.

Em um dos questionamentos desta tese, procurei detectar em qual momento houve a guinada para a atenção integral à saúde na fisioterapia, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, embasada nos princípios doutrinários do SUS e no compromisso com o sistema de saúde brasileiro. Essa guinada ocorreu pelos diferentes efeitos de potência sobre atores sociais, provocando a desmaterialização de um contexto, emergindo mudanças, eclodindo movimentos desejantes de apropriação e invenção de realidades. Almejando uma profissão respeitada, não somente em *status*, mas que realizasse o encontro com o usuário e efetuasse o cuidado, eclode assim uma proposta de ensinar na profissão.

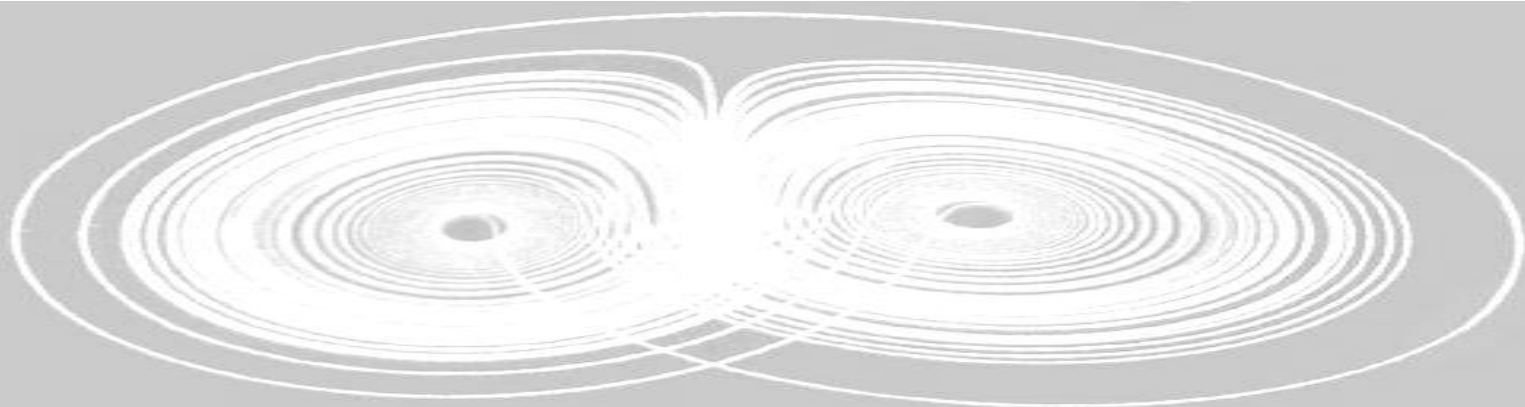
A partir da conexão de grupos que pensavam *mudar*, que possuíam uma visão de reforma sanitária e que pleiteavam uma ruptura com o instituído, surge inovação e comparece a articulação de movimentos e instituições em um encontro relevante da educação com a saúde.

Nesse movimento, a integralidade apresentou-se como um elemento significativo para a formação do profissional de saúde. Pode-se afirmar que foi disparador no processo de transformação e ruptura com o paradigma dominante da reabilitação, preenchendo lacunas deixadas na estruturação pregressa da profissão. As mudanças nos espaços micropolíticos propiciaram que houvesse uma amplitude maior das forças para o trabalho tido como interprofissional e não corporativo, quer dizer, a convergência de todos os profissionais, para a melhor resposta setorial às necessidades sociais em saúde. Junto com as transformações nas políticas de saúde e com a implantação do SUS, a formação aparece como um caminhar junto, vivenciando-se durante a vida acadêmica o mundo do trabalho, sendo este ligado ao sistema de saúde. Um movimento de docentes surge por meio da interação de atores, gerando possibilidades, inclusive de um movimento social como projeto de graduação. Uma ação continua de forma dinâmica pelos diversos encontros da Rede Unida, da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e de instâncias participativas na educação e na saúde.

A *emergência* contagiou sujeitos e instituições, docentes, estudantes, população e profissionais da área. As ações em luta continuam em relação ao tema da formação dos profissionais da saúde, em um movimento dinâmico, revendo os ruídos no cotidiano dos serviços, buscando novas práticas, a integralidade da atenção à saúde, a equipe integrada e um sistema de saúde de direito de todos.

Posso dizer que surgiram mudanças e que estas estão sendo novamente vivenciadas, experienciadas sob movimentos de *bater de asas* que, ao mesmo tempo em que se mantém um equilíbrio ou estabilidade, turbulências provocam intensidades. Um movimento no

processo de formação dos profissionais, trânsito entre os campos da Educação e da Saúde, forja personagens para a ação social e luta por compromissos públicos e participativos.



REFERÊNCIAS

ABENFISIO. Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia. Disponível em: <<http://www.abenfisio.com.br/site1>> Acesso em: nov. 2011.

AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura; CAMPOS, Gastão Wagner et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 171-186.

ALMEIDA, Márcio José. (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da Área da Saúde**. Londrina: Rede Unida, 2005.

ALMEIDA, Márcio José. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 1999.

ANDRADE, Arméle; LEMOS, Jadir; DALL'AGO, Pedro. In: HADDAD, Ana et al. (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na saúde 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006, p. 201-241.

BISPO JUNIOR, José Patrício. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, ciências, saúde**, vol.16, n. 3, jul./set. 2009, p. 655-668.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CES/CNE nº 1.210**, de 7 de dezembro de 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 4**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 4**, de 6 de abril de 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde**: programa de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2005.

BRAZ, Melissa Medeiros. **Educação integral**: um modelo de ensino da Fisioterapia baseado na Física Quântica. 2006 (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p.11-15.

CECCIM, Ricardo Burg. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções intersetoriais e das áreas de conhecimento da educação e da saúde. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun., 2008.

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

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

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 137-170.

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

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para outra educação dos profissionais da saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 165-184.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde. **Physis; revista de saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; PINHEIRO, Roseni. Ensinar saúde: experimentação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 13-35.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A necessidade de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**: equidade na atenção à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 113-126.

CENTURIÃO, Carla Cristina H. et al. Relatório da oficina de trabalho de fisioterapia e saúde coletiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7, 2003, Brasília. **Anais...** Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

CENTURIÃO, Carla Cristina H. **Prevenção em fisioterapia**: um estudo da formação profissional do fisioterapeuta no Estado do Rio Grande do Sul. 1997. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1997.

CHAVES, Mário; KISIL, Marcos. Origens, concepções e desenvolvimento. In: ALMEIDA, Márcio; FEUERWERKER, Laura; LLANOS, Manuel (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. v. 1. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 1-16.

COFFITO. RESOLUÇÃO nº 10, de 03 de Julho de 1978. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-COFFITO. In: CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – 5ª Região. (Crefito-5). **Leis e atos normativos das profissões do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional**. Legislação Crefito-5. Porto Alegre: Crefito-5, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. Resolução nº 4 de 28 de Fevereiro de 1983. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 mar. 1983, seção 1, p. 3630.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Quantitativo de profissionais**. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/faqs/faq.asp>>. Acesso em Nov. 2011.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – 5ª Região. (Crefito-5). **Leis e atos normativos das profissões do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional**. Legislação Crefito-5. Porto Alegre: Crefito-5, 2004.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – 5ª Região. **Distribuição de profissionais no Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<http://www.crefito5.org.br/estatistica>>. Acesso em: 13 out. 2011.

DELEUZE, Gilles. **Conversações: 1972-1990**. São Paulo: Ed. 34, 2008.

DELEUZE, Gilles. Que es uno dispositivo? In: DELEUZE, Gilles. **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161.

DOMINGUES, Diana. **Paisagens vivas: mundos de vida artificial**. 2004. Disponível em: <http://artecno.ucs.br/livros_textos_siteartecno//_outras_publicacoes/ccbb2004_.rtf>. Acesso em: 31 mar. 2009.

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

FÓRUM DE FISIOTERAPIA. Integralidade em saúde. Carta aberta da fisioterapia em defesa do SUS. João Pessoa, Paraíba, maio de 2008. **Bolet-In** – Jornal do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas da Integralidade em Saúde. Disponível em <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=section_tipo4_subsecoes&sid=20> Acesso em: 2 abr. 2009.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. **Histórico da saúde pública**. [2011]. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/historico-da-saude>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

GATTI, Fábio Garcia. Administração e caos: uma estreita relação. **Ciências gerenciais**, v.11, n. 13, p. 40-45, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. Campinas: Papirus, 2011.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2007.

GUIZARDI, Francini Lube et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, Roseni; 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: Abrasco, 2006, p. 153-177.

HERNÁNDEZ, Illiana. **Realidades emergentes**. 2007. Disponível em: <http://www.cibercultura.org.br/tikiwiki/tiki-read_article.php?articleId=9>. Acesso em: 30 mar. 2009.

HOLLAND, John. **A esfera invisível**. 1998. Disponível em: <http://algot.dcc.ufla.br/~monserrat/isc/Esfera_invisivel.html>. Acesso em: 31 mar. 2009.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Legislação e documentos. Disponível em: < www.inep.gov.br >. Acesso em nov. 2011.

KASTRUP, Virgínia. A aprendizagem da atenção na cognição inventiva. **Psicologia e sociedade**, v. 16, n. 3, p. 7-16, 2002.

MACEDO, Maria do Carmo et al. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, Roseni; 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: Abrasco, 2006, p. 229-250.

MARQUES, Amélia Pasqual; SANCHES, Eugênio Lopes. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Revista de fisioterapia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 5-10, jul./dez. 1994.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 39-64.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athena, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A evolução da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas**. Belo Horizonte: PUCMG; Finep, 1982.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho em saúde no contexto da Reforma Sanitária. **Cadernos de saúde pública**, v. 3, n. 3, p. 332-343, jul./set. 1987.

OLIVEIRA, Gilnara da Costa Corrêa. **Práticas comunitárias interprofissionais de alunos dos cursos de ciências da saúde da URCAMP**: uma experiência de pesquisa-ação. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidad Nacional de Rosario, Rosario (Argentina), 2002.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PALAZZO, Luiz A. M. **Complexidade, caos e auto-organização**. In: OFICINA DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, 3. Pelotas: Educat, 1999, p. 49-67.

PERPÉTUO, Adriane M. **A prática pedagógica do fisioterapeuta docente**. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2005.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 21-36.

REBELATTO, José Rubens; BOTOMÉ, Sílvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil**: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. São Paulo: Manole, 1999.

REDE UNIDA. Termo de Referência do 10º Congresso Internacional da Rede Unida. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 10., Encontro Regional Sul, 2011, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Rede Unida, 2011.

ROCHA, Vera Maria et al. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas. In: FÓRUM NACIONAL DA ABENFISIO, 16, Canela, 2007. **Documento**. São Paulo: Abenfisio, 2007.

ROCHA, Vera Maria; CENTURIÃO, Carla. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: FRAGA, Alex; WACHS, Felipe (Org.). **Educação física e saúde coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Ufrgs, 2007, p. 17-30.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Ufrgs, 2006.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de subjetividade**, v. 1, n. 2, p. 241-251, set./fev. 1993.

SCHWINGEL, Glademir. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e a inserção do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. **Credito em Revista**, Porto Alegre, p. 22-24, 30. jun., 2008.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA, Daysi; DA ROS, Marco Aurélio. Inserção de profissionais de fisioterapia na Equipe de Saúde da Família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1673-1681, 2007.

VEPPO, Prado. **Obra completa**. Santa Maria: Ed. UFSM, 2002.

APÊNDICE A – Roteiro para a entrevista

Ano de conclusão do curso de Fisioterapia e universidade: _____ .

A partir de que momento e por qual motivo começaste a participar do processo de mudança nos cursos de graduação em fisioterapia?

Em que momento tu te viste engajado(a) neste processo? O que avalias como um movimento pela mudança nos cursos de graduação em fisioterapia?

Já tinhas conhecimento do movimento de transformação curricular em outros cursos da área da saúde?

Qual foi o posicionamento da categoria profissional da fisioterapia junto a estas mudanças?

Como a fisioterapia se fez presente nos debates durante a formulação das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais?

Como compartilhaste com as outras profissões da saúde esta busca pela mudança curricular?

O que mudou nas tuas práticas, na tua atuação como profissional, na docência ou na atuação da fisioterapia na atenção à saúde, a partir desses movimentos?

Como tu explicas a participação da fisioterapia na redação do texto comum das DCN/Saúde?

Em que medida avalias que a fisioterapia formulou, aprendeu ou apenas aceitou redação e proposições nas DCN/Saúde- DCN/Fisioterapia?

O que foi matéria de disputa ou divergência? O que foi nó crítico? O que foi vitória *da* ou *para a* categoria da fisioterapia?

Como tu descreves os sentidos da terapêutica e da inserção profissional na definição das DCN/Fisioterapia?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da pesquisa: Emergência de realidades no ensino superior da saúde: atos e vozes da fisioterapia nas Diretrizes Curriculares Nacionais

Campo temático: Educação em Saúde

Pesquisadora responsável: Gilnara da Costa Corrêa Oliveira

E-mail: gilnaracco@terra.com.br

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim – Telefone: (51) 3308-4131

E-mail: ricardo@educasaude.org

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação

Comitê de Ética: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

A pesquisa integra o objeto de estudo de um projeto de tese de doutorado em Educação da pesquisadora e tem como objetivo contribuir com a interpretação da emergência de uma nova realidade na educação superior em saúde, desencadeada pelo debate das Diretrizes Curriculares Nacionais. Busco explicação nas teorias da emergência (teoria sistêmica), na física quântica (física da relação entre os corpos) e das ciências da informação (rede de intercomunicação/interconexão/coprodução). Para a realização deste estudo, será realizada entrevista aberta. Após a transcrição, as mesmas serão encaminhadas aos atores-chave, no intuito de uma revisão realizada pelos mesmos, no sentido de um possível acréscimo (alguma data que tenha omitido por esquecimento, um fato não mencionado e considerado de relevância para o mesmo), o que o informante assim achar necessário.

As entrevistas posteriormente serão analisadas, sendo garantida a privacidade dos participantes e o caráter confidencial das informações obtidas. A descrição do estudo será apoiada nos dados coletados por meio das entrevistas e na fundamentação teórica que permitirá trabalhar com diferentes realidades vivenciadas pelos atores-chave.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como informante. Fui informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a mesma, os procedimentos nela envolvidos, os direitos de receber qualquer outro esclarecimento sobre a pesquisa, de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo e de não ser identificado, além de ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade, se não emitir expressa autorização em contrário. O uso de gravador de voz será utilizado com a minha permissão, com finalidade documental. Declaro, ainda, que fui informado do endereço e das formas de contato com a pesquisadora e com o orientador, caso desejar esclarecer qualquer dúvida (Av. Paulo da Gama, 110, prédio nº 12.201, 4º andar, sala 409, Porto Alegre, RS).

Nome do participante: _____

Data de recebimento: ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora