

HILDEBRANDO DE BARROS RIBEIRO

**O ENSINO DA FISIOTERAPIA E A COLOCAÇÃO
PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA EM CAMPINAS-SP**

MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**UNISAL
Americana
2011**

HILDEBRANDO DE BARROS RIBEIRO

**O ENSINO DA FISIOTERAPIA E A COLOCAÇÃO
PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA EM CAMPINAS-SP**

Dissertação apresentada ao Centro
Universitário Salesiano de São Paulo -
UNISAL, como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Educação,
sob a Orientação do Prof. Dr. Renato Kraide
Soffner.

**UNISAL
Americana
2011**

Ribeiro, Hildebrando de Barros
R369e O ensino da fisioterapia e a colocação profissional do
fisioterapeuta em Campinas-SP. / Hildebrando de Barros
Ribeiro – Americana: Centro Universitário Salesiano de São
Paulo, 2011.
149 f.

Dissertação (Mestrado em Educação). UNISAL – SP.
Orientador: Prof. Dr. Renato Kraide Soffner.
Inclui bibliografia.

1. Ensino de Fisioterapia. 2. Diretrizes Curriculares
Nacionais do Curso de Fisioterapia. 3. Saúde Coletiva.
4. Fisioterapia na Comunidade. 5. Fisioterapeuta. I. Título.

CDD – 615.8207

Catálogo elaborado por Terezinha Aparecida Galassi Antonio
Bibliotecária do Centro UNISAL – UE – Americana – CRB-8/2606

HILDEBRANDO DE BARROS RIBEIRO

**O ENSINO DA FISIOTERAPIA E A COLOCAÇÃO PROFISSIONAL DO
FISIOTERAPEUTA EM CAMPINAS-SP**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Salesiano de São Paulo - UNISAL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação, sob a Orientação do Prof. Dr. Renato Kraide Soffner.

Dissertação apresentada e aprovada em 01 de Dezembro de 2011 pela Banca Examinadora:

**Prof. Dr. Renato Kraide Soffner
UNISAL (Orientador)**

**Prof. Dr. Wander de Oliveira Villalba
UNICAMP (Membro Externo)**

**Prof^a. Dr^a. Sueli Maria Pessagno Caro
UNISAL (Membro Interno)**

**Americana
2011**

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, Álvaro Ribeiro (*in memoriam*) e
Maria de Barros Ribeiro, por terem me ensinado a sempre lutar
e não desistir frente aos desafios da vida.

Aos meus irmãos Paulo e Regina, por estarmos sempre juntos nas
dificuldades e também nas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Acredito que na vida, devemos ter obstinação, entrega e amor pelo que fazemos. Deus sempre está presente em nossas vidas e, em sua plenitude e paz, nos conforta e nos dá força para a caminhada. É preciso que tenhamos crença para não esmorecermos quando o desafio, a ansiedade, a tristeza e a dúvida apareçam para nos importunar.

Assim, meus sinceros agradecimentos:

À Silvia, minha esposa e à minha família, pela paciência e compreensão neste momento importante e inadiável da minha vida.

Ao amigo Wander de Oliveira Villalba, parceiro de longas batalhas na profissão e que me deu a oportunidade de retornar à vida acadêmica e me motivou a fazer o Mestrado.

Ao Prof. Dr. Renato Kraide Soffner, meu orientador, que com paciência e disponibilidade me aceitou como seu orientando e contribuiu, generosamente, para a elaboração deste estudo.

Aos amigos e amigas do Mestrado, que numa convivência de amizade, respeito e colaboração me incentivaram o tempo todo.

Ao UNISAL, que com seu espaço acolhedor e uma estrutura física e humana excelente, possibilitou-me desenvolver atividades acadêmicas, novas amizades e conhecimento na área de Educação.

Aos professores e professoras do UNISAL, que contribuíram com minha formação, em especial ao Prof. Dr. Manoel Nelito M. Nascimento, que me iniciou no tema deste estudo.

Aos colegas da Fisioterapia que contribuíram para a aplicação dos questionários nas instituições e aos profissionais que se dispuseram a responder tais questões, pois sem eles, este estudo não poderia ser realizado.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo, sem os quais certamente nossa caminhada não seria completa.

Se naquele instante - refletiu Eugênio - caísse na Terra um habitante de Marte, havia de ficar embasbacado ao verificar que num dia tão maravilhosamente belo e macio, de sol tão dourado, os homens em sua maioria estavam metidos em escritórios, oficinas, fábricas... E se perguntasse a qualquer um deles: 'Homem, por que trabalhas com tanta fúria durante todas as horas de sol?' - ouviria esta resposta singular: 'Para ganhar a vida'. E, no entanto, a vida ali estava a se oferecer toda, numa gratuidade milagrosa. Os homens viviam tão ofuscados por desejos ambiciosos que nem sequer davam por ela. Nem com todas as conquistas da inteligência tinham descoberto um meio de trabalhar menos e viver mais. Agitavam-se na Terra e não se conheciam uns aos outros, não se amavam como deviam. A competição os transformava em inimigos. E havia muitos séculos, tinham crucificado um profeta que se esforçava por lhes mostrar que eles eram irmãos, apenas e sempre irmãos.

Érico Veríssimo
Em "Olhai os Lírios do Campo" (1980)

RESUMO

As Diretrizes Curriculares Nacionais, do Curso de Fisioterapia, de 2002 definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de fisioterapeutas, tendo como perfil do egresso, uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capaz de atuar na prevenção, promoção e reabilitação nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde. Para que se promova a recuperação do indivíduo há a necessidade de considerar a integralidade do ser humano no sentido bio-psico-social. O ensino da Fisioterapia nas Instituições de Educação Superior no Brasil sofreu, durante anos, uma série de mudanças, a fim de adequar o ensino à realidade socioeconômica do país e da população. Essas mudanças ocorreram por meio do aprimoramento das diretrizes, no sentido do desenvolvimento de competências e habilidades do acadêmico e no ensino articulado ao contexto social. O ensino voltado à participação e contribuição social aproxima o acadêmico da realidade social da população e o prepara para a sua colocação profissional, que visa integrá-lo como um agente autônomo e transformador da sociedade. Nesse sentido, este estudo busca verificar se o ensino de Fisioterapia em três IES de Campinas-SP contribui para a colocação profissional do fisioterapeuta na referida cidade. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo com alunos do primeiro e do quarto ano do curso de Fisioterapia de IES de Campinas e seus egressos, por meio da utilização de questionários como instrumento de coleta de dados. Por fim, os resultados demonstram que as IES precisam incentivar mais os alunos de Fisioterapia a participar e interagir na realidade socioeconômica da população. Essa proximidade com a população permite que o aluno compreenda suas necessidades e saiba como intervir, preparando-o para a sua futura colocação profissional.

Palavras-chave: Ensino de Fisioterapia – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Fisioterapia – Saúde Coletiva – Fisioterapia na Comunidade – Fisioterapeuta.

ABSTRACT

The National Curriculum Guidelines of 2002 for courses in Physical Therapy, define the principles, fundamentals, conditions and procedures of educating physical therapists, having as a profile of the graduate a generalist, humanist, critical and reflexive education which is able to act on prevention, promotion and rehabilitation at primary, secondary and tertiary levels of health care. In order to promote the recovery of the individual, there is a need to consider the completeness of the human being in bio-psycho-social sense. The teaching of Physical Therapy in Higher Education Institutions in Brazil has suffered a series of changes for years, in order to make the teaching suitable to the socio-economic reality of the country and the population. These changes have occurred by the improvement of guidelines for the development of skills and abilities of the academic, and also by the teaching pointing to the social context. Education aimed at social participation and contribution approaches the academics to the social reality of the population and prepares them for their placement, in order to integrate them as an autonomous and socially transformer agent. In this way, the purpose of this study is to check whether the teaching of Physical Therapy in three Higher Education Institutions of Campinas-SP contributes for the placement of the physical therapists in this referred city or not. For that, it was used field research with students from the first and the fourth year of Physical Therapy course of Higher Education Institutions of Campinas, as well as their graduates, through the use of questionnaires as data collection instrument. Finally, the results show that Higher Education Institutes need to encourage more Physical Therapist students to participate and interact with the population socio-economic reality. This closeness to the population allows the student to understand their needs and how to intervene, preparing them for their future placement.

Key-words: Teaching of Physical Therapy – National Curriculum Guidelines of 2002 for courses in Physical Therapy – Public Health – Physical Therapy in the Community – Physical Therapist.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição Geográfica do Número de Cursos de Fisioterapia no Brasil.....	57
Gráfico 2	Egressos - Resultados da Questão 11.....	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição da Evolução da Oferta de Cursos de Fisioterapia, Vagas e Ingressantes em 1991 e 2009, Concluintes em 1995 e 2009 e Taxa de Vagas Ocupadas.....	63
Quadro 2	Amostra do Número de Participantes da Pesquisa.....	89
Quadro 3	Alunos do 1º ano - Resultados da Questão 1.....	90
Quadro 4	Alunos do 1º ano - Resultados da Questão 2.....	91
Quadro 5	Alunos do 1º ano - Resultados da Questão 3.....	91
Quadro 6	Alunos do 1º ano - Resultados da Questão 4.....	92
Quadro 7	Alunos do 1º ano - Resultados da Questão 5.....	93
Quadro 8	Alunos do 1º ano - Resultados da Questão 6.....	93
Quadro 9	Alunos do 1º ano - Resultados da Questão 7.....	94
Quadro 10	Alunos do 1º ano - Resultados da Questão 8.....	94
Quadro 11	Alunos do 1º ano - Resultados da Questão 9.....	95
Quadro 12	Alunos do 1º ano - Resultados da Questão 10.....	96
Quadro 13	Alunos do 4º ano - Resultados da Questão 1.....	97
Quadro 14	Alunos do 4º ano - Resultados da Questão 2.....	97
Quadro 15	Alunos do 4º ano - Resultados da Questão 3.....	98
Quadro 16	Alunos do 4º ano - Resultados da Questão 4.....	99
Quadro 17	Alunos do 4º ano - Resultados da Questão 5.....	100
Quadro 18	Alunos do 4º ano - Resultados da Questão 6.....	100
Quadro 19	Alunos do 4º ano - Resultados da Questão 7.....	101
Quadro 20	Alunos do 4º ano - Resultados da Questão 8.....	102
Quadro 21	Alunos do 4º ano - Resultados da Questão 9.....	103
Quadro 22	Alunos do 4º ano - Resultados da Questão 10.....	103
Quadro 23	Alunos do 4º ano - Resultados da Questão 11.....	104
Quadro 24	Egressos - Resultados da Questão 1.....	105
Quadro 25	Egressos - Resultados da Questão 2.....	105
Quadro 26	Egressos - Resultados da Questão 3.....	106
Quadro 27	Egressos - Resultados da Questão 4.....	106
Quadro 28	Egressos - Resultados da Questão 5.....	107
Quadro 29	Egressos - Resultados da Questão 6.....	107
Quadro 30	Egressos - Resultados da Questão 7.....	108

Quadro 31	Egressos - Resultados da Questão 8.....	109
Quadro 32	Egressos - Resultados da Questão 9.....	110
Quadro 33	Egressos - Resultados da Questão 10.....	111
Quadro 34	Egressos - Resultados da Questão 12.....	113
Quadro 35	Egressos - Resultados da Questão 13.....	114
Quadro 36	Egressos - Resultados da Questão 14.....	115
Quadro 37	Egressos - Resultados da Questão 15.....	116
Quadro 38	Egressos - Resultados da Questão 16.....	117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD	Associação de Assistência à Criança Deficiente
ABADS	Associação Brasileira de Assistência e Desenvolvimento Social (antiga Pestalozzi)
ABBR	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
ABENFISIO	Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia
ABF	Associação Brasileira de Fisioterapia
ABF	Associação Brasileira de Fisioterapia
ABRAPG-Ft	Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia
AFB	Associação de Fisioterapeutas do Brasil
AFICAMP	Associação de Fisioterapeutas de Campinas
AMB	Associação Médica Brasileira
ANPED	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APF	Associação Paulista de Fisioterapeutas
APTA	<i>American Physical Therapy Association</i>
CBHPM	Tabela de Honorários - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CEANS	Comissão de Ética da Agência Nacional de Saúde Suplementar
CEE	Comissões de Especialistas de Ensino
CEEFisio	Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia
CES	Câmara de Educação Superior
CF	Constituição Federal
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CLAFK	Confederação Latino Americana de Fisioterapia e Kinesiologia
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO-3	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo
DEGES	Departamento de Educação e Gestão em Saúde
DMES	Declaração Mundial sobre Educação Superior
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ForGRAD	Fórum Brasileiro de Pró-Reitores de Graduação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INEP	Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IR	Instituto de Reabilitação
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAIUB	Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras
PUCC	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
RNHF	Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos
SESu	Secretaria de Educação Superior
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SINDHOSP	Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas do Estado de São Paulo
SINFITO	Sindicato de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo
SMC	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USP	Universidade de São Paulo
WCPT	<i>World Confederation for Physical Therapy</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I – HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA	19
1.1. Etimologia, Definição e Objetivo da Fisioterapia.....	19
1.2. Histórico da Fisioterapia.....	20
CAPÍTULO II – EVOLUÇÃO DO ENSINO E EXPANSÃO DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA	25
2.1. Décadas de 60-70-80: Do Modelo Curativo-reabilitador à Promoção da Saúde.....	25
2.2. Década de 90: Mudanças na Política da Educação e a Abertura de Novos Cursos.....	33
2.3. A Partir de 2000: Avanço nas Diretrizes Curriculares Nacionais; Carga Horária; Qualificação; Rendimento Escolar e Quantidade de Cursos de Fisioterapia.....	43
2.3.1. Aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais – Resolução CNE/CES nº 4/2002.....	43
2.3.2. Alteração na Carga Horária Mínima dos Cursos de Fisioterapia.....	49
2.3.3. A Qualificação dos Cursos de Fisioterapia.....	56
2.3.4. Distribuição da Oferta de Cursos; Vagas e Matrículas, para Ingressantes e Concluintes dos Cursos de Fisioterapia.....	62
CAPÍTULO III – O FISIOTERAPEUTA E A PROFISSÃO	64
3.1. Definição do Fisioterapeuta, Áreas de Atuação e Atribuições.....	64
3.2. As Responsabilidades e a Ética na Profissão.....	67
3.3. Concentração de Fisioterapeutas no Brasil por Área de Jurisdição.....	71
3.4. Colocação Profissional e Remuneração do Fisioterapeuta na Cidade de Campinas-SP.....	72
3.5. Participação e Contribuição Social do Fisioterapeuta na Cidade de Campinas-SP.....	81
3.6. O Caráter Associativo do Profissional, Ações e Propostas das Associações.....	83

CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO	89
4.1. Questionário Aplicado aos Alunos do 1º Ano	90
4.2. Questionário Aplicado aos Alunos do 4º Ano.....	97
4.3. Questionário Aplicado aos Egressos das IES.....	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS	130
REFERÊNCIAS DA LEGISLAÇÃO	135
DOCUMENTOS DISPONIBILIZADOS EM SITES	138
APÊNDICES	141

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano só existirá se a sociedade civil afirmar cinco pontos fundamentais: igualdade, diversidade, participação, solidariedade e liberdade

Herbert José de Souza, o Betinho.

A Fisioterapia, historicamente, se constitui como uma das áreas da saúde voltada à promoção, prevenção e reabilitação dos indivíduos que, por ventura, sofreram algum dano físico, em decorrência de doenças ou traumas ou que venham sofrer durante sua vida. Para que se promova a recuperação do indivíduo há a necessidade de considerar a integralidade do ser humano no sentido biopsicossocial.

O modelo curativo-reabilitador que permeia nas ações da saúde no Brasil exerce forte influência na práxis do fisioterapeuta e o distancia de ações focadas na saúde integral da população. Esse modelo imprime ao fisioterapeuta ações isoladas, individualizadas e descontextualizadas nas suas práticas, ao contrário de ações mais integradoras. No entanto, o fisioterapeuta, por sua autonomia adquirida há 42 anos, tem por responsabilidade desenvolver ações articuladas com a comunidade de maneira que todos possam ter acesso ao recurso fisioterapêutico.

No país, o Sistema Público de Saúde (SUS) absorve em torno de 80% da população que necessita dos serviços de saúde, no entanto, devido a uma série de fatores como, por exemplo, a carência de profissionais na área, não supre a grande demanda dos necessitados da saúde pública.

Assim, constitucionalmente é outorgado ao sistema de saúde complementar, ou seja, planos de saúde, seguradoras, etc., a possibilidade do atendimento a essa parcela da população que, por ser privado, devem desembolsar uma boa fatia do seu orçamento doméstico.

Ao mesmo tempo, o setor privado também não supre as demandas da população, pois, por fatores econômicos, não ofertam, integralmente, todos os serviços necessários à população, entre estes a Fisioterapia.

Essa situação, não somente, atinge os profissionais da saúde, em particular os fisioterapeutas, mas e principalmente a sociedade que, por direito consagrado na Constituição Federal que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, torna-se refém dos sistemas público e privado insuficientes e sem alcance sociocomunitário.

Nesse contexto, o ensino da Fisioterapia nas Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil, sofreu durante anos uma série de mudanças, a fim de adequar o ensino à realidade socioeconômica do país, e porque não dizer da população. Essas mudanças ocorreram por meio do aprimoramento das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Fisioterapia, até a última, a de 2002, que propõe, basicamente entre outros, o desenvolvimento de competências e habilidades do acadêmico e o ensino articulado ao contexto social. Essa referência ao contexto social tem por foco o ensino como forma de participação e contribuição social, em respeito aos princípios da universalidade, integralidade e da equidade propostos pela Lei Orgânica de Saúde do SUS em 1990. Assim, é valorizado o papel do fisioterapeuta na prevenção e promoção da saúde, não obstante na reabilitação.

Este estudo se justifica pela necessidade de refletir sobre a história das práticas educativas, durante o processo de aprendizagem do aluno no curso de Fisioterapia, sua relação com a comunidade, sua compreensão no contexto político-pedagógico, sociocultural e suas manifestações político-pedagógicas.

Assim levanta-se a seguinte questão problema:

Como analisar a história do profissional, no sentido de quanto o curso o influenciou na sua carreira e quais as demandas referentes à sua colocação profissional, a fim de integrá-lo como um agente autônomo e transformador socialmente?

Para tanto, considerando o número de instituições, a qualidade do ensino e o preparo do egresso para o desempenho da profissão têm-se como objetivo para responder à questão problema:

Verificar se o ensino de Fisioterapia em três IES de Campinas contribui para a colocação profissional do fisioterapeuta na cidade de Campinas.

A metodologia do estudo foi focada numa pesquisa de campo, realizada em três Instituições de Ensino Superior da cidade de Campinas-SP, com alunos do 1º, do 4º ano e também os egressos, do curso de graduação em Fisioterapia dessas Instituições. A coleta de dados se deu por meio de três questionários do tipo aberto, fechado e misto.

A estruturação da dissertação foi dividida em quatro capítulos.

No primeiro capítulo se faz uma análise do sentido histórico da Fisioterapia no início da profissão, sua regulamentação e organização, e seu papel relevante na sociedade, devido às doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho e decorrentes de um processo crescente de industrialização no Brasil até o início da década de 50. Igualmente, em decorrência da alta incidência de poliomielite infantil no Brasil, após o início da década de 50, que deixou muitos portadores da doença com sequelas motoras. Daí o surgimento de várias entidades filantrópicas no Brasil, dispostas a tratar e recuperar as vítimas da paralisia infantil, com foco no importante papel do fisioterapeuta para desenvolver-lhes a capacidade motora, para serem reintegrados à sua comunidade e à sociedade. Essa situação do país repercutiu na evolução da estrutura curricular do curso de Fisioterapia e no processo de reconhecimento, regulamentação e normatização da profissão.

No segundo capítulo se faz um relato do avanço do ensino e a expansão dos cursos de Fisioterapia no Brasil, fazendo uma análise a partir do modelo curativo-reabilitador à promoção da saúde nas décadas de 60-70-80, nas quais as Instituições de Ensino Superior aprimoram seus currículos, dadas as especificidades na abordagem de certas doenças ou na prevenção de lesões, com uma Fisioterapia preocupada, não somente com o tratamento, cura ou reabilitação, mas com um modelo de atenção integral à saúde, capaz de atuar nos níveis de atenção primária, secundária e terciária e nas equipes de saúde.

Na década de 90, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996, destacaram-se as mudanças na política nacional de educação, com a abertura de novos cursos de graduação no país, em função de uma política educacional do governo federal voltada a incentivar a criação e flexibilização de novos cursos de

graduação no país, delegando às IES, a determinação do número de vagas ofertadas. Porém, sem a participação de seus órgãos representativos como Conselhos, Associações e Sindicatos, que poderiam aferir e controlar coletivamente a formação de novos profissionais e o modo como iriam atuar.

A década de 2000 foi marcada pelo avanço nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Fisioterapia, por meio da regulamentação da Resolução CNE/CES nº 4/2002, que destaca a organização do currículo dos cursos de Fisioterapia, as competências e habilidades, o estudo interdisciplinar que envolve diferentes áreas, o atrelamento da prática voltada para a realidade social da população e os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta década ocorre a ampliação da carga horária de vários cursos de graduação na modalidade presencial, da área da saúde, entre eles a Fisioterapia, pela Resolução CNE/CES nº 4/2009.

O terceiro capítulo trata do profissional fisioterapeuta nas áreas de atuação e suas atribuições, principalmente, na área de Saúde Coletiva, em que desenvolve ações básicas na atenção primária da saúde, do caráter das responsabilidades e da ética na profissão, sobre o aspecto individual, em equipe e com a população. Este capítulo aborda, também, a concentração de fisioterapeutas no Brasil, a colocação profissional do fisioterapeuta e sua remuneração na cidade de Campinas, interior do Estado de São Paulo, assim como sua participação e contribuição social na comunidade. Trata, ainda, do caráter associativo do fisioterapeuta, seu envolvimento em entidades representativas de classe frente às demandas de sua profissão e da sociedade.

O quarto capítulo refere-se à metodologia da pesquisa de campo com a apresentação da coleta e sistematização dos dados, os resultados obtidos e discussão dos dados referente aos questionários aplicados aos alunos do primeiro e quarto ano do curso de Fisioterapia de três IES de Campinas e aos fisioterapeutas egressos dessas IES, e as considerações sobre a pesquisa.

Finalmente, são apresentadas as Considerações Finais de toda a Dissertação, as Referências Bibliográficas, de Legislação e àquelas coletadas em Meio Eletrônico, bem como o modelo dos questionários em Apêndice.

CAPÍTULO I – HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA

Neste capítulo, analisa-se o sentido histórico da Fisioterapia no início da profissão, sua regulamentação e organização, bem como seu papel relevante na sociedade.

1.1. Etimologia, Definição e Objetivo da Fisioterapia

Etimologicamente, a palavra fisioterapia se divide em: - Físio, do grego *Phisis*, que significa “natureza”; relativo aos agentes físicos da natureza, como água, luz, calor, eletricidade, ação da gravidade e em: - Terapia, do grego *Therapéia*, relativo ao método de tratar doenças e distúrbios de saúde; tratamento de saúde. Portanto, segundo Ferreira (1975, p. 635) Fisioterapia é o tratamento das doenças por agentes físicos.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) define a Fisioterapia como:

A Ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, da patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais (COFFITO, 2010).

A *American Physical Therapy Association* (APTA) define:

A Fisioterapia é uma profissão dinâmica com uma base teórica e científica estabelecida e aplicações clínicas amplas na restauração, manutenção e promoção de função física ideal. Já a WCPT - *World Confederation for Physical Therapy* define que fisioterapia é o tratamento de pacientes por diferentes meios físicos com o objetivo de restaurar ao máximo a sua capacidade funcional e independência para o trabalho no lar e na sociedade, conjuntamente com outros profissionais de saúde (APTA, 2010).

E, ainda, o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo, denominado CREFITO-3 define a Fisioterapia como:

A Ciência aplicada tendo por objeto de estudos o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto nas alterações patológicas quanto nas repercussões psíquicas e orgânicas (CREFITO-3, 2010).

Quanto ao objetivo da Fisioterapia, o CREFITO-3 afirma:

Seu objetivo é preservar, manter (forma preventiva), desenvolver ou restaurar (reabilitação) a integridade de órgãos, sistema ou função. Como processo terapêutico utiliza conhecimentos e recursos próprios, utilizando-os com base nas condições psico-físico-social, tendo por objetivo promover, aperfeiçoar ou adaptar o indivíduo a melhoria de qualidade de vida. Para tanto se utiliza da ação isolada ou conjugada de fontes geradoras termoterápicas, crioterápicas, fototerápicas, eletroterápicas, sonidoterápicas e aeroterápicas, além de agentes cinésio-mecanoterápicos e outros mais advindos da evolução dos estudos e da produção científica da área. (CREFITO-3, 2010).

1.2. Histórico da Fisioterapia

O primeiro serviço de Fisioterapia do Brasil foi instalado em 1929, pelo médico Dr. Waldo Rolim de Moraes, no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Na década de 1930 surgiu o serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de São Paulo, segundo Sanchez (1984) citado por Pereira e Almeida (2006, p.174) e também referenciado por Rebelatto e Botomé (1999, p.49).

Nessa época, que se estendeu por um longo período, até a década de 1950, a Fisioterapia era voltada ao tratamento principalmente de Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho (DORT), decorrentes de um processo crescente de industrialização no Brasil, por influência de princípios tayloristas que defendiam a adaptação do homem à máquina, e visavam ter o *the right man in the right place*, ou seja, “o homem certo no lugar certo” (NASCIMENTO, 2009, p. 141).

Esse pensamento consolidava-se nas palavras de Robert Auguste Edmond Mange (1885-1955), professor de mecânica da Escola Politécnica de São Paulo.

Mange (1925) citado por Antonacci (1993, p. 67) afirmava que:

As máquinas, na sua maioria, possuem certa periodicidade de movimentos que deve formar, com o ritmo específico do mecânico, um conjunto harmônico. Daí resultarem, de um lado, condições especiais de construção das máquinas [...] e, de outro lado, educação das aptidões do mecânico que deve acompanhar e se incorporar à periodicidade de movimentos da máquina.

Além das DORTs, a partir da década de 1950, ocorreu no país uma alta incidência da doença Poliomielite, deixando muitos portadores com sequelas motoras e, apesar de todo o crescimento da Fisioterapia que era aplicada somente pelo médico, foi necessária a formação de auxiliares de médicos para a reabilitação desses pacientes (PINHEIRO, 2007, p. 24).

Cabe ressaltar, segundo o Glossário do Ministério da Saúde (2011, p.1566) que a Poliomielite:

A poliomielite ou 'paralisia infantil' é uma doença infecto-contagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito. O déficit motor instala-se subitamente e a evolução dessa manifestação, frequentemente, não ultrapassa três dias. Acomete em geral os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principal característica a flacidez muscular, com sensibilidade conservada e arreflexia no segmento atingido. Esta doença encontra-se erradicada no país desde o início dos anos 90, em virtude do êxito da política de prevenção, vigilância e controle desenvolvida pelos três níveis do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em função disso, em 1951, o Dr. Waldo Rolim de Moraes, médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, organizou o primeiro curso de Fisioterapia do Brasil, no Instituto Central do Hospital das Clínicas, com dois anos de duração e tendo por objetivo formar técnicos em fisioterapia, cujas aulas eram ministradas pelo corpo docente da Universidade de São Paulo (USP), e por médicos do próprio hospital.

Muitos dos técnicos em fisioterapia buscaram instituições ou centros de reabilitação para prestarem atendimento às vítimas da Poliomielite. Essas instituições nasceram em decorrência do avanço da epidemia de Poliomielite como, por exemplo, na cidade de São Paulo, em 1950, sendo uma das principais, a Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD), atualmente denominada Associação de Assistência à Criança Deficiente, que mantém a mesma sigla, ou seja, AACD. No Rio de Janeiro, em 1954, a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e a Casa da Criança Parálitica de Campinas (CCP), interior de São Paulo, fundada em 1954, com a filosofia de arrecadar fundos para a construção de um pavilhão destinado à instalação da clínica para recuperação de vítimas da paralisia infantil.

O curso do Instituto Central do Hospital das Clínicas de São Paulo formou inúmeros fisioterapeutas e persistiu até 1958, quando a Lei 5029 criou um anexo à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), o Instituto de Reabilitação (IR). Este Instituto surgiu do esforço de alguns médicos brasileiros, entre eles o Professor Godoy Moreira (catedrático de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP), por meio de entendimentos com algumas organizações como: a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *World Confederation for Physical Therapy (WCPT)*. A criação deste Instituto em São Paulo fez parte de um projeto mais amplo de criação de vários Institutos na América Latina e foi a partir daí que se iniciou o primeiro curso de Fisioterapia com padrão internacional mínimo, com duração de dois anos para atender aos programas de reabilitação, que a OPAS quis desenvolver na América Latina (MARQUES; SANCHES, 1994, p.6).

Os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (TO) da USP por estarem vinculados ao Instituto de Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IR-FMUSP) foram reconhecidos e regulamentados em 1967, com duração de três anos, carga horária mínima de 2.160 horas e disciplinas mais voltadas à reabilitação e não às especificidades da saúde, como Fundamentos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Ética e História da Reabilitação, e Administração Aplicada e Matérias específicas, como Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada (MARQUES; SANCHES, 1994, p. 6).

O fisioterapeuta, neste momento, passou a ser um profissional de nível superior, porém, com a função de Auxiliar Médico e com atividade de fisioterapia somente recomendada pelo médico. Suas práticas terapêuticas, apesar do conhecimento teórico, ficaram restritas à execução de técnicas, aprendizagens e exercícios, cabendo ao médico o diagnóstico da doença. O Brasil que passou, então, por um forte período de recessão econômica, viu eclodir os níveis baixos de saúde da população, os altíssimos índices de acidentes de trabalho e, ainda, uma epidemia de meningite, que juntos colaboraram para a deterioração das condições gerais de vida na época; período caracterizado por uma medicina previdenciária individual, curativa, assistencialista e especializada, que privilegiou a indústria farmacêutica e de equipamentos, o financiamento de hospitais privados, sob o controle administrativo de um governo ditatorial e com o gerenciamento de um sistema público de saúde nas mãos de tecnocratas (HENNINGTON, 1996, p. 80).

Neste período, a autonomia do profissional fisioterapeuta avançou, devido à regulamentação da profissão, em 13 de outubro de 1969, com o Decreto-Lei nº 938, que assegura o exercício da profissão de fisioterapeuta não mais como Auxiliar Médico, mas determinando a fisioterapia como atividade privativa do fisioterapeuta. Assim, o diagnóstico, que antes era função do médico, passou a contemplar um dos atos profissionais do fisioterapeuta.

Profissional de Saúde, com formação acadêmica superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço (COFFITO, 2010).

Faltava, ainda, à Fisioterapia um órgão fiscalizador da profissão. Isso ocorreu em 17 de dezembro de 1975 com a promulgação da Lei nº 6.316/75, que determinou a criação do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com a incumbência de fiscalizar o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e, posteriormente, o referido Conselho Federal promulgou a Resolução COFFITO nº 10, em 03 de

julho, que definiu o Código de Ética das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

Até esse momento, por meio do Decreto nº 72.493, de 19 de julho de 1973, o fisioterapeuta no Serviço Público Federal (SPF) era enquadrado na categoria funcional de “Técnico de Reabilitação”, e não como Fisioterapeuta, mesmo sendo de nível superior e legalmente reconhecido, ao contrário de outros profissionais da saúde como enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, odontólogos, farmacêuticos, médicos veterinários, que já estavam enquadrados no Serviço Público Federal. Sua inclusão como categoria funcional de fisioterapeuta no Grupo – “Outras Atividades de Nível Superior”, e não mais como “Técnico de Reabilitação”, ocorreu somente em 10 de dezembro de 1984, por meio do Decreto nº 9.640/84 que, então, permitiu isonomia no trabalho, frente a outras profissões da área da saúde. Quanto à carga horária, o artigo 5º do mesmo Decreto nº 9.640/84 determina que os integrantes da Categoria Funcional de Fisioterapeuta ficarão sujeitos à prestação mínima de 40 (quarenta) horas semanais de trabalho, porém, essa carga horária é alterada em 01 de março de 1994, pela Lei nº 8.856/94, que determinou ao fisioterapeuta à prestação máxima de 30 horas semanais de trabalho.

Desde a regulamentação da profissão no país, gradualmente, os Conselhos Federais e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com o objetivo de consolidarem a legalidade da Fisioterapia no Brasil, promulgam Resoluções que atendem aos preceitos éticos e deontológicos do profissional e da profissão.

A partir da década de 1980, o país é marcado, novamente, por uma crise econômica intensa e prolongada, pondo em discussão o modelo previdenciário, considerado incompatível com a necessidade da população, o que desencadeou discussões em torno da extensão da cobertura do sistema público no país, da regionalização e de um sistema participativo, provocado por movimentos sanitários, em busca de novas formas de organização da assistência (BARRIENTOS, 2002, p. 13).

CAPÍTULO II – EVOLUÇÃO DO ENSINO E EXPANSÃO DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA

Neste capítulo relata-se o avanço do ensino e a expansão dos cursos de Fisioterapia no Brasil, fazendo uma análise, a partir do modelo curativo-reabilitador à promoção da saúde nas décadas de 60-70-80; as mudanças na política de educação e a abertura de novos cursos de Fisioterapia no país na década de 90; o avanço nas diretrizes curriculares, a carga horária dos cursos e a quantidade e cursos de Fisioterapia no país na década de 2000.

2.1. Décadas de 60-70-80: Do Modelo Curativo-reabilitador à Promoção da Saúde

No início, o currículo mínimo do curso de Fisioterapia era de três anos, com matérias pouco específicas e voltadas mais à reabilitação. Aos poucos, as IES foram aprimorando seus currículos, dadas as especificidades na abordagem de certas doenças ou na prevenção de lesões. Da mesma forma em que pronunciava um avanço no ensino, aos poucos caminhava para uma Fisioterapia preocupada, não somente com o tratamento, cura ou reabilitação, mas, com a atenção mais voltada à saúde do indivíduo. Contudo, diante da situação da época, toda essa formação dos alunos e futuros profissionais não chegou a ser absorvida pela sociedade, por não haver uma política nacional voltada à saúde e, sim, voltada à valorização da doença.

Um olhar sobre o termo “saúde” sugere uma assistência, não preocupada somente com aquele indivíduo que foi lesado ou acometido por alguma doença e tem alguma sequela correspondente. Esse enfoque está evidenciado no Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (1978), quando o artigo 1º afirma que o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 60).

O conceito de saúde, nas últimas décadas, vem passando por intensas transformações, especialmente no que diz respeito ao modelo de saúde adotado, passando de um modelo hospitalocêntrico, curativo e reabilitador, para um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e, principalmente, contando com a participação popular e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais da saúde. Neste sentido, entende-se saúde não como o avesso da doença, mas como a busca do equilíbrio do ser humano, devendo, portanto romper os estreitos limites da assistência curativa (ALMEIDA apud CHAMMÉ, 1988, p. 2)

O avanço na abertura de novos cursos privados de Fisioterapia ocorre ao mesmo tempo em que no Brasil, padrões de acumulação de capital são difundidos. A “Reforma universitária” brasileira é caracterizada por um ensino superior, sob um caráter essencialmente privado e americanizado (MINTO, 2005, p 110).

Segundo Cunha (1988 apud MINTO, 2005):

Na busca das determinações do ensino superior, encontrei a subordinação da universidade à empresa capitalista. Não a imediata e visível subordinação financeira e administrativa, que tanto se temia. Mais profundamente, a dominância – melhor diria, com Antônio Gramsci, hegemonia – que as práticas do ‘americanismo’, próprias da grande indústria, passaram a ter nela: a organização e a avaliação da universidade em função da produtividade, da organização racional do trabalho e das linhas de comando, conceitos essenciais às doutrinas de F. Taylor e de Henry Fayol (MINTO, 2005, p. 110).

A expansão do ensino privado facilitado pela ditadura militar propiciou uma universidade elitista, desprovida de um caráter crítico, no sentido de uma produção autônoma do conhecimento e pública, moldada nas antigas escolas superiores (MINTO, 2005, p. 109). Além do que, segundo José Patrício Bispo (2009, p. 661) “o desenvolvimento da Fisioterapia aconteceu num momento turbulento da sociedade brasileira, de forte crise no setor saúde e com grandes implicações para a população”. A prática do fisioterapeuta se restringia aos casos em que a doença já estava instalada, embasada numa atuação curativo-reabilitadora, de forma que incentivava uma formação acadêmica excessivamente tecnicista e com visão privatista da assistência.

Até 1969 existiam seis escolas de reabilitação para a formação de fisioterapeutas, localizadas nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Pernambuco e, aproximadamente, 600 fisioterapeutas no país, estando 80% na reabilitação, 10% em especialidades e 10% fora do mercado, com uma demanda de 18.168 fisioterapeutas. No período compreendido entre 1969 a 1981 foram registrados cerca de quatorze novos cursos de Fisioterapia, segundo Sanchez (1984) citado por Pereira e Almeida (2006, p.174).

Apesar do processo de aprendizagem em algumas IES estabelecer que a atuação do fisioterapeuta vise, igualmente, as prevenções primárias e secundárias, o mesmo desenvolve sua atividade no âmbito da reabilitação (terciária), mesmo que as demais profissões da área de saúde reconheçam o grande valor da Fisioterapia, no que tange aos seus benefícios, e de seus potenciais junto à equipe de saúde. Essa pode ser considerada uma situação de passividade dos profissionais que atuam somente nos problemas de saúde já instalados, ou quando o paciente procura o serviço porque já não suporta mais sua condição patológica. (BISPO, 2009, p. 661).

No período de 1981 a 1984 houve um leve crescimento na quantidade de cursos. Foram criados, em média, dois novos cursos por ano. Em 1984, o número de cursos de graduação em Fisioterapia subiu para 22, estando assim distribuídos: sete em São Paulo; três no Rio de Janeiro; um no Ceará; um na Paraíba; dois em Minas Gerais; dois na Bahia; um em Pernambuco e três no Paraná (PEREIRA; ALMEIDA, 2006, p. 174).

No Brasil, como em outros países não desenvolvidos, nos anos 80, o endividamento externo consumia os fundos públicos e se tornava incapaz de resistir politicamente às reformas. Nesse momento, o país apresentava um sistema público de saúde que atendia a quem contribuía com a Previdência Social. Quem não tinha direito dependia da caridade e da filantropia. O sistema era centralizado e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários. A assistência era médico-hospitalar e a expressão saúde era considerada a ausência de doenças. Diante dessa situação e da intensa luta dos órgãos representativos da classe, escolas de Fisioterapia e vários fisioterapeutas, no sentido de implantar uma reforma curricular dos cursos de

Fisioterapia, foi promulgada a Resolução nº. 4, de 28 de fevereiro de 1983 pelo Conselho Federal de Educação (CFE).

Essa reforma curricular não foi precedida de uma pesquisa ampla que gerasse um levantamento das condições de atuação junto à comunidade, nem das necessidades da população assistida pelos recursos fisioterápicos. A ausência desse diagnóstico contribuiu para a elaboração de um currículo baseado apenas no conhecimento existente e divulgado (TEODOROSKI, 2007, p.7).

Considera-se que a partir de um diagnóstico e processamento prévio das necessidades reais da sociedade, ficam mais evidentes as demandas na saúde, que deverão ser consideradas quando da ação do futuro profissional. Assim, o corpo docente da instituição tem fundamentos suficientes para garantir ao aluno aprendizagem de ações que permitam a resolução dos problemas levantados pela sociedade. (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 87). Sendo assim, por essa reforma curricular tratar de estabelecer um currículo mínimo para os cursos de Fisioterapia, algumas IES, diante da expansão do campo de atuação do fisioterapeuta, já vinham adaptando o seu currículo às reais necessidades (MARQUES; SANCHES, 1994, p.7).

O avanço do número de Universidades na década de 80 ocorre, ao mesmo tempo em que o fisioterapeuta atinge novos campos de atuação, como a promoção e a prevenção da saúde da população. (ANDRADE et al, 2006, p. 209). Essa situação decorre de novas concepções no cenário mundial do processo saúde-doença, que respaldam uma reformulação das políticas de saúde no Brasil, dando ênfase às condições de vida e à garantia do direito de exercício da cidadania (REZENDE et al, 2009, p. 1405).

Essas novas políticas públicas de saúde se alicerçam com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, que em seu Art. 196 declara:

Que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988).

Releva, ainda, no art. 198, inciso II, diretriz no sentido do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Essa reformulação de políticas públicas de saúde é reforçada por uma lenta Reforma Sanitária no Brasil, que permite ao fisioterapeuta, gradualmente, aumentar o seu campo de atuação, promovendo o ensino voltado a um modelo de atenção integral à saúde, capaz de atuar nos níveis de atenção primária, secundária e terciária (PEREIRA; ALMEIDA, 2006, p. 172).

Em 19 de setembro de 1990 é promulgada a Lei nº 8.080 que determina que o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), extinguindo, assim, o sistema anterior denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em seu artigo 5º inciso III destaca, como um dos objetivos, a assistência às pessoas, por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Os princípios norteadores do SUS são: a Universalidade, a Integralidade e a Equidade e constituem-se num serviço de saúde descentralizado, municipalizado e participativo com 77 mil conselheiros de saúde, no qual a participação de vários cidadãos do município promove o Controle Social sobre os serviços da saúde da cidade. Como exemplo, na cidade de Campinas (SP), o Conselho Municipal de Saúde compõe-se de:

- Usuários (Movimentos Sociais, Movimento Popular, Conselho Local, Associações de Portadores de Deficiências, Associações de Portadores de Patologias e Movimento Sindical).

- Trabalhadores de Saúde (dos Serviços de Saúde Municipais, Conselhos e Associações de Classe, Associações de Docentes das Universidades, das Entidades de Prestadores de Serviços de Saúde Privados e Trabalhadores Estaduais na Saúde).

- Gestores/Prestadores (Secretaria Municipal de Saúde, Departamento Regional da Secretaria de Estado da Saúde, Hospitais Universitários,

Universidades, Prestadores de Serviço da Saúde, Hospitalares ou Não, Conveniados ao SUS, Prestadores de Serviços em Co-Gestão).

O Controle Social no entendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas é:

[...] o efeito da ação do cidadão participante sobre os serviços públicos, ou seja: da sociedade sobre o estado, que confere à Democracia caráter mais participativo. Na Saúde o controle social fortalece o exercício da cidadania em direção dos objetivos do SUS: o direito dos cidadãos à atenção plena à saúde. O controle social está regulamentado em todas as esferas de gestão do SUS e opera a partir das Conferências (Nacional, Estaduais e Municipais) de Saúde e dos Conselhos (Nacional, Estaduais, Municipais e locais) de Saúde (SMC).

Os Conselhos de Saúde são instrumentos deliberativos de participação social e de controle público, que trazem os interesses do bem comum dos segmentos organizados da sociedade que neles ocupam assento (COHN; ELIAS, 2002, p. 175).

Diante desse novo sistema de saúde no país, é essencial que haja um aprofundamento nos problemas apresentados pela sociedade e nas possíveis ações da Fisioterapia. O processo de ensino-aprendizagem focado na transmissão do conhecimento, por meio de um modelo pedagógico que se propõe ao ensino da técnica terapêutica enfatiza a prática terapêutica curativa, mas não prepara o futuro profissional para a Saúde Coletiva. Assim, as disciplinas voltadas para o campo da Saúde Coletiva, tais como Saúde Pública e Fisioterapia Preventiva, bem como as que são da Área de Humanas, como Sociologia e Antropologia, não despertam interesse pelo acadêmico, pois este se interessa muito mais pelas disciplinas técnicas, como a ortopedia-traumatologia, a reumatologia, a neurologia, a cardiopulmonar, etc., por serem ferramentas de trabalho que se ocupam na forma de atendimento ambulatorial ou hospitalar (TEODOROSKI, 2007, p. 4).

Nesse cenário de mudanças na política de saúde, o número de cursos de Fisioterapia no Brasil, entre 1984 e 1996, subiu na média de quatro novos cursos por ano, chegando, em 1996, com aproximadamente 68 cursos de Fisioterapia no território nacional (INEP, 2010; PEREIRA; ALMEIDA, 2006, p. 174).

A promulgação da Constituição de 1988 não promoveu somente a viabilização de um Sistema Único de Saúde (SUS), como também representou um importante momento na história da educação brasileira contemporânea. Nela estão marcadas algumas referências dicotômicas, como as que dizem respeito ao público e ao privado, originadas de manifestações e conflitos de indivíduos e organizações, que lutaram para assegurar a expressão de seus interesses no texto constitucional (BRZEZINSKI, 1997, p. 72).

Na Constituição de 1988, as primeiras referências ao público e ao privado devem ser buscadas na definição dos princípios do ensino, que garantiram tanto a defesa do público, como também abriu espaço ao privado. Pode-se fazer tal constatação no art. 206, item II, que concerne à “liberdade de aprender, ensinar, pesquisar, divulgar o pensamento, a arte e o saber”, e no art. 206, item III, que concerne ao “pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas, e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino” e, finalmente, no art. 206, item IV, que concerne à “gratuidade do ensino público nos estabelecimentos oficiais” (BRZEZINSKI, 1997, p. 73). Assim, a possibilidade de convivência entre ambos está suportada na Constituição de 1988, ainda vigente.

Um aspecto interessante no texto da Constituição é o princípio da gratuidade previsto no art. 213, itens I e II, que assegura a defesa do público, porém, possibilita que recursos públicos sejam destinados a escolas privadas como, por exemplo, escolas comunitárias, confessionais ou filantrópicas, desde que comprovem sua “finalidade não-lucrativa” e apliquem “seus excedentes financeiros em educação” e assegurem “a destinação de seu patrimônio a outra escola comunitária, filantrópica ou confessional, ou ao Poder Público, no caso de encerramento de suas atividades”.

O art. 213, parágrafo 2º da Constituição, prevê que “As atividades universitárias de pesquisa e extensão poderão receber apoio financeiro do Poder Público” e o art. 207 prevê que:

“As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”.

Quanto à iniciativa privada no art. 209, os itens I e II, preveem que “o ensino é livre à iniciativa privada”, porém, são previstas duas condições para o seu funcionamento: “I. cumprimento das normas gerais da educação nacional e II. autorização e avaliação de qualidade pelo Poder Público” (BRZEZINSKI, 1997, p. 74).

O primeiro projeto da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) surgiu em 1988, e teve seu texto aprovado na Comissão de Educação, Cultura e Desporto da Câmara dos Deputados e após sucessivas votações foi aprovado em junho de 1990. Considerando aspectos já atribuídos à Constituição no texto de 1990 existe a preocupação, entre outras, quanto à distinção entre escola pública e escola privada, o que o relator do projeto da LDB, Jorge Hage e autor do texto “A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. In: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: texto aprovado na Comissão de Educação, Cultura e Desporto da CD com comentários de Dermeval Saviani et al (1990)” justifica na citação de Brzezinski (1997), que segue:

Trata o substitutivo de deixar bem clara a distinção entre a escola pública e a escola privada, não para criar embaraços a esta, mas sim para fortalecer aquela. A esta, toda a liberdade que a Constituição lhe assegura, submetidas apenas ao cumprimento das normas gerais do sistema educacional brasileiro, como não poderia deixar de ser, à autorização de funcionamento e à avaliação de qualidade, pelo Poder Público, pois é inalienavelmente sua esta responsabilidade perante a sociedade. Fora daí, ampla liberdade à iniciativa privada, a começar pela demonstração da sua capacidade de sobreviver autonomamente, sem depender do socorro de verbas públicas, como condição primeira da sua autorização. As únicas instituições privadas que poderão fugir a essa regra são aquelas efetivamente sem fins lucrativos, conforme previsto na Constituição. Estas, para receber recursos públicos, terão que atender a um rigoroso elenco de requisitos e, uma vez aptas a recebê-los, terão de submeter-se a certos controles de natureza pública, posto que a sociedade, dona de tais recursos, tem o direito de saber exatamente o que é feito com eles. À escola pública todos os recursos possíveis. Para isso, o substitutivo não só cria novas fontes, como também determina a racionalização dos recursos existentes, via uma gestão mais competente e mais transparente aos controles sociais (BRZEZINSKI, 1997, p. 87).

Cabe ressaltar que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional só foi aprovada definitivamente em 20 de dezembro de 1996, como LDB 9394.

2.2. Década de 90: Mudanças na Política de Educação e a Abertura de Novos Cursos

No início da década de 90, durante o governo do, então Presidente da República, Fernando Collor de Mello, segundo Velloso (1992), não se evidenciava preocupação com a expansão de matrículas e melhoria da qualidade dos serviços ofertados nas instituições públicas. Por outro lado, favoreceu-se a expansão do ensino privado.

Após a impugnação do mandato (*impeachment*) de Fernando Collor de Mello, no governo de Itamar Franco, a disputa entre o Executivo Federal e o Conselho Federal de Educação, a respeito das decisões sobre o ensino superior brasileiro eram freqüentes. Por um lado, por causa da decisão de que todas as resoluções aprovadas pelo Conselho deveriam passar pelo crivo do Presidente da República e, por outro lado, por meio da descentralização do processo decisório, relativo à criação de instituições e à autorização de cursos, buscou-se limitar parte de seus poderes. Com a descentralização, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) passaram a ter essa prerrogativa, com relação aos cursos de Direito e Medicina, respectivamente (CORBUCCI, 2004, p. 680).

Neste contexto, surge em 1993 o Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras (PAIUB); programa este do Ministério da Educação e do Desporto (MEC), coordenado por sua Secretaria de Educação Superior (SESu), que visava estimular e fomentar um processo de avaliação institucional nas universidades brasileiras, com a participação de entidades representativas e de universidades. Em princípio o documento afirmava:

Espera-se da Universidade desempenhos consequentes em suas atividades-fim, capazes de garantir bom padrão de qualidade de seus serviços à sociedade. Se este pressuposto é abrangente, a natureza e a destinação prioritária desses serviços podem e devem ser discutidas, em função da

organização e do estágio de desenvolvimento que se encontra a sociedade a que serve (PAIUB, 2011, p. 12).

E ainda:

A educação é um bem público porque seus benefícios atingem toda a sociedade, deve por isso ser avaliada em termos da eficácia social de suas atividades, bem como em termos da eficiência de seu funcionamento (PAIUB, 2011, p. 12).

Este programa foi sensivelmente desacelerado com a promulgação da Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, que extinguiu o Conselho Federal de Educação e instituiu o Conselho Nacional de Educação (CNE) em colaboração com o Ministério da Educação. No seu art. 7º, a referida Lei determina que:

O Conselho Nacional de Educação composto pelas Câmaras de Educação Básica e de Educação Superior, terá atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento ao Ministro de Estado da Educação e do Desporto, de forma a assegurar a participação da sociedade no aperfeiçoamento da educação nacional (LEI 9131/95).

Nesse sentido, é atribuição da Câmara de Educação Superior deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação e do Desporto, para os cursos de graduação. As avaliações periódicas das instituições e dos cursos de ensino superior serão realizadas a cada ano pelo MEC, com exames nacionais com base nos conteúdos mínimos estabelecidos para cada curso, com o objetivo de aferir os conhecimentos e competências adquiridos pelos alunos em fase de conclusão dos cursos de graduação.

No intuito de fortalecer a iniciativa privada, a estratégia do governo federal evidencia a ineficiência das IES públicas e a falta de recursos. A intenção de reformas à luz de critérios econômicos é posta como desvantagem, no sentido de atender a população no nível superior de ensino, assim permitindo ao setor privado centrado no aspecto econômico, sem qualquer visibilidade social apresentar, através de uma exposição sistemática na mídia e nos meios de comunicação de massa como jornais e revistas, seus “produtos” e “serviços” atraentes ao público-consumidor (MINTO, 2005, p. 137).

Bittar, Velloso e Martins (2003 apud PINHEIRO, 2007, p. 63) afirmam que:

[...] as políticas públicas de educação superior foram desenvolvidas na perspectiva da reforma do estado preconizada pelo ideário neoliberal, ou seja, retração de investimentos públicos e implementação de políticas educacionais que favorecem o crescimento da iniciativa privada, seguindo, assim, as diretrizes apontadas pelas agências financiadoras internacionais, pautadas na privatização e desmonte dos serviços públicos.

E que, do ponto de vista das Instituições de Educação Superior:

A política assumida pelo Estado concretizou-se por meio da materialização de estratégias que resultaram em números expressivos, isto é, o aumento quantitativo de IES, cursos e alunos matriculados.

O Conselho Nacional de Educação, no projeto neoliberal do governo do Presidente da República Fernando Henrique Cardoso (1995/2002), acelerou e facilitou os processos de autorização, reconhecimento e credenciamento de cursos e instituições particulares, sem, no entanto, incentivar a ampliação da rede pública (BISPO, 2009, p. 659). Em 1995, a Fisioterapia no Brasil contava com 63 cursos, somando 46 cursos privados e 17 públicos (8 federais, 7 estaduais e 2 municipais), enquanto que em 1991 eram 48 cursos, 35 privados e 13 públicos (6 federais, 5 estaduais e 2 municipais) (INEP, 2010). Já nesse período observa-se o favorecimento da expansão do ensino privado como proposta do projeto neoliberal.

Nas suas funções homologatórias, o Conselho Nacional de Educação não diz respeito somente aos processos de autorização, reconhecimento e credenciamento de cursos e instituições particulares, mas também a um processo de avaliação das universidades, visando o recredenciamento periódico destas. Cabe à Câmara de Educação Superior do CNE, entre outras atribuições:

- a) analisar e emitir parecer sobre os resultados dos processos de avaliação da educação superior;
- b) oferecer sugestões para a elaboração do Plano Nacional de Educação e acompanhar sua execução, no âmbito de sua atuação;
- c) deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação e do Desporto, para os cursos de graduação;

- d) deliberar sobre os relatórios encaminhados pelo Ministério da Educação e do Desporto sobre o reconhecimento de cursos e habilitações oferecidos por instituições de ensino superior assim como sobre autorização prévia daqueles oferecidos por instituições não universitárias;
- e) deliberar sobre a autorização, o credenciamento e o credenciamento periódico de instituições de educação superior, inclusive de universidades, com base em relatórios e avaliações apresentados pelo Ministério da Educação e do Desporto...[...]. (LEI Nº 9131, 1995).

Com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, a LDB nº 9.394/96 amplia-se o exercício da autonomia pelas Universidades, cabendo-lhes entre outras as seguintes atribuições:

- I - criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior previstos nesta Lei, obedecendo às normas gerais da União e, quando for o caso, do respectivo sistema de ensino;
- II - fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes;
- III - estabelecer planos, programas e projetos de pesquisa científica, produção artística e atividades de extensão;
- IV - fixar o número de vagas de acordo com a capacidade institucional e as exigências do seu meio;
- [...] Parágrafo único. Para garantir a autonomia didático-científica das universidades, caberá aos seus colegiados de ensino e pesquisa decidir, dentro dos recursos orçamentários disponíveis, sobre:
 - I - criação, expansão, modificação e extinção de cursos;
 - II - ampliação e diminuição de vagas;
 - III - elaboração da programação dos cursos;
 - IV - programação das pesquisas e das atividades de extensão;
 - V - contratação e dispensa de professores;
 - VI - planos de carreira docente.

A partir da atribuição às IES, de fixar os currículos dos seus cursos e programas, os cursos de Fisioterapia passam a incorporar a prevenção nas suas estruturas curriculares (ANDRADE et al, 2006, p. 210). Até então, os currículos dos cursos de Fisioterapia eram fundamentados na lógica curativo-reabilitadora, flexneriana (modelo de formação tecnicista médico), por ser uma atividade desenvolvida quase sempre em clínicas privadas, centros de reabilitação ou hospitais e voltada para a reabilitação de disfunções do sistema musculoesquelético (BISPO, 2009, p. 661).

A atribuição concedida pela nova LDB às Universidades, para fixar os currículos dos seus cursos e programas, provocou uma ampla discussão entre os envolvidos no processo de formação dos cursos de Fisioterapia, como o MEC, MS, COFFITO, CREFITOs, Instituições de Ensino Superior – IES, coordenadores de cursos, docentes, discentes e profissionais interessados, para a proposição e elaboração das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de graduação em Fisioterapia. (ANDRADE et al, 2006, p. 210).

A partir daí, para a reformulação de novas propostas no âmbito dos sistemas e níveis de ensino, vários instrumentos norteadores foram considerados, como: - a Constituição Brasileira e da Legislação Nacional do Ensino Superior; - o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde; - o Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; - os documentos da Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde e da Rede UNIDA; - os Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde e a Declaração Mundial sobre Educação Superior (DMES) no Século XXI, da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior.

A Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI, da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior realizada em Paris, no dia 9 de outubro de 1998, teve por objetivo prover soluções, frente aos desafios, bem como colocar em movimento um processo de profunda reforma na educação superior mundial.

No artigo 1º sob o título “A missão de educar, formar e realizar pesquisas” a referida Declaração salienta:

Afirmamos que as missões e valores fundamentais da educação superior, em particular a missão de contribuir para o desenvolvimento sustentável e o melhoramento da sociedade como um todo, devem ser preservados, reforçados e expandidos ainda mais, a fim de: “educar e formar pessoas altamente qualificadas, cidadãos e cidadãs responsáveis, capazes de atender às necessidades de todos os aspectos da atividade humana, oferecendo-lhes qualificações relevantes, incluindo capacitações profissionais nas quais sejam combinados conhecimentos teóricos e práticos de alto nível mediante cursos e programas que se adaptem constantemente às necessidades presentes e futuras da sociedade (DMES, 1998).

Ainda, no artigo 2º, sob o título “Função ética, autonomia, responsabilidade e função preventiva” considera que:

Conforme a Recomendação referente à Situação do Pessoal Docente da Educação Superior aprovada pela Conferência Geral da UNESCO em novembro de 1997, as instituições de educação superior, seu pessoal, e estudantes universitários devem: [...] c) ampliar suas funções críticas e prospectivas mediante uma análise permanente das novas tendências sociais, econômicas, culturais e políticas, atuando assim como uma referência para a previsão, alerta e prevenção.

Para o Brasil, esse tipo de manifesto foi importante para compreender e identificar os caminhos de uma educação voltada à formação de alunos, docentes das IES, com capacidade de entender e agir frente às necessidades da população. Essa reflexão aproxima mais o aluno e o professor da comunidade, buscando entender e transformar a sua realidade, embasados em parâmetros de dignidade e cidadania. Essa relação com a comunidade fica mais evidente quando se transporta à Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, de 15 a 19 de dezembro de 2000, em torno de discussões efetivas para o fortalecimento do modelo de atendimento público em saúde no País, com o objetivo de implantar o Sistema Único de Saúde (SUS) em mais de 5.500 municípios brasileiros.

No Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) salienta que:

[...] ao patrocinar a reimpressão do relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, em Brasília, pretende contribuir de forma efetiva para o fortalecimento do modelo de atendimento público em saúde no País. O encontro, o último do tipo realizado no século XX, foi um momento marcante para o SUS, deixando evidente a importância do controle social para que o Sistema Único seja implementado nos mais de 5.500 municípios brasileiros, com acesso universal e mesma qualidade enquanto direitos de cidadania para toda a população (CNS, 2000).

Exatamente um ano após a promulgação da LDB/96, a Secretaria de Ensino Superior (SESu), do Ministério de Educação (MEC) iniciou o processo de reforma curricular solicitando às Instituições de Ensino Superior (IES) que enviassem propostas para a elaboração das diretrizes curriculares para os

cursos de graduação. As Diretrizes Curriculares tinham por objetivo servir de referência às IES na organização de seus programas de formação, com currículos mais flexíveis e liberdade em indicar as áreas de conhecimento, ao invés de definir as disciplinas e a carga horária.

A proposta do Ministério da Educação era adaptar os currículos às mudanças dos perfis profissionais, no sentido de torná-los mais flexíveis, portanto, foram adotados os seguintes princípios norteadores das mudanças curriculares dos cursos de graduação: a) flexibilidade na organização curricular; b) dinamicidade do currículo; c) adaptação às demandas do mercado de trabalho; d) integração entre graduação e pós-graduação; e) ênfase na formação geral; f) definição e desenvolvimento de competências e habilidades gerais. (CATANI et al, 2001, p. 73).

O Conselho Nacional de Educação (CNE) entende que há necessidade de estabelecer princípios norteadores, para a formulação das diretrizes curriculares para os cursos de graduação, que assegurem às IES ampla liberdade na composição da carga horária; permitam variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa; encorajem o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar e fortaleçam a articulação da teoria com a prática. Então, convida para essa discussão todas as IES, por entender a importância da colaboração de entidades ligadas à formação e ao exercício profissional, com a finalidade de receber subsídios para deliberar sobre as diretrizes curriculares formuladas pelo Ministério da Educação e do Desporto.

Uma das preocupações do MEC em promover essa flexibilização das diretrizes curriculares é com relação ao alto percentual de evasão de alunos das IES brasileiras registrados pelo MEC, em função daqueles alunos que trabalham e deixam de concluir o curso. O estudo aliado ao trabalho, segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), é importante e sugere que:

A escola se torne o espaço de formação de cidadãos capazes de se adaptar às exigências de um mercado que requer profissionais que dominem a 'inteligência de um processo' e não se limitem a desenvolver 'uma competência específica', mas 'uma formação que garanta a aquisição de habilidades baseadas em uma combinação de aptidões. Assim, o espaço

universitário se torna um campo de formação profissional em detrimento de um processo mais amplo de formação (CATANI et al, 2001, p. 75).

Esse ideário de flexibilização curricular nas reformas educacionais são implementados nos cursos de graduação das Instituições de Ensino Superior (IES), fundamentados na nova LDB e em outros documentos oficiais. Dourado (1999 apud SILVA FILHO, 2007, p. 196):

[...] considera que está se difundindo no país o ideário de um novo paradigma para o processo produtivo em escala mundial, no qual se articulam a expansão da educação e do conhecimento por meio da reconceptualização e (re) valorização sob a ótica mercadológica que orienta a ordem econômica mundial. Isso “vem se expressando, através de palavras como: diversificação, diferenciação, flexibilidade, competitividade, modernização, desempenho, eficiência, integração, parceria, autonomia, adaptabilidade e qualidade.

Por efeito, essa perspectiva pragmática e utilitarista de ajuste ao mercado, na concepção de Catani et al (2001):

[...] reduz a função social da educação superior ao ideário da preparação para o trabalho, a partir da redefinição de perfis profissionais baseados em habilidades e competências hipoteticamente requeridas pelo mercado de trabalho em mutação (CATANI et al, 2001, p. 77).

Nesse contexto de aceleração e facilitação dos processos de autorização, reconhecimento e credenciamento de cursos e instituições particulares, pelo Conselho Nacional de Educação, em detrimento à ampliação da rede pública, em especial das instituições federais, desencadearam-se inúmeras consequências dentre as quais: inexistência de planejamento, baixa qualidade do ensino e desequilíbrios entre áreas de conhecimento e entre regiões geográficas (BISPO, 2009, p. 659).

Essa expansão de cursos de graduação, sem planejamento e regulação no número de cursos e vagas, também ocorreu na Fisioterapia com destaque na concentração geográfica dos cursos e na privatização do ensino (BISPO, 2009, p. 659). O Brasil, em 1995, contava com 63 cursos de Fisioterapia, sendo 46 cursos em instituições privadas e 17 cursos em instituições públicas (8 federais, 7 estaduais e 2 municipais), 38 destes cursos

(60,3%) concentrados na região sudeste, no qual 50,0% no Estado de São Paulo (INEP, 2010). Já em 1998 o país contava com 115 cursos de Fisioterapia, sendo 91 cursos privados e 24 cursos públicos (8 federais, 10 estaduais e 6 municipais). Destes, 76 na região sudeste (66% do Brasil) e 46 no Estado de São Paulo (60,5% da região sudeste) (INEP, 2010), o que traduz um aumento de aproximadamente 82,5% em relação ao ano de 1995 (INEP, 2010). Esses dados demonstram um aumento expressivo dos cursos de Fisioterapia em menos de quatro anos (1995-1998) na ordem de 97,8% de instituições privadas em detrimento às instituições públicas que cresceram apenas 41,1%, e tendo o Estado de São Paulo como o Estado com a maior concentração geográfica de cursos de Fisioterapia do Brasil.

Em função da grande demanda de avaliações de instituições e cursos de educação superior, há necessidade que o MEC, pela Portaria nº 972 em 22 de agosto de 1997 crie as Comissões de Especialistas de Ensino (CEE), que têm por objetivo assessorar a Secretaria de Educação Superior (SESu) para analisar e verificar, in loco, o mérito das propostas de autorização de novos cursos e credenciamento de faculdades integradas, faculdades, institutos superiores ou escolas superiores; atualizar, periodicamente, os critérios de qualidade e indicadores de oferta e demanda para os cursos da área de atuação; propor diretrizes e organização curriculares das respectivas áreas; verificar in loco as condições de funcionamento das instituições e dos cursos de nível superior, inclusive para fins de seu reconhecimento, sempre que solicitadas pela Secretaria de Educação Superior do MEC e opinar, mediante solicitação da Secretaria de Educação Superior, em assuntos de sua especialidade.

Em meio a tanta discussão e atendendo a solicitação do MEC, as entidades representativas da Fisioterapia participaram das audiências públicas organizadas pela Câmara de Educação Superior durante o ano de 1998, com a presença do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO's), Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF), Colegiados e Coordenadores de Cursos de Fisioterapia, Docentes e Discentes de Cursos de Fisioterapia e Fisioterapeutas interessados no assunto (PINHEIRO, 2007, p.

46). Para aprofundar nessa discussão, em torno do encaminhamento de propostas para a elaboração das novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da Fisioterapia, foram organizados, pelas entidades representativas da Fisioterapia, fóruns nacionais, a fim de que, a partir de uma sistematização de várias propostas fosse formulado um documento a ser encaminhado à Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação.

A possibilidade de discussão dessas propostas serviu de base para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino de cada área, bem como a discussão da realização de avaliações dos cursos de graduação. A avaliação das IES seria realizada individualmente, conduzida por uma comissão externa à instituição designada pela Secretaria de Educação Superior – SESu, e a autorização e o reconhecimento de cursos e respectivas habilitações e credenciamento das IES do Sistema Federal de Ensino seriam concedidas por tempo limitado e renovados periodicamente.

As discussões ocorridas nas audiências públicas organizadas pelo MEC resultaram em propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, para serem analisadas pelas Comissões de Especialistas da SESu/MEC. Foram recebidas cerca de 1200 propostas heterogêneas, com destaque para a conversão da duração anual dos cursos em semestres, de 4 até 12 semestres, e de carga horária de 2.000 até 6.800 horas, sendo sistematizadas por 38 comissões de especialistas.

Ainda em 1998, essas propostas foram então encaminhadas à Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia (CEEFisio) da SESu/MEC, que sistematizou e as encaminhou à Câmara de Educação Superior do CNE para formulação das DCN's dos cursos de Fisioterapia. Essas propostas serviram de base para a formulação do Projeto Político Pedagógico (PPP) de todos os cursos de Fisioterapia do país até 2001.

2.3. A Partir de 2000: Avanço nas Diretrizes Curriculares, Carga Horária e Quantidade de Cursos de Fisioterapia

Este tópico aborda a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais, a alteração na carga horária mínima dos cursos de Fisioterapia, a qualificação desses cursos, bem como a oferta dos cursos, vagas e matrículas tanto para ingressantes como para concluintes.

2.3.1. Aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais – Resolução CNE/CES nº 4/2002.

Em 2001, a Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia (CEEFisio) da SESu/MEC recomenda à Câmara de Educação Superior do CNE, a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia.

Para a aprovação das Diretrizes Curriculares foram analisadas as propostas encaminhadas pelas entidades representativas de classe, com a incorporação de aspectos fundamentais expressos nos documentos supramencionados, como: - o Perfil do Formando Egresso/Profissional; - Competências e Habilidades; - Conteúdos Curriculares; - Estágios e Atividades Complementares; - Organização do Curso; - Acompanhamento e Avaliação. Desta forma, a Câmara de Educação Superior do CNE recomenda que:

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (PARECER CNE/CES nº 1210/2001).

E reforça:

[...] a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Desta forma, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação (PARECER CNE/CES nº 1210/2001).

Ao final, a Câmara de Educação Superior do CNE define o objeto e o objetivo das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde:

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

2 - Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (PARECER CNE/CES nº 1210/2001).

No ano seguinte, a Câmara de Educação Superior do CNE promulga a Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Fisioterapia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País, e resolve:

O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-

funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação (RES.CNE/CES 4/2002).

As novas diretrizes curriculares ressaltam que a formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades. Os termos “competência” e “habilidades” estão presentes, tanto na formação como na execução, ou seja, na educação e no mundo do trabalho. Phillippe Perrenoud (2000) associa o termo competência à ação, e aptidão à análise, e afirma que:

[...] competência pode ser entendida como a capacidade de mobilizar e colocar em ação, de modo articulado, recursos cognitivos, socioafetivos e psicomotores, para enfrentar desafios, resolver problemas e construir novos conhecimentos. [...] a aptidão para enfrentar uma família de situações analógicas, mobilizando de uma forma correta, rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio (PERRENOUD, 2000, p.26).

Os recursos citados por Perrenoud (2000, p.26) são chamados de “saberes de experiência” e não são frutos da formação inicial nem da continuada, muitos deles são construídos ao longo da prática. De acordo Passos (2010, p.21), há uma interdependência entre os termos competência e habilidades:

As habilidades estão associadas ao saber fazer, ação física ou mental que indica a capacidade adquirida. Assim, identificar variáveis, compreender fenômenos, relacionar informações, analisar situações-problema, sintetizar, julgar, correlacionar e manipular são exemplos de habilidades. Já competência é um conjunto de habilidades harmonicamente desenvolvidas e que caracterizam, por exemplo, uma função/profissão específica: ser arquiteto, médico ou professor de química. As habilidades devem ser desenvolvidas na busca das competências.

O exercício de competências e habilidades destacadas pelas DCNs (2002) se refere à Atenção à Saúde, Tomada de Decisões, Comunicação, Liderança, Administração e Gerenciamento e Educação Permanente, a saber:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, levando em consideração que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou líderes na equipe de saúde;

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais. (RES.CNE/CES 4/2002, p. 1).

Dellors (2000) citado por Passos (2010, p.22) acredita que a educação deve englobar um conhecimento dinâmico do mundo, dos outros e de si mesma, combinando, de maneira flexível, quatro tipos de aprendizagens fundamentais, que ele chama de “Os Quatro Pilares da Educação”, a saber:

I - Aprender a conhecer – adquirir os instrumentos da compreensão e que supõem, antes de tudo, aprender de forma autônoma e independente, exercitando a atenção, a memória e o pensamento.

II - Aprender a fazer – agir sobre o meio envolvente que combina a qualificação técnica e profissional, o comportamento social, a aptidão para o trabalho em equipe, a capacidade de iniciativa e o gosto pelo risco. Qualidade como a capacidade de comunicar, de trabalhar com os outros, de gerir e de resolver conflitos tornam-se cada vez mais importantes. A aptidão para as relações interpessoais, cultivando qualidades humanas que as formações tradicionais não transmitem necessariamente e que correspondem à capacidade de estabelecer relações estáveis e eficazes entre as pessoas.

III - Aprender a viver juntos a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas. Aprendendo a viver com outros desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências – realizar projetos comuns e preparar-se para gerir conflitos – no respeito pelo pluralismo, da compreensão mútua e da paz.

IV - Aprender a ser é a via essencial que integra as três precedentes. Importante para o desenvolvimento da personalidade individual e da capacidade de autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal.

Para Morin (2003, p.36) o processo de conhecer não é mero reflexo das coisas ou do mundo externo, pois todas as percepções são, ao mesmo tempo, traduções e reconstruções cerebrais com base em estímulos ou sinais captados e codificados pelos sentidos. Ele afirma que “O conhecimento das informações ou dos dados isolados é insuficiente. É preciso situar as informações e os dados em um contexto para que adquiram sentidos”.

Morin (2004) entende que há inadequação cada vez mais agravada entre os saberes separados, fragmentados, compartimentados entre disciplinas e as realidades ou problemas da realidade global, complexa e multidimensional. Acrescenta o autor que o desenvolvimento disciplinar das ciências, apesar de trazerem as vantagens da divisão do trabalho, geraram a hiperespecialização, impedindo de ver o global, pois, espedaçando em

parcelas o saber, e fragmentando os problemas, inibem as possibilidades de reflexão e compreensão do todo.

Meyer; Costa e Gico (2006, p. 878) destacam que:

Um currículo transdisciplinar deve conter disciplinas e experiências práticas que busquem o conhecimento, habilidades e valores necessários ao trabalho em equipe de saúde. O currículo tradicional direciona seu foco para disciplinas específicas, sem a flexibilidade necessária a uma formação profissional direcionada à atenção comunitária.

Segundo D'Ambrósio (2005, p.7):

A transdisciplinaridade é um enfoque holístico ao conhecimento, baseado no reconhecimento da impossibilidade de se chegar ao conhecimento total e final e, portanto, permanentemente buscando novas explicações e novo conhecimento e, conseqüentemente, modificando comportamentos.

Um currículo voltado à assistência da doença, impossibilita o crescimento e o desenvolvimento de uma formação transdisciplinar do fisioterapeuta (MEYER; COSTA; GICO, 2006, p. 878).

Segundo Capra (1992):

[...] a atenção centrada na doença conduz a uma noção de saúde relativa apenas aos aspectos orgânicos em suas especificidades, impedindo uma visão holística e uma intervenção que considere a totalidade do ser humano, em sua realidade social e considerando suas condições emocionais, sociais e culturais, que são parte da construção da doença. A importância dada à revolução científica e sua influência na área da saúde têm favorecido uma atenção centrada na doença e não no indivíduo, valorizando os aspectos curativos e deixando de lado os aspectos preventivos (MEYER; COSTA, GICO, 2006, p. 878).

Outro fator de importância é a capacidade de trabalhar em equipe com qualidade e compreensão é essencial aos alunos dos cursos de graduação da área da saúde (MEYER; COSTA; GICO, 2006, p. 878).

Andrade et al (2006, p.213) pondera:

Reconhecemos, com as novas diretrizes, o avanço ocorrido na elaboração, estruturação e determinação de competências e

habilidades e na indicação de estudos interdisciplinares que envolvem as diferentes áreas, e o atrelamento da prática voltada para a realidade social de nossa população e dos preceitos que orientam a organização de nosso sistema de saúde.

E ainda:

É nessa área que vemos incluído o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos, bem como na inclusão de conhecimentos relativos às políticas de saúde, educação, trabalho e administração (ANDRADE et al, 2006, p.213).

Para Bispo (2009, p.665) as DCNs:

[...] configuram instrumento imprescindível para a garantia da qualidade do ensino, posto que estabelecem padrões mínimos nacionais e direcionam a formação de acordo com realidade epidemiológica e com os novos modelos de atenção à saúde.

2.3.2. Alteração na Carga Horária Mínima dos Cursos de Fisioterapia

Nota-se que até o início da década de 90, o currículo dos cursos de Fisioterapia contava com a carga horária mínima de 3.240 (três mil duzentas e quarenta) horas e duração de 4 anos, e caracterizava-se por excessiva rigidez curricular, mas na segunda metade da década de 90 estava presente uma orientação para flexibilização dos currículos dos cursos superiores de graduação. A justificativa dessa mudança ocorreu porque as IES teriam “[...] maior flexibilidade para comporem os currículos dos seus cursos, que seriam elaborados respeitando diretrizes gerais pertinentes” e porque permitiriam “às Instituições elaborar seus projetos pedagógicos considerando suas especificidades, características e regiões nas quais estão inseridas, perfil do corpo docente e discente, necessidades sociais, entre outras” (PARECER CNE/CES nº 231/2008).

Diante da necessidade de analisar criteriosamente a questão da duração dos cursos superiores, e de graduação de brasileiros, e em função

também da homologação pelo Ministério da Educação do “Tratado da Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa”, para implantar o Tratado, o governo brasileiro precisava fazer uma “[...] reflexão sobre os parâmetros utilizados na normatização da duração dos cursos superiores ofertados pelas IES no Brasil, como também a do modelo de acreditação e duração de cursos em processo de implantação em Portugal [...] (PARECER nº CNE-CES 108/2003, p. 1).

Em Portugal, como em outros países europeus, os currículos do ensino superior devem estar adequados à “Declaração de Bolonha”, de junho de 1999, o chamado Processo de Bolonha que busca “[...] um espaço europeu de ensino superior globalmente harmonizado”, tendo por objetivos gerais “[...] o aumento da competitividade do sistema europeu de ensino superior e a promoção da mobilidade e empregabilidade dos diplomados do ensino superior no espaço europeu”. No propósito de manter esse compromisso político, os Ministros de Educação Europeus reuniram-se em 2001, 2003 e 2005 e reafirmaram os objetivos gerais, entre eles, “[...] a necessidade de promover vínculos mais estreitos entre o “Espaço Europeu do Ensino Superior” e o “Espaço Europeu de Investigação”, de modo a fortalecer a capacidade investigadora da Europa, de forma a melhorar a qualidade e a atratividade do ensino superior europeu” adotando sistemas de ciclos que inclui o grau de licenciado, grau de mestre, doutorado e pós-doutorado (DECLARAÇÃO DE BOLOGNA, 1999).

Essas ações estratégicas comunitárias estão enquadradas na agenda política delineada pelos Chefes de Estado e de Governo da União Europeia tendo por objetivo fazer da Europa:

[...] a economia do conhecimento mais competitiva e mais dinâmica do mundo; capaz de um crescimento econômico duradouro acompanhado de uma melhoria quantitativa e qualitativa do emprego e de maior coesão social (DECLARAÇÃO DE BOLOGNA, 1999).

A União Europeia (UE) recomenda que os cursos de graduação tenham, em média, de 3 a 4 anos, com uma carga horária em torno de 4.680 horas e 6.240 horas; de 3 a 4 anos de curso que se dividem entre Bacharelado e Licenciatura. E, segundo a Lei de Bases do Sistema Educativo de Portugal (Lei n.º 49 de 30 de agosto de 2005) consagra entre outros objetivos “A transição

de um sistema de ensino baseado na ideia da transmissão de conhecimentos para um sistema baseado no desenvolvimento de competências” (PORTUGAL, 2005).

Em função do Tratado entre Brasil e Portugal ambos reconheceram que seus cursos de graduação devem ter, no mínimo, 3 anos de duração, e no contexto do acordo internacional do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) para o acesso do estudante ao mestrado e doutorado, os cursos de graduação devem contemplar um mínimo de 4 anos de duração.

O Brasil e a União Europeia sofrem problemas parecidos.

Embora não pareça à luz da primeira olhada, o continente que é o Brasil, desde o ponto de vista da institucionalização, poder, comando e influência das corporações, com seu inevitável suporte legal/Estatal, guarda semelhança com a União Europeia, que luta para compatibilizar, harmonizar, as distintas perspectivas de vários Estados, mercados, nações e culturas de modo a garantir a probabilidade de que todos os indivíduos possam competir em igualdade de condições, tanto no mercado do trabalho, quanto naquilo em que este guarda relação com o mundo universitário. O Brasil, embora país único, convive com o poder de mini-nações profissionais internas, que lhe emprestam complexidades enormes, compostas por corporações que detêm monopólios delegados pelo Estado, para acesso e controle de muitas práticas de trabalho (PARECER CNE-CES nº 108-2003).

Essa preocupação com a carga horária indicava a necessidade do CNE, de promover audiências com a sociedade, relevando a discussão e avaliação da duração e integralização dos cursos de bacharelado e que, ao final desse processo, aprovaria Parecer e Resolução dispondo sobre o assunto. Sendo assim, ocorreram nesse período várias audiências públicas, no intuito de ouvir a sociedade a respeito da duração dos cursos de graduação nas quais participaram diversas entidades de classe, entre elas a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO e o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, que sugeriu a carga horária mínima de 4.500h/a, integralizadas de 4 a 6 anos para o Curso de Fisioterapia, porém, o CNE votou pela carga horária mínima de 3.200 horas, muito aquém do que sugeriu o COFFITO, destacando que não se exceda 20% do total da

carga horária para os estágios e atividades complementares. (PARECER CNE/CES nº 329/2004).

Mais adiante, o CNE relata que – por meio de várias discussões durante as audiências públicas no próprio CNE, em reuniões no Conselho Nacional de Saúde e em outros Fóruns, além de manifestações de IES – entende a necessidade por correlacionar o aumento da carga horária de um curso com sua qualidade, porém, também se refere à importância de preparar o aluno numa perspectiva da educação continuada e visando um desempenho profissional de qualidade, pois este requer contínua formação, a fim de atender às demandas da sociedade, face às constantes mudanças políticas, tecnológicas, econômicas e sociais. Dessa forma, recomenda a carga horária mínima de 4.000 horas para os cursos de graduação em Fisioterapia, considerando:

1. As características e peculiaridades dos conhecimentos e habilidades necessários à formação do profissional fisioterapeuta, cujo perfil deve ser generalista, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, capacitado para promover a saúde integral do ser humano, conforme as Diretrizes Curriculares estabelecidas para o curso (RES. CNE/CES nº 4/2002).
2. A necessidade de inserir efetivamente o Fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde, superando a visão do profissional voltado apenas para a reabilitação.
3. A necessidade de atuação ampla na rede de atenção básica provocada pelo aumento das doenças crônico-degenerativas e traumáticas, cooperando por meio da utilização de meios terapêuticos físicos e de recursos tecnológicos complexos, na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos, na promoção e na educação em saúde.
4. A necessidade de desenvolver e promover medidas que possibilitem retardar os processos inerentes ao envelhecimento, garantindo a qualidade de vida da população idosa, que cresce de forma acentuada no País e no mundo.

Evidencia-se a preocupação com a atuação do fisioterapeuta na comunidade, pelas ações de promoção e prevenção à saúde, oportunizando ao aluno e futuro profissional, o reconhecimento das dificuldades socioeconômicas da população e a identificação e intervenção nas questões da saúde. Há uma intensa justificativa do ensino-aprendizagem voltado à participação e a contribuição social e comunitária dos estudantes de Fisioterapia.

Com a possibilidade de ampliação da carga horária dos cursos de graduação no país, além de satisfazer necessidades veementes da população, que será beneficiada com o prolongamento das ações de intervenção na comunidade, confere, ainda, um processo de identificação entre o aluno e a comunidade, facilitando uma troca entre o cuidador e o cidadão. Isto porque, ao mesmo tempo em que o aluno intervém, este aprende e promove benefício a quem está sendo cuidado, o cidadão.

Este processo de retroalimentação incentiva a permanência do aluno no curso de Fisioterapia, porque é possível entender que o aluno promove o exercício da cidadania e vivencia o dia a dia da população; não somente pela aplicação de métodos e técnicas fisioterapêuticas que promovem o bem estar físico e mental do paciente, mas principalmente como um agente autônomo e transformador socialmente.

O estabelecimento da carga horária mínima de 4.000 horas para os cursos de graduação em Fisioterapia atende à adoção do conceito de hora-aula, mensurada em horas (60 minutos) de efetivo trabalho discente e de atividades acadêmicas desenvolvidas em, no mínimo, 200 dias letivos, com limite mínimo de 5 (anos). Por se tratar de recomendação do CNE, inicialmente algumas IES mantêm 4 anos, no sentido de adequarem seus currículos, grade de horário, corpo de docentes e outros fatores de ordem administrativa e de infraestrutura.

Várias entidades representativas da área de saúde, entre elas a as entidades de Fisioterapia, foram contrárias ao CNE quanto à recomendação da carga horária mínima e ao tempo de integralização dos seus cursos. Isso provocou a entrada de recurso contra a decisão do CNE. No entanto, a Comissão de Educação Superior/CNE manteve a recomendação na íntegra, e em 2009 resolve que:

[...] a carga horária mínima de 4.000 horas para o curso de graduação em Fisioterapia, considerando as características e peculiaridades dos conhecimentos e habilidades necessários à formação do profissional fisioterapeuta, cujo perfil deve ser generalista, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, capacitado para promover a saúde integral do ser humano, conforme as Diretrizes Curriculares estabelecidas para o curso.

Essas discussões, reuniões e pareceres entre as entidades representativas da área da saúde e o CNE/CES permaneceram por mais de 10 anos até a promulgação da Resolução CNE/CES nº 4/2009, que dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação de Fisioterapia, Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial, e que, entre outros, resolve:

[...] Parágrafo único. Os estágios e as atividades complementares dos cursos de graduação referidos no caput não deverão exceder a 20% (vinte por cento) da carga horária total do curso, salvo nos casos de determinações específicas contidas nas respectivas Diretrizes Curriculares.

Art. 2º As Instituições de Educação Superior, para o atendimento ao art. 1º, deverão fixar os tempos mínimos e máximos de integralização curricular por curso, bem como sua duração [...]

[...] II - a duração dos cursos deve ser estabelecida por carga horária total curricular, contabilizada em horas (60 minutos), passando a constar do respectivo Projeto Pedagógico [...]

[...] Carga horária mínima dos cursos de graduação considerados da área de saúde, bacharelados, na modalidade presencial. Curso - Carga Horária Mínima. Fisioterapia - 4.000 horas. (RES. CNE/CES nº 4/2009).

Fazendo uma análise atual, a respeito da ampliação da carga horária dos cursos de Fisioterapia, observa-se que a mesma contraria os anseios econômicos das IES privadas, que se preocupam mais com a evasão de alunos dos cursos, em função da ampliação da carga horária e também do limite mínimo para integralização de 5 (cinco) anos. Por outro lado, essa ampliação atende a uma antiga solicitação das entidades de classe que lutam por uma melhoria na qualidade de ensino nos cursos de Fisioterapia, assim como também em outros cursos da área de saúde no Brasil.

O problema da evasão dos alunos do ensino superior afeta as IES em todo o mundo. No setor público é o investimento de recursos públicos sem retorno e no setor privado a perda de receitas, tornando-se uma “fonte de ociosidade de professores, funcionários, equipamentos e espaço físico” (SILVA FILHO, 2007, p. 642).

Nesse contexto, as IES brasileiras investem cerca de 2% a 6% de suas receitas em marketing para atrair novos alunos, mais do que para manter os alunos matriculados, o que com a implantação de um programa institucional, por meio de ações planejadas, o acompanhamento dos resultados e da coleta de experiências bem sucedidas poderia minimizar os efeitos da evasão escolar (SILVA FILHO, 2007, p. 642).

Castanho e Castanho (2000, p. 185) entendem que a grande contribuição da ampliação da carga horária é que esta viabiliza a construção de um Projeto Político-Pedagógico “voltado para o desenvolvimento de um projeto histórico de transformação da ordem social”. Uma vez que a palavra “projeto” que vem do latim *projectu*, particípio passado do verbo *projicere*, que significa “lançar para diante”, ou “dirigir-se para futuro”, “lançar-se na direção do possível”. Desse modo, se pode entender que essa visão prévia de futuro orienta e conduz a ação presente numa dimensão utópica que traz “um possível a se transformar em real, uma ideia a transformar-se em ato”.

Nessa perspectiva os autores afirmam:

Essa perspectiva reforça o caráter político da educação e valoriza o papel da universidade e do projeto político-pedagógico voltado para o desenvolvimento de um projeto histórico de transformação da ordem social (CASTANHO; CASTANHO, 2000, p. 185).

Por ser o projeto, uma construção coletiva, envolve a participação de vários atores como, professores, pesquisadores e alunos, sendo que a participação de cada um é um elemento político de ação, que garante a execução e continuidade das ações. Sem esse forte protagonismo dos atores, o Projeto Político-Pedagógico não tem como existir. Assim, diante da importância da participação na construção do Projeto Político-Pedagógico, Castanho e Castanho (2000) afirmam que:

A falta de clareza acerca do projeto político-pedagógico reduz qualquer curso a uma grade curricular fragmentada, uma vez que até mesmo as ementas e as bibliografias perdem a sua razão de ser. Assim, o que dá clareza ao projeto político-pedagógico é sua *intencionalidade*. O projeto é uma totalidade articulada decorrente da reflexão e do posicionamento a respeito da sociedade, da educação e do homem. É uma

proposta de ação político-educacional e não um artefato técnico (CASTANHO; CASTANHO, 2000, p. 186).

Compreende-se aqui, que a ampliação da carga horária mínima para 4.000 horas e a integralização em, no mínimo 5 anos, dos cursos de graduação em Fisioterapia oferecem tempo e espaço adequado para o Projeto Político-Pedagógico como instrumento de ação política. Castanho e Castanho (2000, p.187) afirmam que: “garantir uma formação global e crítica dos alunos a fim de capacitá-los para o exercício da cidadania, formação profissional e desenvolvimento pessoal dentro de uma nova visão de mundo com base na ciência e na educação”.

2.3.3. A Qualificação dos Cursos de Fisioterapia

No Brasil, em 2003, somavam-se 296 cursos de Fisioterapia. Destes, 261 cursos privados e 35 públicos (9 federais, 15 estaduais e 11 municipais), com um total de 12.443 concluintes em 2002. Em relação a 1998, demonstra um crescimento de cursos privados de aproximadamente 257%, enquanto os cursos públicos cresceram aproximadamente 145%, demonstrando o grande incentivo do governo na criação de novos cursos privados. Quanto ao número de concluintes do curso, houve um crescimento de 403%, em relação a 1997.

Em termos de distribuição geográfica dos cursos de Fisioterapia, no período entre 1998 e 2003, a Região Sudeste é a que apresentou a maior concentração de cursos do Brasil, seguido das regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte.

O Gráfico 1 mostra a relação de número de cursos e distribuição geográfica dos cursos de Fisioterapia no Brasil:

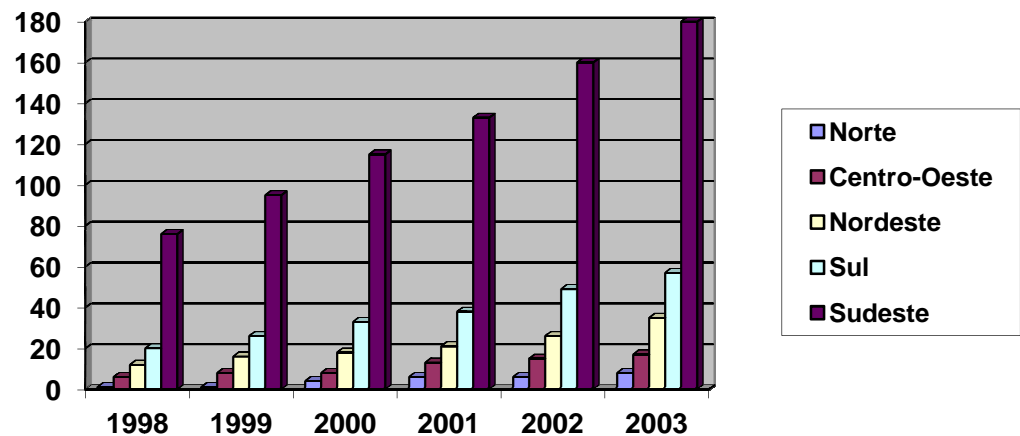


Gráfico 1 – Distribuição Geográfica do Número de Cursos de Fisioterapia no Brasil

Fonte: INEP (2010)

Esse alto índice de expansão de cursos de Fisioterapia no Brasil traz à tona uma série de discussões em torno de vários problemas identificados na situação do ensino em Fisioterapia, entre eles: - o Processo de Avaliação dos Cursos em Fisioterapia; - a Capacitação e Condições de Trabalho dos Docentes; - a Formação Profissional Frente às Demandas Sociais; - a Estrutura e Organização Curricular, bem como a Metodologia de Ensino. Essas questões foram discutidas na cidade de Pedra Azul, próxima à cidade de Vitória-ES, durante o “Congresso Brasileiro de Ensino em Fisioterapia”, no período de 24 a 27 de abril de 2003, com a participação de docentes, fisioterapeutas e estudantes de Fisioterapia. Como resultado do evento elaborou-se um documento conhecido por “Carta de Vitória”, em consonância com as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, para servir de referência na busca da excelência na formação profissional em Fisioterapia (CARTA DE VITÓRIA, 2003).

A “Carta de Vitória” identifica alguns problemas: - Quanto ao Processo de Avaliação dos Cursos em Fisioterapia; - a Capacitação e Condições de Trabalho dos Docentes; - a Formação Profissional Frente às Demandas Sociais; - a Estrutura e Organização Curricular; - a Metodologia de Ensino e o Desconhecimento da filosofia dos Cursos de Graduação de Fisioterapia e da IES. A partir das análises situacionais quanto à implementação das diretrizes curriculares, da avaliação dos cursos de graduação e da capacitação docente,

os participantes do Congresso, no intuito de referenciar e promover uma melhoria na formação do acadêmico em Fisioterapia, em meio a outras questões importantes, delibera que:

[...] Os currículos devem passar por uma adequação às necessidades regionais. Devem contemplar experiências práticas desde os períodos iniciais do curso de forma a preparar o aluno para o estágio curricular, oportunizando a atuação fisioterapêutica em atenção primária, secundária e terciária, de forma equilibrada (CARTA DE VITÓRIA, 2003).

Entende-se que uma metodologia de ensino que desvincule a teoria da prática desmotiva o aluno e dificulta o processo de ensino–aprendizagem (DA ROS; SILVA, 2007, p. 1677).

Segundo os mesmos autores e à mesma página: “[...] Os currículos devem promover práticas comunitárias no Sistema Único de Saúde, garantindo ao fisioterapeuta uma atuação resolutiva e direta na atenção básica em saúde”.

A formação, portanto, deve aproximar-se do paradigma da promoção da saúde e do campo da saúde coletiva, alargando as possibilidades de atuação, direcionadas, prioritariamente, para os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença (DA ROS; SILVA, 2007, p. 666), ou seja, de acordo com os autores deve “[...] Incorporar os princípios e diretrizes do SUS no processo de formação profissional, através da reorientação do modelo de assistência em saúde”.

Para uma atuação capaz de transformar as necessidades coletivas, a Fisioterapia precisa redimensionar seu objeto de intervenção, que deve aproximar-se do campo da promoção da saúde e do movimento da saúde coletiva, sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação. Esse redimensionamento do objeto de intervenção e da práxis profissional conduz a mudanças mais profundas, de natureza epistemológica, na concepção e atuação do fisioterapeuta (BISPO, 2009, p. 662).

Um dos sentidos atribuídos ao princípio da Integralidade na construção do SUS se refere ao cuidado de pessoas, grupos e coletividades, percebendo-os como sujeitos históricos, sociais e políticos, articulados aos seus contextos familiares, ao meio ambiente e à sociedade na qual se inserem (NIETSCHE, 2000 apud PORTAL DA SAÚDE, 2006), como segue:

4) Estágio curricular obrigatório em todas as áreas de atuação nas clínicas-escola com autonomia nos atendimentos, sem a obrigatoriedade de encaminhamento, garantindo o acesso direto do cliente à atenção fisioterapêutica.

Este acesso à saúde é previsto no Artigo nº 196, da Constituição Federal de 1988, que garante que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988, ART. 196).

E, também, que o SUS tem por princípio a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”, entre outros. Portanto, a desobrigatoriedade de encaminhamento ou solicitação médica para a realização da Fisioterapia, respeita, não somente a Constituição, como promove os princípios do SUS, como segue:

5) Garantir a transversalidade dos conteúdos de Fisioterapia Preventiva e Ética ao longo de todo o curso de graduação.

Segundo Pereira e Santos Filho (2000), em geral, as IES ainda enfatizam uma visão de mundo atomista (individualista), fragmentada, voltado a um currículo reducionista, no qual o aluno é o “espectador na arena da aprendizagem” e ponderam que:

A finalidade última dos temas transversais é que os alunos possam desenvolver a capacidade de posicionar-se perante as questões que interferem na vida coletiva, superar a indiferença e intervir de forma responsável (PEREIRA; SANTOS FILHO, 2000, p. 223).

A transversalidade dos conteúdos de Fisioterapia Preventiva e Ética, durante a graduação atende à Política de Promoção da Saúde, segundo as recomendações contidas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PORTAL DA SAÚDE (2006) que deve ser: transversal, integrada e intersetorial, favorecendo o diálogo entre o setor sanitário, os outros setores do governo e a sociedade, e articulando redes de compromisso e corresponsabilidade (PORTAL DA SAÚDE, 2006). A construção do sujeito ético

não se faz apenas pelo acesso ao conhecimento, mas sim ao criar possibilidades para a construção e produção de conhecimentos, entendendo a ética, não por uma questão acadêmica ou política, mas porque a ética é prioridade para a convivência social (SANTOS, 2008, p. 24), como mostra o sexto princípio:

6) A carga horária mínima de duração dos cursos de Graduação em Fisioterapia deverá ser de 4.500 horas.

Essa era a proposta inicial de carga horária mínima sugerida pelas entidades representativas de classe da Fisioterapia, porém, não foi aceita pelo CNE/CES, e sim 4.000 horas. No entanto, essa é ainda uma reivindicação das entidades com o CNE.

7) A IES deverá garantir o mais precocemente possível ao aluno sua representação efetiva através das entidades de base estudantis nas decisões institucionais.

Segundo Meyer; Costa e Gico (2006), a estrutura, a metodologia de ensino e a organização curricular dos cursos de Fisioterapia ainda não se baseiam nas demandas sociais e nas políticas públicas de saúde, e existe pouco envolvimento dos discentes e docentes com políticas institucionais e governamentais (BISPO, 2009, p. 664).

Como exemplo de lutas anteriores na história da Fisioterapia, as conquistas no ensino e na profissão somente foram possíveis com o comprometimento dos docentes, discentes, profissionais e entidades da classe. Quando há envolvimento destes nas políticas institucionais e governamentais os resultados são promissores, em prol do ensino e da profissão na Fisioterapia, porém, quando o envolvimento tem um caráter sociocomunitário, imbuído de cidadania e respeito à população, este suplanta qualquer interesse individual classista e caminha no sentido da articulação política, voltada ao bem comum de todos.

Neste contexto, em junho de 2005, a partir da “Carta Acordo de Cooperação Técnica” entre a Organização Pan Americana da Saúde e o Ministério da Saúde/Departamento de Educação e Gestão em Saúde (OPAS/DEGES/MS), a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia

(ABENFISIO) desenvolveu um Projeto de Cooperação Técnica OPAS/DEGES/MS-ABENFISIO e realizou oficinas e encontros em todo o Brasil, com a participação de docentes, discentes e profissionais da Fisioterapia para implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Fisioterapia. O projeto teve como objetivos gerais

Contribuir para a mudança do enfoque da formação do fisioterapeuta, criando oportunidades que favoreçam a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Fisioterapia em todo o país; Atuar como entidade coadjuvante na implementação do SUS (ABENFISIO, 2007, p. 5).

E como objetivos específicos:

- Estimular a formação das seções estaduais/regionais da ABENFISIO.
- Propiciar oportunidades de reflexão para os docentes, discentes e fisioterapeutas sobre a educação em Fisioterapia, conscientizando-os sobre a importância da consolidação do SUS.
- Proporcionar a troca de experiências e a ampliação dos debates sobre ensino-aprendizagem e prática educacional, sensibilizando os docentes e discentes sobre a importância da reformulação das práticas pedagógicas vigentes, por aquelas que valorizem o saber do estudante, estabelecendo uma participação ativa, reflexiva e crítica, e incentivando-os a transformar a sua realidade.
- Reforçar a importância da Educação Permanente como forma de desenvolvimento de potencialidades, buscando novas percepções sobre a profissão (ABENFISIO, 2007, p. 5).

Temas como descentralização das ações e autonomia de gestão, no âmbito do SUS, são os principais aspectos trabalhados nos encontros promovidos pela ABENFISIO. Esta entende que o engajamento e a discussão coletiva entre IES, serviço, comunidade e órgãos representativos são importantes para a implementação das DCN e valorização profissional (ABENFISIO, 2007, p. 5).

Segundo Almeida e Guimarães (2009),

A resposta dos Ministérios da Educação e da Saúde para mudar a formação dos profissionais da saúde está nas novas diretrizes curriculares, construídas a partir da necessidade de

pensar a formação dos profissionais como uma estratégia importante para o fortalecimento do SUS. Portanto, cabe às instituições formadoras, aos docentes, aos alunos e aos profissionais fisioterapeutas observar o quanto suas práticas têm se direcionado para uma atuação centrada na promoção da saúde, na prevenção, que valorize mais as condições sociais e humanas na manifestação dos desequilíbrios orgânicos, uma atenção à saúde centrada no sujeito e de forma integral (ALMEIDA; GUIMARÃES, 2009, p. 86).

Essa constante discussão em torno das diretrizes curriculares dos cursos de graduação de Fisioterapia contribui para aprimorar a estrutura do conteúdo disciplinar, por meio de se fazer ouvir as partes interessadas e comprometidas com a formação dos discentes em Fisioterapia. Representa um processo democrático que se articula na figura do objeto a ser estudado, o Projeto Político Pedagógico, com a participação dos discentes, docentes, profissionais, entidades de classe, representantes das IES e órgãos públicos da educação e saúde, no intuito de promover um ensino de qualidade, e sempre atualizado com as perspectivas técnico-científicas da Fisioterapia, bem como socioeconômicas da população no país.

2.3.4. Distribuição da Oferta de Cursos; Vagas e Matrículas para Ingressantes e Concluintes dos Cursos de Fisioterapia

As décadas de 1990 e 2000 foram marcadas pela forte expansão das IES privadas, influenciadas pela política econômica e educacional do período, como descrito anteriormente. Em 2009, cerca de 70% do sistema de ensino superior no Brasil era predominantemente privado. O mesmo ocorreu na Fisioterapia, na qual aproximadamente 88% dos cursos foram oferecidos por IES privadas. No geral 92% das matrículas no sistema de ensino superior no Brasil estavam concentradas nas IES privadas, enquanto que nas públicas chegavam a 8% em 2009, predominando a expansão do ensino privado em detrimento ao público.

No Quadro 1 observa-se que, enquanto o crescimento no número de matrículas no período de 1991 a 2009 foi altíssimo, a taxa de ocupação de vagas nos cursos de Fisioterapia foi de 33,8%, sendo inferior à média geral de 50,2% no país para cursos da área da saúde.

Por outro lado, o número de cursos de Fisioterapia nesse período cresceu 991%, muito superior à média geral (558%) dos cursos da saúde.

Quanto aos alunos concluintes do curso de Fisioterapia em 1995 contava-se com 2.422 chegando a 17.699 em 2009, um aumento de aproximadamente 730% (INEP, 2010).

Nº de cursos		Vagas		Ingressos		Concluintes		Vagas Ocupadas
1991	2009	1991	2009	1991	2009	1995	2009	2009
48	491	3.250	73.010	3.121	24.708	2.422	17.699	33,80%

Quadro 1 – Distribuição da evolução da oferta de cursos de Fisioterapia, vagas e ingressantes em 1991 e 2009, concluintes em 1995 e 2009 e taxa de vagas ocupadas.

Fonte: MEC/INEP/Diretoria de Estatísticas Educacionais. Brasil (2010).

Um dado interessante é que a grande maioria dos concluintes dos cursos na área da saúde no Brasil é, predominantemente, do sexo feminino, enquanto na Fisioterapia é de aproximadamente 80% (INEP, 2010).

Em Campinas, 4 IES oferecem, uma média, de 300 vagas todo ano para o curso de graduação em Fisioterapia, apesar de não haver critérios que estabeleçam o número de vagas, como a própria LDB 9394/96 garante, mas avaliações ocorrem semestralmente para o ingresso nos cursos de Fisioterapia como em outros.

Apesar do número crescente de estudantes matriculados no ensino superior, a evasão estudantil é um aspecto preocupante, pois afeta tanto IES privadas como públicas, acarretando perdas de receitas para IES privadas e investimento de recursos públicos sem o devido retorno, o que ocasiona desperdícios sociais, acadêmicos e econômicos. Cerca de 2% a 6% das receitas das instituições são investidas em marketing para atrair novos alunos, mais do que é investido em um “programa institucional de combate à evasão” (SILVA FILHO, 2007, p. 642).

CAPÍTULO 3 – O FISIOTERAPEUTA E A PROFISSÃO

Neste capítulo, num primeiro momento, aborda-se o profissional fisioterapeuta, sua definição, áreas de atuação e atribuições no intuito de estabelecer um diálogo inicial acerca do profissional e sua profissão. Em primeiro lugar, aborda-se a questão de suas responsabilidades nas áreas de atuação e os preceitos éticos que regem a profissão. Em segundo lugar, a concentração de profissionais no país é analisada sob o prisma da desregulação na oferta de cursos no país. Em terceiro lugar, analisa-se a situação, a colocação profissional do fisioterapeuta e a remuneração na cidade de Campinas, porém, sob um olhar de sua relação com o restante do país. Em quarto lugar, analisa-se a atuação e participação social do fisioterapeuta em Campinas, sua relação com a profissão e a comunidade. E, por último, se faz uma breve análise sobre o caráter associativo do profissional, quanto ao seu envolvimento em ações e propostas das associações representativas da classe.

3.1. Definição de Fisioterapeuta, Áreas de Atuação e Atribuições.

A Fisioterapia é uma ciência aplicada, que tem por objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades (CREFITO-3), e tem como sujeito o fisioterapeuta, amparado legalmente, que irá estudar, diagnosticar e tratar as mais diversas formas de disfunções que acometem o movimento humano.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) define o fisioterapeuta como:

O Profissional de Saúde, com formação acadêmica superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os fisioterapeutas:

[...] avaliam, planejam e implementam programas de reabilitação que melhoram ou restauram funções motoras humanas, maximizam habilidades de movimentos, aliviam síndromes dolorosas, e tratam ou previnem alterações físicas associadas a lesões, doenças e outras problemas. Aplicam uma ampla gama de terapias físicas e técnicas como movimento, ultrassom, calor, laser e outras técnicas. Podem desenvolver e implementar programas para controle e prevenção de doenças físicas comuns e distúrbios.

Como áreas de abrangência da atuação do fisioterapeuta distinguem-se: - a Fisioterapia Clínica, em locais como Hospitais, Clínicas, Ambulatórios, Consultórios e Centros de Reabilitação; - a Saúde Coletiva, em Programas Institucionais, Ações Básicas de Saúde e Fisioterapia do Trabalho, Vigilância Sanitária; - em Educação, na Docência (níveis médio e superior), Extensão, Pesquisa, Supervisão (técnica e administrativa), Direção e Coordenação de Cursos; - e atuação em outras áreas como na Indústria de equipamentos de uso fisioterapêutico, Esporte e Acupuntura. Para exercer sua profissão o fisioterapeuta necessita do registro profissional previsto na Lei nº 6.316/75, por meio da obtenção de diploma do curso superior em Fisioterapia, reconhecido pelo MEC e inscrição no órgão fiscalizador da classe, o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) respectivo de sua região. No Estado de São Paulo é o CREFITO – 3ª Região.

Em cada área de atuação o fisioterapeuta possui atribuições específicas (CREFITO-3) que definem sua práxis e responsabilidades de caráter autônomo e coletivo. Sua práxis está voltada a definir, planejar, organizar, supervisionar, prescrever, tratar e avaliar as atividades da assistência fisioterapêutica aos pacientes, sua eficácia, resolutividade e condições de alta. As responsabilidades são provindas de suas ações profissionais e celebradas no Código de Ética Profissional.

Historicamente, a atuação do fisioterapeuta sempre se destacou na assistência em nível de atenção terciária, ou seja, voltada para o processo da reabilitação de indivíduos com sequelas decorrentes de doenças que adquiriram durante a vida. Esse modelo reabilitador influenciou, sobremaneira, a formação acadêmica do estudante de Fisioterapia, voltando-se muito mais

para as questões individuais do que para o coletivo, trazendo um distanciamento da realidade social e desconhecimento da saúde da população. Como exemplo dessa atuação, no questionário do Censo/2008 aplicado pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo, dos 15.070 fisioterapeutas entrevistados, 57,3% atendem casos na área de Reumatologia, em especial idosos, enquanto que 2,2% se dedicam à área de Saúde Pública (CREFITO-3). No entanto, sabe-se que o fisioterapeuta inserido na atenção primária pode ser de grande valia para ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde, contribuindo para a melhora da qualidade de vida da comunidade em que atua (DA ROS e SILVA, 2007, p. 1674).

Com a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, as IES do país promoveram mudanças na organização curricular dos cursos, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, reforçando a articulação entre a Educação Superior e a Saúde e enfatizando o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, a Saúde Coletiva é uma área que merece uma atenção especial do fisioterapeuta, por destacar como atribuição principal a educação, prevenção e assistência fisioterapêutica coletiva, na atenção primária em saúde. O fisioterapeuta nesta área tem atribuições específicas em programas institucionais, ações básicas de saúde, Fisioterapia do trabalho e vigilância sanitária (CREFITO-3), e tem a sua atuação reforçada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (2002), como segue:

[...] III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V - contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;

VIII - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social.

Suas atribuições, especialmente em Saúde Coletiva, têm seu lugar de crescimento na equipe de saúde quando da participação em órgãos colegiados de controle social como Conselhos Local, Municipal, Estadual e Nacional de Saúde que são legítimos representantes do SUS, pelo qual políticas públicas de saúde de interesse da população são permeadas e integradas na comunidade. Esta integração permite ao fisioterapeuta uma atuação mais próxima do contexto social da população como agente transformador e facilitador da saúde. Outro aspecto importante é a sua participação nas câmaras técnicas de padronização de procedimentos em saúde coletiva, por onde a contribuição técnico-científica de cada profissional da equipe é essencial quanto ao planejamento, implementação, controle e execução de projetos e programas de ações básicas de saúde (CREFITO-3). Assim, justifica-se que:

A formação do fisioterapeuta deve estar voltada para a saúde da população, comprometendo-se com o indivíduo e sua família, considerando a realidade social (GALVAN e TRELHA, 2000 apud MACIEL et al, 2005, p. 16).

3.2. Das Responsabilidades e Ética na Profissão

As responsabilidades do fisioterapeuta estão definidas no Código de Ética Profissional da Fisioterapia que estabelece as responsabilidades fundamentais para o exercício da profissão:

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

Art. 2º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional zelam pela provisão e manutenção de adequada assistência ao cliente.

Art. 3º. A responsabilidade do fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional por erro cometido em sua atuação profissional, não é diminuída, mesmo quando cometido o erro na coletividade de uma instituição ou de uma equipe.

Art. 4º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional avaliam sua competência e somente aceitam atribuição ou assumem encargo, quando capazes de desempenho seguro para o cliente.

Art. 5º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional atualizam e aperfeiçoam seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais em benefício do cliente e do desenvolvimento de suas profissões.

Art. 6º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional são responsáveis pelo desempenho técnico do pessoal sob sua direção, coordenação, supervisão e orientação.

Para a atuação é necessário que o profissional tenha formação universitária em curso de graduação em Fisioterapia reconhecido pelo MEC e possua identificação profissional de registro no CREFITO-3. Este deve portar sua identificação profissional na possibilidade de fiscalização do exercício profissional em Fisioterapia por parte do CREFITO-3, ou com fins de comprovação de habilitação profissional.

Seus atos privativos, quando do atendimento fisioterapêutico, estão constituídos no Art. 3º da Resolução COFFITO nº 8/78 discriminados a seguir:

Art. 3º. Constituem atos privativos do fisioterapeuta prescrever, administrar e supervisionar terapia física, que objetive preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano, por meio de:

I - ação, isolada ou concomitante, de agente termoterápico ou crioterápico, hidroterápico, aeroterápico, fototerápico, eletroterápico ou sonioterápico, determinando:

- a) o objetivo da terapia e a programação para atingi-lo;
- b) a fonte geradora do agente terapêutico, com a indicação de particularidades na utilização da mesma, quando for o caso;
- c) a região do corpo do cliente a ser submetida à ação do agente terapêutico;
- d) a dosagem da frequência do número de sessões terapêuticas, com a indicação do período de tempo de duração de cada uma;
- e) a técnica a ser utilizada;

II - utilização, com o emprego ou não de aparelho, de exercício respiratório, cardiorrespiratório, cardiovascular, de educação ou reeducação neuromuscular, de regeneração muscular, de relaxamento muscular, de locomoção, de regeneração osteo-articular, de correção de vício postural, de adaptação ao uso de

órtese ou prótese e de adaptação dos meios e materiais disponíveis, pessoais ou ambientais, para o desempenho físico do cliente, determinando:

- a) o objetivo da terapia e a programação para atingi-lo;
- b) o segmento do corpo do cliente a ser submetido ao exercício;
- c) a modalidade do exercício a ser aplicado e a respectiva intensidade;
- d) a técnica de massoterapia a ser aplicada, quando for o caso;
- e) a orientação ao cliente para a execução da terapia em sua residência, quando for o caso;
- f) a dosagem da frequência e do número de sessões terapêuticas, com a indicação do período de tempo de duração de cada uma.

Caso o fisioterapeuta venha a abrir uma empresa que presta assistência fisioterapêutica ou que está ligada à produção de equipamentos de utilização em Fisioterapia, este deve registrá-la no CREFITO-3 e assumir a responsabilidade técnica da empresa conforme configurado no parágrafo único do Art. 12 da Lei nº 6.316/75:

Parágrafo único. É obrigatório o registro nos Conselhos Regionais das empresas cujas finalidades estejam ligadas à Fisioterapia ou terapia ocupacional, na forma estabelecida em Regulamento.

A observância da conduta ética profissional do fisioterapeuta está contida no Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional regulamentado na Resolução COFFITO nº 10/78, que exprime os deveres do fisioterapeuta, proibições ao fisioterapeuta, zelo pela assistência ao paciente, postura perante os colegas e demais membros da equipe de saúde, participação perante as entidades de classe, honorários profissionais e outros. Machado et al (2007) dialogam sobre o modelo atual de concepção de saúde marcado pela desumanização.

Nos dias atuais, o acelerado processo técnico e científico passou a ocupar posição de destaque na área de saúde. Entretanto, em outras épocas, tal destaque era dado à dignidade humana, ao ser que abrigava a doença e não à doença que o ser apresentava. Esta concepção atual de enxergar a doença e não ao ser humano criou um novo modelo de relacionamento entre profissional de saúde e paciente, modelo este marcado pela desumanização. [...] Outro aspecto que deve ser considerado nesta atual concepção de saúde é a

desvalorização do profissional, seja mediante condições desfavoráveis à prática de sua atividade e até mesmo pelo desrespeito entre os próprios profissionais. O clima desfavorável pode promover a insatisfação no trabalho e a assistência fragmentada. Neste contexto, a ética se faz prioritária na busca pela humanização na área de saúde. Para mudar este cenário, faz-se necessário refletir sobre valores, deveres e direitos, e repensar as relações humanas no campo profissional. Perceber o outro é questão que envolve atitude profundamente humana. Atitudes e comportamentos profissionais necessitam ser revistos à luz da ética, pois não há como falar em humanização em saúde se os próprios profissionais enfrentam condições desumanas (MACHADO et al, 2007, p.104).

Essa preocupação com a ética atinge os dois setores da saúde, o público e o privado. De um lado, o governo federal institui a Comissão de Ética do Ministério da Saúde através da Portaria nº 2.524 em 19 de outubro de 2006, atendendo ao Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, que determina que a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa deve:

Estabelecer mecanismos para a gestão da ética, com enfoque na conformidade de conduta como instrumento de sustentabilidade e melhoria da gestão pública do SUS, bem como acompanhar sua implementação no âmbito do Ministério da Saúde.

Um dos objetivos da Comissão é “contribuir para a promoção da ética democrática e pública por meio de ações preventivas, visando a conscientização de todos sobre os desvios de conduta ética que devam ser evitadas”. Por outro lado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mantém em sua estrutura uma Comissão Ética (CEANS) no intuito de “Atuar como instância consultiva de dirigentes e agentes públicos da ANS; aplicar o Código de Ética da ANS e o Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal” (ANS).

3.3. Concentração de Fisioterapeutas no Brasil por Área de Atuação

Segundo estimativa realizada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em 01/02/2011 o Brasil contava com 141.747 fisioterapeutas distribuídos em 12 áreas de jurisdição, ou seja, 12 Conselhos Regionais (CREFITO). Cada Regional concentra a seguinte a porcentagem: CREFITO-01 (Pernambuco, Pará, Rio Grande do Norte e Alagoas): 4,91%; CREFITO-02 (Rio de Janeiro - Espírito Santo): 16,78%; CREFITO-03 (SP): 30,11%; CREFITO-04 (MG): 12,82%; CREFITO-05 (RS): 5,94%; CREFITO-06 (CE/PI): 3,56%; CREFITO-07 (BA/SE): 4,92%; CREFITO-08 (PR): 5,76%; CREFITO-09 (MT/MS/RO): 2,72%; CREFITO-10 (SC): 3,77%; CREFITO-11 (DF/GO): 4,84% e CREFITO-12 (PA/MA/AM/TO/RR/AP): 3,87%. Nesse período, o CREFITO-3, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo, é o que concentra o maior número de fisioterapeutas, com aproximadamente 42.680 profissionais, e já em 10/06/11 com 51.122 profissionais (CREFITO-3).

Essa maciça concentração de profissionais no Estado de São Paulo justifica-se pelo grande número de IES que ofertam os cursos de graduação em Fisioterapia. No Brasil, de acordo com o COFFITO, em 2009 havia 491 cursos, e segundo dados do CREFITO-3/SITE, destes, 26% ou 129 cursos de graduação em Fisioterapia localizam-se no Estado de São Paulo. Essa situação já foi abordada anteriormente no Capítulo 2, em que se descreve que o governo federal, a partir de 1995, incentivou a criação de novos cursos, delegando às IES a determinação do número de vagas ofertadas, porém, sem o controle de seus órgãos representativos, como Conselhos, Associações e Sindicatos que poderiam aferir e controlar a produção de novos profissionais e o modo como vão atuar (TOMMASO; SILVA; POLONIATO, 2007, p. 70).

No entanto, as IES devem orientar-se pelas Diretrizes Curriculares de 2002, que promoveram mudanças nos seus cursos de graduação em Fisioterapia, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação

da saúde, reforçando a articulação entre a Educação Superior e a Saúde e enfatizando o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.4. Colocação Profissional e Remuneração do Fisioterapeuta em Campinas

Atualmente, a cidade de Campinas (SP), com aproximadamente 1 milhão de habitantes (dados IBGE), reúne 1.966 fisioterapeutas (CREFITO-3) e conta com 4 IES que oferecem o curso de Graduação em Fisioterapia. Por ser uma das maiores cidades do Brasil, esta oferece vários locais para a atuação do fisioterapeuta nas mais diversas especialidades, como a Fisioterapia musculoesquelética, Fisioterapia neurofuncional, Fisioterapia dermatofuncional, Fisioterapia cardiopulmonar, Fisioterapia oncofuncional, Fisioterapia do trabalho, Fisioterapia esportiva, Fisioterapia em geriatria e gerontologia, Fisioterapia na saúde da mulher, Fisioterapia na saúde coletiva, e outras.

Como em todo o país, o atendimento fisioterapêutico em Campinas abrange o setor privado e o setor público, e ambos demandam de profissionais para atendimento à população. No setor privado é onde se concentra o maior número de profissionais, distribuídos em atendimento domiciliar, hospitalar, clínico, em empresas, clubes, *spas*, IES, clínicas de estética, clínica de repouso, lojas de equipamentos fisioterapêuticos, loja ortopédica, academias, etc. Segundo o CENSO/CREFITO-3/2008, de 13.712 profissionais

Os planos de saúde, conforme dados da ANS, atingem 24% da população brasileira, sendo o principal espaço de colocação profissional do fisioterapeuta. A população utiliza dos serviços da Fisioterapia, por meio dos planos de saúde particular, plano de saúde empresarial, reembolso da empresa ou seguradora, atendimento particular e por meio de cooperativa de fisioterapeutas. Nos planos de saúde, seguro e reembolso, a remuneração do fisioterapeuta fica sujeita a valores preestabelecidos por outros órgãos que não àqueles da profissão, semelhante ao que ocorre no controle de vagas dos cursos de Fisioterapia, e assim perde o controle profissional sobre sua colocação profissional.

No caso da Fisioterapia e da maioria das profissões da área da saúde, e diferentemente da medicina, cuja regulação é feita por seus pares, o exercício profissional e sua autonomia dependem quase sempre da boa vontade dos empregadores. A flexibilidade e a liberdade que podem ter em seus empregos são função mais de políticas de pessoal do que da autonomia garantida por uma regulamentação fortemente implantada e aceita (TOMMASO; SILVA; POLONIATO, 2007, p. 71).

Atualmente, é o setor privado que abriga grande parte dos fisioterapeutas em Campinas e no restante do Brasil, atuando em clínicas, consultórios, hospitais, em domicílios, etc. Segundo CENSO (2008) aplicado pelo CREFITO-3 estima-se que no Estado de São Paulo 60% dos profissionais entrevistados sejam autônomos.

[...] dentre as diversas noções de profissão, expertise, o credencialismo e a autonomia são dimensões, que em maior ou menor grau, estão relacionadas com todas elas. Estas dimensões estão, por sua vez, relacionadas ao controle sobre a alocação de tarefas, isto é, o poder de planejar, alocar e coordenar as tarefas em torno dos serviços profissionais e sobre a determinação de quem pode realizá-las conforme suas próprias metas políticas e de suas necessidades administrativas (TOMMASO; SILVA; POLONIATO, 2007, p. 73).

Em relação ao atendimento particular e domiciliar, este se destaca por incentivar a autonomia do fisioterapeuta em busca da reabilitação e da promoção da saúde do paciente através do tratamento, orientação e atividades desenvolvidas naturalmente pelos familiares e cuidadores. Segundo CENSO (2008) do CREFITO-3, uma média de 14% dos profissionais entrevistados dedicam-se ao atendimento domiciliar.

O atendimento domiciliar é imprescindível ao trabalho do profissional de Fisioterapia na atenção básica, pois é quando nos deparamos com a realidade das pessoas, verificando suas atividades de vida diária, suas limitações e, a partir daí, procedemos aos encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso.

[...] As atividades realizadas nos domicílios estão associadas com abordagem à família, que envolve ações de promoção e manutenção da saúde. Esta atividade desenvolve o autocuidado, favorece a criação de vínculos, despertando valores de integração social. Promove, assim, um novo modelo

de atenção da saúde da população (TORRES; ESTRELA; RIBEIRO, 2009, p. 1879).

Quando se observa o cooperativismo em Campinas nota-se que ainda está em processo de desenvolvimento, porque apesar de existir uma cooperativa de fisioterapeutas na cidade, esta ainda depende de um envolvimento maior dos profissionais e de administração capacitada. A viabilização da cooperativa no mínimo agregaria incentivo à empregabilidade e remuneração, principalmente daqueles recém formados em busca de trabalho.

Observa-se que a constituição de uma associação ou cooperativa é desprovida de qualquer complexidade, porém, são constantes os fracassos e os desvios dos objetivos que as originaram. O que se observa é que não basta simplesmente a manifestação superficial. É indispensável, para o bom desempenho de qualquer empreendimento, aperfeiçoar a consciência de cooperação e a qualificação profissional dos associados, dirigentes, conselheiros e colaboradores, demonstrando-lhes, com linguagem adequada e alicerçada em fatos de sua vivência, que a sua entidade associativa é uma obra comum, onde a ação e a participação são conjugadas para o bem coletivo (TOMMASO; SILVA; POLONIATO, 2007, p. 73).

No setor público, o compromisso do fisioterapeuta com a saúde da população é reconhecido e valorizado essencialmente pela população que necessita de seus cuidados, exercendo um papel importante como forma de participação e contribuição social no atendimento fisioterapêutico e participação de programas e ações de Saúde Coletiva.

O lugar social é construído pelos fisioterapeutas por suas práticas, que carregam significados relacionados com a forma de compreender a sociedade, com sua visão de saúde, com as relações de poder estabelecidas no seu espaço. O conceito de lugar enquanto espaço relacional oferece elementos da reprodução da vida social, portanto, da reprodução da Fisioterapia na sociedade. Compreender e refletir sobre esse lugar social é fundamental como parâmetro de reorientação dos caminhos da profissão (ALMEIDA; GUIMARÃES, 2009, p. 83).

Apesar desse reconhecimento da população, essa prática não vem sendo contemplada amplamente no setor público direcionando-se ainda o trabalho dos fisioterapeutas para atividades predominantemente curativas e

reabilitadoras. É necessária a implantação de políticas públicas de saúde que celebrem a contextualização do fisioterapeuta nas equipes de saúde.

Para inserir-se no contexto da formação e da atenção básica, a competência do fisioterapeuta precisa ir além da boa técnica; é preciso estar sensível às necessidades e às circunstâncias de vida das famílias envolvidas e dos colegas de trabalho e embora o próprio mercado de trabalho esteja mudando na direção de um trabalho integrador, isso não significa somente buscar equipes com profissionais de diversas áreas, integrados, acenando para uma perspectiva que atualmente está sendo chamada de interdisciplinaridade. Deve-se considerar que a intervenção não depende da atuação de somente um profissional, mas da flexibilidade dos atores sociais envolvidos (DA ROS; SILVA, 2007, p. 1675).

Na cidade de Campinas (SP) há uma estimativa de 28 fisioterapeutas contratados pela prefeitura, além das 4 IES que mantêm seu corpo docente em Unidades de Saúde do município para supervisionar os seus acadêmicos durante o estágio curricular obrigatório. No entanto, a presença das IES nas unidades, apesar de minimizar o déficit de fisioterapeutas na rede pública, não desresponsabiliza a prefeitura de novas contratações, por entender que é sua obrigação a inclusão desses profissionais nas equipes de saúde, dada a necessidade urgente do atendimento fisioterapêutico e participação nos programas e ações de Saúde Coletiva previstos no SUS. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMS, 2010):

O SUS Campinas consiste num conjunto de responsabilidades com a Saúde, uma complexa rede de Serviços de Saúde e instâncias de Gestão e Controle Social. Surge com a Constituição de 1988 e é regulamentado pela Lei 8080/90 e outras, que definem princípios e diretrizes que devem norteá-lo e recursos para sua viabilização. Essas leis federais se desdobram e replicam no nível municipal. O município de Campinas é gestor pleno do sistema de saúde, modalidade de gestão em que todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços, próprios, conveniados e contratados se dão no âmbito do Município.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a relação de 1 fisioterapeuta para 1.500 habitantes. Campinas, com os seus 1.966 fisioterapeutas tem um superávit em relação à proporção recomendada pela OMS. Praticamente, tem-se a relação de 1 fisioterapeuta para cada 500

habitantes. Porém, devem ser considerados alguns aspectos importantes como a quantidade de pessoas que tem plano de saúde e aquelas que dependem da atenção da rede pública de saúde. Segundo os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se têm no Brasil aproximadamente 46,6 milhões de cidadãos, cerca de uns 24% da população, que contam com um plano de saúde. Se aplicada essa porcentagem à quantidade populacional de Campinas, têm-se cerca de 220 mil cidadãos que contam com o plano de saúde. Isso significa que 780 mil cidadãos de Campinas estão na dependência dos serviços públicos de saúde. Considerando que há na rede pública 28 fisioterapeutas, no mínimo a situação é preocupante e retrata a necessidade da prefeitura do município em urgentemente contratar, investir e estruturar as equipes de saúde na atenção básica, secundária e terciária.

O modelo de assistência de saúde é centralizado num único profissional, o médico, e não de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, ferindo um dos princípios do SUS que é a Integralidade, a articulação entre as várias áreas de conhecimento e a busca pelas reais necessidades de saúde da população.

A legitimidade social da categoria médica propõe-lhe uma posição hegemônica na área da Saúde, imbuída de ideologia, de modo a dominar as práticas e ações sobre as demais categorias profissionais, a exemplo da Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, entre outras. Não obstante, todas as profissões visam o controle social e consequente hegemonia, com os Códigos de Ética profissionais e com a regulamentação efetuada pelos Conselhos Federais e Regionais (SALMÓRIA; CAMARGO, 2008, p. 80).

Toda essa situação leva à compreensão que, se há carência de profissionais no setor público, com certeza a grande parte está locada no setor privado, atingindo uma pequena parcela privilegiada da população, e o restante da população que além de não ter o atendimento próximo da sua comunidade, acaba por não entender a real necessidade e importância do fisioterapeuta na prevenção, promoção e reabilitação. Entender, para a população, significa estar próximo do recurso terapêutico, poder experimentar, vivenciar e se beneficiar dele, assim a Integralidade

[...] não se limita a uma diretriz do sistema de Saúde público e gratuito do país, mas possui um conjunto de valores que se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e solidária, cujo objetivo é humanizar o atendimento ao usuário, resgatando o direito a um tratamento de qualidade, com respeito as necessidades individuais do indivíduo, agregando prevenção, promoção, assistência, recuperação, pesquisa e educação em Saúde (SALMÓRIA; CAMARGO, 2008, p. 81).

Outro fator agravante e que justifica a necessidade de mais fisioterapeutas no setor público é o que informa a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Por ser um Centro de Referência regional para o setor saúde, Campinas também absorve a demanda da região, sobrecarregando o seu próprio sistema municipal local tanto na atenção básica como na assistência secundária e terciária.

Observa-se que, atualmente, o grande nó, quando se faz referência à colocação profissional do fisioterapeuta, se refere a uma necessidade maior de inclusão de profissionais no setor público do que no setor privado, que se autorregula e se ajusta frente às demandas da sociedade. Porém, é preciso entender que, também no setor privado, há um amplo espaço de atuação para os fisioterapeutas, que podem ser facilitados pelos planos de saúde e pelos profissionais, por meio de ações de prevenção e promoção da saúde, e não somente restritos a uma atuação curativa-reabilitadora. Nesse sentido, a Agência Nacional e Saúde Suplementar (ANS), que controla os planos de saúde no país afirma que

O desenvolvimento de programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças tem como objetivo a mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde, visto que grande parte das doenças que acomete a população passível de prevenção. Todo este esforço tem sido realizado no sentido de implementar modelos de atenção baseados na produção do cuidado, respondendo dessa forma à necessidade da integralidade da atenção à saúde. Nessa direção, o setor suplementar deve se tornar um ambiente de produção de ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos, com o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e beneficiários e, principalmente, responsabilização das

operadoras pela gestão da saúde de seus beneficiários (ANS, 2007).

A eminente preocupação do fisioterapeuta no início da carreira profissional com relação à empregabilidade faz sentido quando se faz essa análise até o momento, porém, há outros dois aspectos, não menos importantes, que são a especialização do fisioterapeuta numa área de atuação de interesse agregando competência e habilidade na profissão e o estágio extracurricular, ou seja, quando o acadêmico durante o curso de graduação busca por estágios fora do ambiente universitário. Na IES o aluno obrigatoriamente deve cumprir carga horária prevista no currículo do curso em diversas áreas de atuação da Fisioterapia e diversos locais, desde hospitais, clínica, centro de reabilitação, unidades de saúde pública, etc., com o acompanhamento e supervisão dos docentes do curso, mas o estágio extracurricular lhe dá a oportunidade de conhecer fisioterapeutas inseridos na profissão, fazer contato com profissionais de outras áreas da saúde, ampliar o conhecimento técnico-científico e ainda a possibilidade de se aproximar das necessidades em saúde da população. Nesse contexto Almeida e Guimarães (2009) fazem menção ao questionário aplicado aos fisioterapeutas no CENSO/CREFITO-3.

Uma das questões da entrevista referiu-se às facilidades encontradas pelos entrevistados no início da carreira, tendo dois aspectos mais citados. O primeiro refere-se à importância dada pelos entrevistados à especialização. Para eles, ao especializar-se adquirem maior segurança profissional, principalmente no momento da conquista de uma vaga no mercado de trabalho. [...] O segundo aspecto tido como um facilitador para a conquista do primeiro emprego pelos fisioterapeutas entrevistados foi a realização de estágios extracurriculares durante a graduação, ou logo em seguida, como estágio voluntário. De acordo com os entrevistados, o estágio extracurricular, além de proporcionar experiência prática, pode ser a oportunidade de garantir uma vaga no mercado de trabalho pelo vínculo criado, pela chance de mostrar a capacidade de trabalho (ALMEIDA; GUIMARÃES, 2009, p. 84).

Observa-se que a realização do estágio extracurricular pelo aluno traz benefícios, porém, o cuidado de não fazê-lo em locais que não sejam vinculados às IES e supervisionados por um profissional reconhecidamente

especializado na área é preocupante, pois o aluno pode se tornar apenas uma mão de obra barata e ocupar o espaço de um profissional já formado. Dessa forma, cuidado devem ter também os fisioterapeutas já formados que se dispõem a realizar trabalho voluntário em troca de aperfeiçoamento e qualificação na área. Almeida e Guimarães (2009) mencionando o questionário aplicado aos fisioterapeutas no CENSO/CREFITO-3 notam

[...] que os entrevistados não percebem a contradição aí presente, pois o fato de alunos de graduação atenderem em clínicas não-vinculadas a instituições de nível superior, ou profissionais formados se submeterem a fazer estágios voluntários, significa redução das oportunidades de trabalho para aqueles que já estão no mercado. Não são poucas as instituições que se aproveitam dessa condição e deixam de contratar profissionais para oferecer estágios e explorar a força de trabalho de graduandos (ALMEIDA; GUIMARÃES, 2009, p. 85).

Quando o assunto é remuneração do fisioterapeuta, deve-se considerar inicialmente que a Fisioterapia não tem uma política nacional de salários da categoria, e sim piso salarial determinado pelo Sindicato da categoria em cada região do país. Por exemplo, no Estado de São Paulo o SINFITO – Sindicato de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo, anualmente determina o piso salarial da categoria por convenção coletiva com o Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas do Estado de São Paulo – SINDHOSP, que a partir de 01 de maio de 2011 é de R\$ 1.780,00 para uma jornada de trabalho de 30 horas semanais, conforme determina a Lei nº 8.856 de 1º de março de 1994.

Quando se trata de remuneração do fisioterapeuta pelos planos de saúde ou similares consideram-se duas tabelas, a Tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) ou a Tabela de Honorários - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM - 5ª Edição, onde ambas codificam o acometimento produzido pela doença ou lesão do paciente e determinam os valores e reajustes financeiros da área.

No entanto, a Fisioterapia tem sua tabela de honorários, denominada Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos (RNHF), que codifica, porém, a complexidade funcional do paciente baseada na Classificação

Internacional de Funcionalidade (CIF) reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja, ao contrário das tabelas AMB e CBHPM, ela considera a funcionalidade do paciente no sentido de quanto a doença ou lesão comprometeu suas funções motoras, sensoriais ou perceptivas. Porém, não é reconhecida pelos planos de saúde e similares como referência para remuneração do fisioterapeuta, o que significa um grande atraso nas negociações em torno da remuneração dos fisioterapeutas pelos planos de saúde e uma maior defasagem nos valores considerados pelas tabelas AMB e CBHPM em relação à tabela RNHF.

O Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos (RNHF) é elaborado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e as tabelas AMB e CBHPM pela Associação Médica Brasileira. Assim, quem define valores da Fisioterapia é a classe médica e não a da Fisioterapia.

O fato dos valores pagos aos fisioterapeutas não serem adequados à sua atividade, no que concerne a infraestrutura operacional para atendimento da população e de sua atualização técnico-científica permanente, não torna esse segmento atraente, acarretando um distanciamento do profissional do plano de saúde. Quando ainda permanece essa situação o profissional é levado a atender um número maior de pacientes durante um único atendimento.

Em função do distanciamento do fisioterapeuta dos planos de saúde se produz uma intensa busca em torno dos pacientes particulares, que atendidos em clínicas, consultórios, hospitais, domiciliares, etc., trazem o reconhecimento da Fisioterapia no seu papel de prevenção, promoção e reabilitação da comunidade, embora muitos destes que precisam da Fisioterapia nem sempre tenham condições de bancar o custo do tratamento. Assim, onde a princípio imagina-se que possa haver uma grande concentração de fisioterapeutas na cidade de Campinas, na realidade encontra-se uma deficiência nos mecanismos atuais de inclusão do profissional, no setor público e privado, que não atendem toda a população.

3.5. Participação e Contribuição Social do Fisioterapeuta em Campinas

Em Campinas, assim como acontece em grandes centros, a diversidade de problemas estruturais não se resume somente a uma área, como por exemplo, a saúde, mas atingem outras áreas como a moradia, transporte e educação. São áreas de conflito de interesses que não satisfazem plenamente as necessidades da população e que dependem em grande parte da mobilização da sociedade para intervir sob os gestores, com o objetivo de alcançar seus interesses.

Segundo Melucci, citado por Gomes (2010), o modo pelo qual uma coletividade posiciona suas ações ante outras coletividades pode se configurar sob a forma de conflito ou sob a forma de consenso

Na visão de Melucci, o conflito se caracteriza pelo confronto e antagonismo entre atores sociais que disputam o controle sobre os mesmos recursos. Nesse modo, a coletividade tanto identifica a si mesma e a seus objetivos como identifica outro e seus interesses como antagônicos, os quais exigem oposição, disputa e combate, num posicionamento beligerante. No pólo oposto está o consenso, como modo de relação em que a coletividade posiciona suas ações a partir da busca em estabelecer regras e procedimentos para acesso e controle de recursos sociais relevantes para si mesmas, e para os demais grupos sociais (GOMES, 2010, p. 6).

Segundo Leandro Konder (1992) é através da práxis que os sujeitos se afirmam no mundo, modificam a realidade objetiva e se transformam

É a ação que, para se aprofundar de maneira mais consequente, precisa da reflexão, do autoquestionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática (KONDER, 1992, p. 115).

O fisioterapeuta muitas vezes tem nas suas práticas terapêuticas ações fragmentadas e distantes do conceito de integralidade na saúde. Sob a forte influência de um modelo curativo-reabilitador, o profissional imprime ações isoladas, individualizadas e descontextualizadas nas suas práticas, ao contrário de ações mais integradoras (ALMEIDA; GUIMARÃES, 2009).

O lugar social é construído pelos fisioterapeutas por suas práticas, que carregam significados relacionados com a forma de compreender a sociedade, com sua visão de saúde, com as relações de poder estabelecidas no seu espaço. O conceito de lugar enquanto espaço relacional oferece elementos da reprodução da vida social, portanto, da reprodução da Fisioterapia na sociedade. Compreender e refletir sobre esse lugar social é fundamental como parâmetro de reorientação dos caminhos da profissão (ALMEIDA; GUIMARÃES, 2009, p. 83).

O despertar do fisioterapeuta para as demandas da saúde da população está consignado em sua real participação na comunidade, que não se restringe somente ao atendimento fisioterapêutico, mas ao seu envolvimento nos conflitos de interesses da comunidade. No setor público, tais conflitos passam pelos Conselhos de Saúde em âmbito local, municipal, estadual e nacional na tomada de decisões e defesa do SUS. Em Campinas, o Conselho Municipal de Saúde representado pelos usuários do sistema de saúde, trabalhadores e gestores, propicia um ambiente de discussão e tomada de decisões da saúde na rede pública. É nesse ambiente que o fisioterapeuta passa a compreender a sociedade, a sua visão de saúde e as relações de poder estabelecidas no espaço.

Pessoalmente, entendo a importância da participação do fisioterapeuta nos Conselhos de Saúde, porque fui durante 3 anos Conselheiro Municipal na Saúde em Campinas que me possibilitou refletir e compreender as demandas da população, a luta por seus direitos e o lugar social do fisioterapeuta. O que percebi é que há um grande desinteresse dos fisioterapeutas em participar desses espaços públicos de discussão, bem como de tomada de decisões na saúde, em Campinas. Questões de interesse da profissão na comunidade foram, por várias vezes, discutidas em reuniões do Conselho, eu e outro colega de profissão, e sentíamos-nos sozinhos nesses conflitos. Porém, mesmo assim, se fazia por reconhecer a importância da Fisioterapia na comunidade, sua integralidade, na promoção, prevenção, reabilitação e participação do fisioterapeuta nas equipes de saúde.

Campinas reúne várias entidades filantrópicas como a APAE, Casa da Criança Parálitica, Fundação Síndrome de Down, Sociedade Pestalozzi, entre outras, que atendem desde crianças até adultos com múltiplas deficiências e

que necessitam da ajuda econômica da sociedade. O fisioterapeuta pode contribuir com a sua experiência profissional, fazer parte da administração da entidade ou ainda participar de ações de voluntariado em programas de prevenção e promoção à saúde. Essa é uma experiência que tenho por ser conselheiro fiscal na Casa da Criança Paralítica de Campinas e colaborar, à medida do possível, em projetos e ações voltados às crianças da entidade. É muito gratificante e, como fisioterapeuta posso afirmar que essa participação e contribuição transcende o aspecto meramente profissional, porque tem um caráter sociocomunitário estando envolvido com as necessidades da criança e de sua inclusão na sociedade.

Esse olhar sociocomunitário do fisioterapeuta pode atingir também as organizações não governamentais (ONGs), que também conclamam pela participação e contribuição da sociedade em várias áreas, como na atenção aos idosos, crianças, adolescentes, às pessoas com deficiência, doença pulmonar, etc. Todas elas necessitam da colaboração da sociedade e o fisioterapeuta precisa sensibilizar-se em prol dessas ações que transformam a vida em comunidade, reconhecem a saúde como direito do cidadão a condições dignas de vida e que promovem o exercício da cidadania.

Entendo que o fisioterapeuta em Campinas precisa refletir, compreender e agir sobre o seu espaço. Isso contribui na sua vida profissional e o alimenta com novas estratégias de atuação nos caminhos da profissão.

3.6. O Caráter Associativo do Profissional, Ações e Propostas das Associações

A expressão associativismo designa por um lado a prática social da criação e gestão das associações - organizações providas de autonomia e de órgãos de gestão democrática dessa prática como assembléia geral, direção, conselho fiscal - e, por outro lado, a apologia ou defesa de associação, enquanto processo não lucrativo de livre organização de pessoas - os sócios, para obtenção de finalidades comuns (TOMMASO; SILVA; POLONIATO, 2007, p. 69).

No Brasil, desde a década de 50, os fisioterapeutas já discutiam seus problemas e suas perspectivas futuras, inicialmente em 1957, com a formação da Associação Paulista de Fisioterapeutas (APF), com o objetivo de promover o aperfeiçoamento dos fisioterapeutas do ponto de vista profissional, jurídico, científico e deontológico em todas as atividades relacionadas com a formação e exercício da profissão.

Em 19 de agosto de 1959, com a fundação da Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF), anos mais tarde chamada de Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF), tendo por objetivo principal realizar a unificação da classe profissional dos fisioterapeutas de todo o Brasil, seus membros reuniram-se em torno de um ideal comum, num esforço deliberado pela categorização elevada da classe, em todos os setores de suas atividades. Em nível internacional, a ABF é reconhecida em 13 de fevereiro de 1962 pela Associação Médica Brasileira (AMB), e em 20 de junho de 1963 pela *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT), resultando no reconhecimento da profissão e dos profissionais no Brasil (MARQUES; SANCHES, 1994, p. 8).

Atualmente, em pouco mais de 40 anos de regulamentação da Fisioterapia através do Decreto-Lei nº938/69, os profissionais organizados criaram um grande número de associações no Brasil com jurisdição em nível municipal, estadual e nacional. No lugar da Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF) foi criada em 2005 a Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB) reconhecida internacionalmente pela *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) e a Confederação Latino Americana de Fisioterapia e Kinesiologia (CLAFK), tem por objetivo, entre outros, promover a união dos Fisioterapeutas especializados e a defesa dos seus justos interesses, e de contribuir para a solução dos problemas sociais, sanitários e legais da profissão. Houve, além das associações de classe, de especialidades e de acadêmicos, associações voltadas à educação, em nível de graduação e pós-graduação, como a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) e a Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia (ABRAPG-Ft).

A ABENFISIO tem um caráter educacional e científico, que objetiva o desenvolvimento e o aprimoramento do ensino/formação em Fisioterapia, podendo congrega associados institucionais e associados individuais (composto por docentes e discentes). A ABRAPG-Ft tem por finalidade promover estudos, análises e discussões para subsidiar as Instituições de Ensino Superior (IES) e Centros ou Institutos de Pesquisa, na implementação de ações voltadas para o desenvolvimento do conhecimento científico e da pós-graduação *stricto sensu* em Fisioterapia, que atenda com elevado padrão de qualidade e desempenho, às demandas de conhecimentos científicos, tecnológicos, culturais e artísticos da sociedade brasileira.

Em decorrência do atual avanço técnico e científico da Fisioterapia e da necessidade de prover de profissionais altamente qualificados para o atendimento na saúde da população, o COFFITO desenvolveu um trabalho primoroso com as associações de especialidades em nível nacional, visando subsidiar tecnicamente a criação, reconhecimento e normatização das especialidades profissionais, resultando na promulgação da Resolução COFFITO nº. 377, em 11 de junho de 2010, que dispõe sobre as normas e procedimentos para o registro de títulos de especialidade profissional em Fisioterapia.

No momento, essas associações estão se estruturando para viabilizar a aplicação do exame de titulação da especialidade e certificação do fisioterapeuta na área específica de atuação. Essa comunicação entre os órgãos representativos da Fisioterapia é extremamente importante, à medida que se trata do bem comum entre acadêmicos, profissionais e profissão, e de ações voltadas à coletividade.

Nesse caminho, em Campinas, foi fundada em 17 de abril de 2007 a Associação de Fisioterapeutas de Campinas – AFICAMP, associação de representação profissional de Fisioterapeutas, sem fins lucrativos, que tem por fim consolidado em seu Estatuto, entre outros defender os interesses do profissional e da profissão, unindo esforços para o bem de todos.

A AFICAMP formou-se a partir da união de fisioterapeutas da cidade, entre eles fisioterapeutas do setor privado e público, bem como docentes de IES que reconhecem a necessidade de construir uma entidade autônoma e

representativa da classe, a fim de desenvolver ações de interesse da profissão e da sociedade. Tive a oportunidade de ser fundador e presidente da entidade, continuando atualmente ativo na diretoria com os demais colegas.

Desde a sua criação várias ações foram realizadas em defesa da saúde da população, incentivo à criação de cooperativa de fisioterapeutas, homenagens ao dia do fisioterapeuta, organização de eventos acadêmicos, manifestação pública contra a Lei do Ato Médico, aprovação da Lei Municipal de inclusão de fisioterapeutas na rede pública, e outras, todas estas discutidas e compartilhadas com os profissionais e a população em audiências públicas realizadas na Câmara Municipal de Campinas e em espaço público.

Quando me refiro ao Ato Médico não posso deixar de abordar um projeto de lei que já esteve em pauta há mais de 30 anos, e que na época tramitava na Câmara dos Deputados em Brasília, apresentado pelo Deputado Federal Salvador Julianelli, elaborado pelo Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), que propunha a regulamentação das atividades na área da saúde e que subordinava os fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, odontólogos, e outros profissionais da saúde aos médicos, eliminando o direito individual do cidadão de se consultar com o profissional de sua preferência. Segundo Scarparo e Ozório (2009), o projeto:

Tirava a autonomia dos profissionais da saúde, pois afirmava que, qualquer decisão de tratamento no campo da saúde deveria ser precedida pela avaliação médica, o que retirava a liberdade, a valorização e a credibilidade dos profissionais não-médicos.

Em função da arbitrariedade do projeto que contrariava a legislação vigente das profissões da saúde e seus atos privativos, profissionais, acadêmicos, políticos, entidades de classe e muitos médicos se mobilizaram contra o projeto em todo o país por meio de manifestos nas ruas, nos jornais, nas revistas e na Câmara dos Deputados, através de cartas que solicitavam apoio aos políticos.

Essas manifestações também ocorreram na cidade de Campinas, por meio dos discentes do Diretório Acadêmico XIII de Outubro de Fisioterapia e dos docentes dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Pontifícia

Universidade Católica de Campinas (PUCCamp), que, através de insistente luta contra o projeto, levaram a situação a público, aos vereadores da Câmara Municipal de Campinas, Deputados Federais, Prefeito de Campinas e ao Presidente da República, com apoio das entidades representativas da classe, como o CREFITO-3, COFFITO e ABF. Essa articulação política demonstrou um alto grau de comprometimento dos fisioterapeutas no sentido de que, se o projeto fosse aprovado não tiraria somente a autonomia das profissões, mas atingiria seriamente o poder de decisão da população na escolha e no acesso aos recursos da saúde.

Atualmente as profissões de saúde lutam por alterar e modificar a redação do Projeto de Lei nº 7703/2006, que dispõe sobre o exercício da medicina, ou seja, regulamenta seus atos privativos, que está nas mãos dos Senadores. Diferente do Projeto de Lei do Deputado Federal Salvador Julianelli, este, à medida que determina seus atos privativos no exercício da medicina, esbarra arbitrariamente em atos já consumados e utilizados legalmente por outras profissões da saúde, como a Fisioterapia.

Novamente as profissões da saúde se mobilizam em torno da não aprovação da redação do projeto de lei, pressionando para que haja alterações substanciais que não atinjam a autonomia conquistada por cada profissão. Entidades de classe, profissionais, IES, políticos, manifestações nas ruas e em Brasília estão se mobilizando em torno do projeto.

Em Campinas, por exemplo, a Associação de Fisioterapeutas de Campinas – AFICAMP apoiou a caminhada na rua contra a Lei do Ato Médico, reunindo acadêmicos de várias IES, profissionais, representantes de classe, etc., e continua acompanhando a tramitação do projeto no Senado Federal.

As entidades de classe devem buscar o interesse do profissional, da profissão e da coletividade. Assim, a AFICAMP, depois de muito empenho dos membros da associação, a partir do Projeto de Lei nº 500/2009, conseguiu a sua aprovação na Câmara dos Vereadores e a sanção, pelo Prefeito Municipal de Campinas, da Lei Municipal nº 13.896, em 27 de julho de 2010, que dispõe sobre a inclusão de fisioterapeutas nas equipes multidisciplinares e multiprofissionais em programas de assistência à saúde no município de Campinas.

Essa foi uma grande conquista que está sendo articulada frente à Secretaria Municipal de Saúde no sentido de abrir concurso público para a contratação de fisioterapeutas, porque, como já mencionado anteriormente, Campinas conta com 28 fisioterapeutas para uma imensa população de 1 milhão de habitantes que necessita atendimento na atenção básica, secundária e terciária.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo destina-se a apresentação e discussão dos resultados da coleta de dados realizada com alunos do curso de graduação em Fisioterapia de três IES da cidade de Campinas-SP, caracterizadas no estudo por IES-A, IES-B e IES-C no intuito de resguardar a identificação das mesmas e dos egressos dessas instituições realizadas por meio de endereço eletrônico.

Foram aplicados questionários do tipo aberto, fechado e misto que facilitam o tratamento e a análise da informação junto aos alunos do 1º ano, 4º ano e egressos. Os questionários aplicados encontram-se no Apêndice A, B e C.

O Quadro 2 mostra a quantidade da amostragem do número de participantes na pesquisa:

	IES-A	IES-B	IES-C
1º ano	86	37	16
4º ano	58	37	19
Egressos	51	2	6

Quadro 2 – Amostra do Número de Participantes na Pesquisa

Fonte: Elaborado pelo Autor

Observa-se que a distribuição da amostra das IES e dos egressos não é homogênea quantitativamente, em função da quantidade de alunos matriculados nos cursos e das respostas dos egressos transmitidas por endereço eletrônico. Cabe lembrar que a resposta ao questionário pelos alunos e egressos não foi obrigatória, sem identificação dos participantes e que os dados foram sigilosos.

Foram aplicadas 10 questões aos alunos do 1º ano, 11 questões aos alunos do 4º ano e 16 questões aos egressos. O objetivo de aplicação dos questionários com alunos e egressos foi de verificar se nos cursos de graduação de Fisioterapia das IES-A, IES-B e IES-C o ensino contribuiu para a formação profissional e inserção social do egresso na comunidade.

A seguir faz-se uma análise e discussão dos resultados obtidos com a aplicação dos questionários aos alunos das IES e aos egressos.

4.1. Questionário Aplicado aos Alunos do 1º Ano

Questão 1: Quais são as condições das instalações físicas de sua Instituição de Educação Superior, tais como sala de aula, laboratório, biblioteca, sala de estudo, anfiteatro, etc.?

IES	Respostas (%)			
	Ruim	Regular	Bom	Excelente
A	0	14,0	61,5	24,5
B	0	2,7	78,4	18,9
C	0	0	25,0	75,0

Quadro 3 – Alunos do 1º ano - Resultados da Questão 1

Fonte: Elaborado pelo Autor

A grande maioria dos alunos da IES-A e IES-B considerou boa as instalações físicas das IES. Note que os alunos da IES-C considerou excelente. Essa avaliação pelo aluno serve de parâmetro à IES no sentido de investir e manter as instalações para o bom aproveitamento dos mesmos durante sua formação acadêmica, além de que a infra-estrutura é um dos parâmetros de avaliação da Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia – CEEFisio da Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação (MEC).

Questão 2: Numa escala de 1 a 5, onde 1 significa menos preparado e 5 mais preparado, responda, a maioria dos professores tem conhecimento e domínio das disciplinas ministradas?

IES	Respostas (%)				
	1	2	3	4	5
A	1,0	0	0	29,0	70,0
B	0	0	0	43,2	56,8
C	0	0	0	50,0	50,0

Quadro 4 – Alunos do 1º ano – Resultados da Questão 2

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos alunos (50 a 70%) considerou níveis de 4 a 5 na escala, o que significa que os professores têm conhecimento e domínio das disciplinas ministradas.

O olhar do aluno sobre esse aspecto no início de sua formação acadêmica contribui para um pensamento crítico e reflexivo acerca do papel do professor durante sua formação acadêmica. A interação no ensino-aprendizagem e seus ajustes entre professor e aluno refletem na inclusão do aluno ingressante no espaço acadêmico.

Questão 3: Numa escala de 1 a 5, onde 1 significa menos preparado e 5 mais preparado, responda, a aplicação do plano de ensino pela maioria dos professores é adequada aos objetivos do curso?

IES	Respostas (%)				
	1	2	3	4	5
A	0	2,5	15,0	44,0	38,5
B	0	0	5,4	62,2	32,4
C	0	0	6,2	50,0	43,8

Quadro 5 – Alunos do 1º ano – Resultados da Questão 3

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos alunos considerou níveis de 4 a 5 na escala, o que significa que o plano de ensino ministrado pela maioria dos professores é adequado aos objetivos do curso.

O aluno ingressante que se propõe a correlacionar a aplicação do plano de ensino pela maioria dos professores em função dos objetivos do curso, demonstra sua expectativa e interesse em torno do planejamento e andamento do curso.

Questão 4: O plano de ensino de cada disciplina foi apresentado pelos professores aos alunos no início das aulas?

IES	Respostas (%)		
	Sim	Não	Não sei / não lembro
A	66,5	8	25,5
B	94,6	2,7	2,7
C	87,5	6,25	6,25

Quadro 6 – Alunos do 1º ano – Resultados da Questão 4

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos alunos (66,5 a 94,6) afirmou que o plano de ensino de cada disciplina foi apresentado pelos professores no início das aulas. No entanto, 25,5% dos alunos da IES-A afirmaram não saber/não lembrar.

A exposição detalhada do plano de ensino ao aluno, logo no início das aulas, permite que o mesmo contextualize suas expectativas sobre o curso, tire suas dúvidas, interaja com os assuntos que serão discutidos durante as aulas. É um momento de confrontar seus conhecimentos prévios aprendidos até o ensino médio com o que está por vir, na busca da compreensão sobre o novo objeto de estudo.

Questão 5: O currículo do seu curso é bem integrado e com clara articulação entre as disciplinas e seus conteúdos programáticos?

IES	Respostas (%)			
	Sim	Não	Não sei	Em branco
A	76,5	14,0	9,5	0,0
B	89,2	0,0	5,4	5,4
C	87,5	0,0	12,5	0,0

Quadro 7 – Alunos do 1º ano – Resultados da Questão 5

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos alunos (76,5 a 89,2%) afirmou que o currículo do curso é bem integrado e com clara articulação entre as disciplinas e seus conteúdos programáticos. No entanto, 14% dos alunos da IES-A afirmaram o contrário.

Desde o início do curso os conteúdos, conforme é citado nas Diretrizes Curriculares Nacionais:

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 (BRASIL, 2002).

Questão 6: Considerando o período em que você está, como você avalia o nível de exigência do curso?

IES	Respostas (%)				
	Ruim	Regular	Bom	Excelente	Em branco
A	3,5	3,5	53,5	32,5	7,0
B	2,7	2,7	78,4	13,5	2,7
C	0	0	68,8	31,2	0,0

Quadro 8 – Alunos do 1º ano – Resultados da Questão 6

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos alunos considerou que o nível de exigência do curso está entre bom e excelente. A participação do aluno em opinar sobre questões relevantes do seu curso fazem do aluno um sujeito ativo, participante e

responsável pela sua formação, podendo apontar queixas ou sugestões que ampliam a qualidade do curso.

Questão 7: Entende a profissão de Fisioterapia como uma forma de participação e de contribuição social?

IES	Respostas (%)			
	Sim	Não	Não sei	Em branco
A	91	1,0	1,0	7,0
B	91,9	0,0	2,7	5,4
C	100	0,0	0,0	0,0

Quadro 9 – Alunos do 1º ano – Resultados da Questão 7

Fonte: Elaborado pelo Autor

A grande maioria (91 a 100%) dos alunos entende a profissão de Fisioterapia como uma forma de participação e de contribuição social.

O resultado demonstra que há um consenso entre os alunos de que sua participação na sociedade é fundamental para o desenvolvimento da profissão. O aluno ingressante que tem uma postura e visão acadêmica alicerçada em parâmetros no interesse da coletividade, como cuidados com a saúde, bem estar físico e mental, inclusão social, sem dúvida preconiza um futuro profissional mais envolvido com a transformação social.

Questão 8: Reconhece a saúde como direito a condições dignas de vida e que a atuação do fisioterapeuta promove o exercício da cidadania?

IES	Respostas (%)			
	Sim	Não	Parcialmente	Em branco
A	87,2	0	4,7	8,1
B	89,2	0	8,1	2,7
C	81,2	0	18,8	0

Quadro 10 – Alunos do 1º ano – Resultados da Questão 8

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos alunos (81,2 a 89,2%) afirma que sim, porém, 18,8% dos alunos da IES-C reconhecem esse direito parcialmente.

Apesar de a Constituição Federal garantir o direito integral à saúde, na realidade, ainda há uma grande contradição entre o que foi conquistado até o momento e o estabelecido legalmente. O reconhecimento da integralidade da saúde deve estar presente entre os atores envolvidos, entre eles, o aluno que está iniciando seus estudos. Incluir na sua vivência acadêmica os preceitos de políticas públicas apropriadas para além de uma visão curativa-reabilitadora possibilita ao aluno comprometer-se com a solidariedade e cidadania no processo de melhora na qualidade de vida e promoção do ser humano.

Questão 9: Participa como estudante em eventos de saúde pública, entidades de classe, conselhos da saúde ou movimentos sociais?

IES	Respostas (%)					
	Sempre	Nunca	De vez em quando	Não tenho interesse	Desconheço	Em branco
A	5,8	23,3	58,1	0,0	5,8	7,0
B	5,4	32,4	48,7	0,0	10,8	2,7
C	0,0	25	62,5	0	12,5	0

Quadro 11 – Alunos do 1º ano – Resultados da Questão 9

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria (58,1 a 62,5%) dos alunos das IES-A e IES-C afirmou que de vez em quando participa como estudante em eventos de saúde pública, entidades de classe, conselhos da saúde ou movimentos sociais, o contrário da IES-B com 48,7%. Nota-se que de 23,3 a 32,4% afirmam nunca terem participado.

Participar de eventos que mobilizem vários atores articulados com as demandas da profissão e da sociedade aproxima o aluno da solidariedade, que segundo Melucci, citado por Gomes (2010), é definida como a “habilidade de reconhecer a si mesmo e ao outro como pertencentes à mesma unidade

social”. Seu amadurecimento individual espelha-se nos interesses comuns da coletividade, que o fortalece e traz subsídios para participar de discussões de temas relevantes e o consenso em ações dirigidas à profissão e a sociedade.

Questão 10: A qual entidade de classe ou de especialidade da Fisioterapia você é associado?

IES	Respostas (%)							
	Não sou filiado	AFICAMP	AFB	ASSOBRAFIR	ABRAFISM	ABRADIMENE	Outra	Em branco
A	87,2	2,3	0	0	0	0	0	10,5
B	86,5	2,7	0	0	0	0	0	10,0
C	93,8	0	0	0	0	0	0	6,2

Quadro 12 – Alunos do 1º ano – Resultados da Questão 10

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria (86,5 a 93,8%) dos alunos afirmou que não é filiado a entidades de classe ou de especialidade da Fisioterapia.

Observa-se que apenas dois alunos (de 86 alunos) da IES-A e um (de 37 alunos) da IES-B informaram que são associados. A participação do aluno nas entidades de classe desde o início do curso é de vital importância, permitem mais proximidade as questões ligadas ao ensino e a profissão. Nesse momento, ele começa a desenvolver sua percepção, cognição e ações em conjunto com vários atores que influenciarão na sua formação acadêmica, entre eles, professores, profissionais, comunidade e alunos de outras IES.

4.2. Questionário Aplicado aos Alunos do 4º Ano

Questão 1: Quais são as condições das instalações físicas de sua Instituição de Educação Superior, tais como sala de aula, laboratório, clínica, biblioteca, sala de estudo, anfiteatro, etc.?

IES	Respostas (%)			
	Ruim	Regular	Bom	Excelente
A	1,7	8,6	72,5	17,2
B	0	5,4	81,1	13,5
C	0	0	89,5	10,5

Quadro 13 – Alunos do 4º ano – Resultados da Questão 1

Fonte: Elaborado pelo Autor

A grande maioria dos alunos considerou boa a instalação física das IES. No entanto, 75% dos alunos do 1º ano da IES-C consideraram como excelente. Esse resultado demonstra que as IES se preocupam em proporcionar condições das instalações físicas para o desenvolvimento da proposta pedagógica do curso. Porém, há uma parcela de alunos nas IES-A e B que informam como Regular as instalações físicas da instituição sinalizando à instituição atenção sobre esse aspecto.

Questão 2: Numa escala de 1 a 5, onde 1 significa menos preparado e 5 mais preparado, responda, a maioria dos professores tem conhecimento e domínio das disciplinas ministradas?

IES	Respostas (%)				
	1	2	3	4	5
A	1,7	0	17,2	50,0	31,1
B	0	0	5,4	35,1	59,5
C	0	0	15,8	52,6	31,6

Quadro 14 – Alunos do 4º ano – Resultados da Questão 2

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos alunos das IES-A (50%) e IES-C (52,6%) considerou nível 4 na escala, porém, na IES-B (59,5) considerou nível 5 na escala. Esses resultados indicam que tendo o aluno como sujeito da aprendizagem, o professor atua como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. No entanto, há uma parcela de alunos nas IES-A e C que indicam 3 na escala sinalizando à instituição atenção sobre esse aspecto.

Assim, é possível considerar que o desenvolvimento de um pensamento – teórico, crítico e reflexivo – do aluno ocorre por meio de uma dinâmica própria de cada professor e conduz a valores muito além do que somente passar o conteúdo teórico e prático, mas sim de possibilitar ao aluno autonomia, interação social e exercício da cidadania. Esses valores exercem grande influência no seu futuro profissional e transforma seu espaço ocupado na sociedade. O professor tem profunda participação nesse processo, destinando seu conhecimento de forma contextualizada e não simplesmente acumulativa, onde permita ao aluno interagir e assimilar o conhecimento.

Questão 3: O currículo do seu curso é bem integrado e com clara articulação entre as disciplinas e seus conteúdos programáticos?

IES	Respostas (%)			
	Sim	Não	Não sei	Em branco
A	53,5	34,5	10,3	1,7
B	86,5	8,1	5,4	0,0
C	57,9	31,6	10,5	0

Quadro 15 – Alunos do 4º ano – Resultados da Questão 3

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos alunos (53,5 a 86,5%) afirmou que o currículo do seu curso é bem integrado e com clara articulação entre as disciplinas e seus conteúdos programáticos. No entanto, nota-se que a porcentagem de respostas “Não” dos alunos das IES-A e C é maior do que dos alunos do 1º ano.

Entende-se que o currículo focado em disciplinas específicas, sem a devida flexibilização, distancia de uma formação profissional direcionada à atenção comunitária. Assim, conteúdos como ciências biológicas e da saúde, ciências sociais e humanas, conhecimentos biotecnológicos e conhecimentos fisioterapêuticos, entendidos de maneira interdisciplinar, permitem ao aluno desenvolver a capacidade de aprender a conhecer, a fazer, a viver em comunidade e a ser, agindo não como espectador, mas como sujeito ativo próximo à realidade social da população.

Questão 4: Considerando o período em que você está, como você avalia o nível de exigência do curso?

IES	Respostas (%)			
	Ruim	Regular	Bom	Excelente
A	0	17,2	63,8	19,0
B	2,7	16,2	56,8	24,3
C	0	10,5	68,4	21,1

Quadro 16 – Alunos do 4º ano – Resultados da Questão 4

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos alunos (56,8 a 68,4%) considera como bom o nível de exigência do curso. No entanto, nota-se que a porcentagem de respostas “Regular” dos alunos do 4º ano das IES é maior do que dos alunos do 1º ano.

Esta observação é preocupante, pois, a formação do fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades. Logo, o aluno deve ser incentivado durante sua formação a desenvolver suas habilidades harmonicamente em torno do saber fazer, sua ação física e mental na busca das competências.

Questão 5: Em sua vida acadêmica há interação com outros profissionais da saúde e o público em geral?

IES	Respostas (%)		
	Sim	Não	Parcialmente
A	43,1	15,5	41,4
B	64,9	8,1	27,0
C	57,8	5,3	36,8

Quadro 17 – Alunos do 4º ano – Resultados da Questão 5

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria (43,1 a 64,9%) informou que sim, porém, 5,3 a 15,5% informaram que não e ainda 27 a 41% afirmam que parcialmente.

Essa porcentagem de alunos que disseram não, e outros que disseram não sei e não lembro, denotam um distanciamento do aluno dos demais membros de uma equipe de saúde inibindo sua percepção sobre a multiprofissionalidade no sentido de realizar projetos comuns e gerir conflitos, bem como sua interação com a realidade social da população.

Questão 6: No estágio curricular obrigatório do curso você tem acesso aos serviços de saúde (Clínica, Centro ou Posto de Saúde, Centro de Reabilitação, Hospital, etc.) do município de Campinas?

IES	Respostas (%)	
	Sim	Não
A	93,1	6,9
B	97,3	2,7
C	100	0

Quadro 18 – Alunos do 4º ano – Resultados da Questão 6

Fonte: Elaborado pelo Autor

A grande maioria (93,1 a 100%) afirmou que sim. Em função de uma pequena parcela de alunos informar que não têm acesso a todos os setores de estágio, é necessário que a instituição identifique que setor é esse, a fim de que o aluno não seja prejudicado em sua formação acadêmica.

Questão 7: Está apto em desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto nível individual quanto coletivo?

IES	Respostas (%)		
	Sim	Não	Parcialmente
A	81,0	0	19,0
B	91,9	0	8,1
C	68,4	5,3	26,3

Quadro 19 – Alunos do 4º ano – Resultados da Questão 7

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria (68,4 a 91,9%) dos alunos afirma que sim, porém, 19% dos alunos da IES-A, 8,1% dos alunos da IES-B e 26,3% da IES-C sentem-se parcialmente aptos.

Considera-se que, durante a formação do aluno a articulação entre a Educação Superior e a Saúde abre caminho ao desenvolvimento de suas habilidades gerais ou específicas.

Assim, atrelar a prática à realidade social da população entendendo os preceitos que orientam a organização do sistema de saúde quer seja privado ou público, configura um instrumento essencial que garante a qualidade do ensino voltada a realidade social e aos modelos de atenção à saúde.

Questão 8: Tem conhecimento do código de ética profissional da Fisioterapia?

IES	Respostas (%)		
	Sim	Não	Parcialmente
A	63,8	10,3	25,9
B	78,4	5,4	16,2
C	42,1	15,8	42,1

Quadro 20 – Alunos do 4º ano – Resultados da Questão 8

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos alunos das IES A e B afirmam que sim, ao contrário dos alunos da IES-C. No entanto, de 16,2 a 42,1 dos alunos das IES conhecem parcialmente o código de ética profissional da Fisioterapia.

O código de ética profissional da Fisioterapia deve ser apresentado pelo professor da disciplina pertinente logo no início da formação acadêmica, pois nele estão contidas determinações que devem ser respeitadas e aplicadas pelo futuro fisioterapeuta.

Entre outras, destaca-se no item III do artigo 7º os deveres do fisioterapeuta:

Prestar assistência ao indivíduo, respeitados a dignidade e os direitos da pessoa humana, independentemente de qualquer consideração relativa à etnia, nacionalidade, credo político, religião, sexo e condições sócio-econômica e cultural e de modo a que a prioridade no atendimento obedeça exclusivamente a razões de urgência.

Assim, quanto mais cedo o aluno vivencia o código de ética de sua futura profissão, maior será sua percepção sobre suas ações e responsabilidade social.

Questão 9: Como considera a sua formação acadêmica para a profissão como forma de participação e de contribuição social?

IES	Respostas (%)			
	Totalmente satisfatória	Satisfatória	Insatisfatória	Em branco
A	15,5	79,3	3,5	1,7
B	24,3	75,7	0	0
C	5,3	84,2	10,5	0

Quadro 21 – Alunos do 4º ano – Resultados da Questão 9

Fonte: Elaborado pelo Autor

A grande maioria (75,7 a 84,2%) dos alunos das IES considera satisfatória sua formação acadêmica para a profissão como forma de participação e de contribuição social.

O perfil da formação do aluno deve ser generalista, que o capacite a atuar em todos os níveis de atenção à saúde em busca da promoção integral da saúde do ser humano. A preocupação das IES em desenvolver um ensino voltado a ações de promoção e prevenção à saúde e não se restringir somente a reabilitação física do indivíduo aproxima o aluno das dificuldades sócio-econômicas e da identificação e intervenção nas questões da saúde na comunidade.

Questão 10: Como estudante participa em eventos de saúde pública, promovidos por associações de classe, conselhos da saúde ou movimentos sociais?

IES	Respostas (%)				
	Sempre	Nunca	De vez em quando	Não tenho interesse	Desconheço
A	8,6	15,5	70,7	0	5,2
B	10,8	35,1	46,0	0	8,1
C	10,5	10,5	73,7	5,3	0

Quadro 22 – Alunos do 4º ano – Resultados da Questão 10

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos alunos das IES-A (70,7%) e C (73,7%) afirma que participam de vez em quando de eventos de saúde pública. No entanto, um número razoável de alunos da IES-B afirma que nunca participam e somente 8,6 a 10,8% dos alunos afirma que sempre participa.

A participação em eventos possibilita ao aluno vivenciar assuntos de interesse da área da saúde, como remuneração, concurso público na saúde, atuação profissional, SUS, prevenção e promoção da saúde, trabalho interdisciplinar e multiprofissional, associativismo, cooperativismo, demandas da comunidade, inclusão social e outros temas. Tal envolvimento é muito enriquecedor por aproximar o aluno de uma realidade que, muitas vezes, ele não encontra em seu ambiente acadêmico, oportunizando situações em que passa a ser um dos atores envolvidos e não um simples coadjuvante.

Questão 11: Em qual entidade de classe ou de especialidade da Fisioterapia você é associado?

IES	Respostas (%)							
	Não sou filiado	AFICAMP	AFB	ASSOBRAFIR	ABRAFISM	ABRADIMENE	Outra	Em branco
A	96,5	0	0	0	0	0	0	3,5
B	91,9	5,4	0	0	0	0	0	2,7
C	94,7	0	0	0	0	0	0	5,3

Quadro 23 – Alunos do 4º ano – Resultados da Questão 11

Fonte: Elaborado pelo Autor

A grande maioria dos alunos não é associada ou filiada a nenhuma entidade de classe ou de especialidade da Fisioterapia. Apenas 2 alunos da IES-B afirmam que são associados.

Esse resultado é muito preocupante, pois o distanciamento dos alunos das entidades representativas de classe resulta em enfraquecimento das ações em coletividade. Ações estas que nem sempre se destinam a interesses estritos da profissão ou do profissional, mas ações dirigidas à população em geral que depende da saúde pública, ou seja, do SUS. Assim, o desenvolvimento de ações isoladas ou em parceria com outras entidades

reafirma o papel sociocomunitário das entidades capaz de promover a inclusão social daqueles que não tem acesso digno à saúde.

4.3. Questionário Aplicado aos Egressos das IES

Questão 1: Em qual Instituição de Educação Superior da cidade de Campinas fez o curso de Fisioterapia?

Respostas (%)	IES-A	IES-B	IES-C
	86,5	10,1	3,4

Quadro 24 – Egressos – Resultados da Questão 1

Fonte: Elaborado pelo Autor

Na amostragem a grande maioria de egressos que responderam o questionário é formada por egressos da IES-A.

Questão 2: Há quantos anos é formado?

IES	Respostas (%)			
	Até 1 ano	De 1 a 2 anos	De 3 a 4 anos	Acima de 5 anos
A	29,4	56,9	9,8	3,9
B	16,7	0	66,6	16,7
C	0	0	100,0	0

Quadro 25 – Egressos – Resultados da Questão 2

Fonte: Elaborado pelo Autor

Os dados informam que 56,9% dos egressos da IES-A formaram-se entre 1 a 2 anos, na IES-B 66,6% dos egressos entre 3 a 4 anos e na IES-C 100% dos egressos há mais de 5 anos. Apesar da amostragem não ser homogênea há desde egressos recém-formados e até com mais de 5 anos de

formado. Suas informações contribuem, qualitativamente, para discussão das questões abordadas no questionário.

Questão 3: Como eram as condições das instalações físicas de sua Instituição de Educação Superior, tais como sala de aula, laboratório, clínica, biblioteca, sala de estudo, anfiteatro, etc.?

IES	Respostas (%)			
	Ruim	Regular	Bom	Excelente
A	1,9	5,9	74,5	17,7
B	0	33,3	50	16,7
C	0	50,0	50,0	0

Quadro 26 – Egressos – Resultados da Questão 3

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos egressos da IES-A considera como bom as instalações da instituição, mantendo certa regularidade com os alunos do 1º e 4º ano. No entanto, observa-se que na avaliação dos alunos do 1º e 4º ano das IES-B e IES-C, em relação aos egressos houve melhora significativa das instalações físicas nessas instituições.

Questão 4: O currículo do seu curso é bem integrado e com clara articulação entre as disciplinas e seus conteúdos programáticos?

IES	Respostas (%)		
	Sim	Não	Não sei/não lembra
A	72,5	25,5	2,0
B	83,3	0	16,7
C	50,0	0	50,0

Quadro 27 – Egressos – Resultados da Questão 4

Fonte: Elaborado pelo Autor

Os resultados obtidos com alunos e egressos sugerem que as IES estão preocupadas com a interdisciplinaridade no processo ensino-aprendizagem. Contudo, nota-se que uma parcela de alunos do 4º ano e egressos entendem que não há ou não houve um processo interdisciplinar durante o curso. A interdisciplinaridade permite um currículo mais voltado à integralidade das ações da Fisioterapia na saúde.

Questão 5: Como foi o desempenho e contribuição do corpo docente à sua vida profissional?

IES	Respostas (%)			
	Totalmente satisfatório	Satisfatório	Insatisfatório	Em branco
A	21,5	70,6	5,9	2,0
B	33,3	50,0	16,7	0
C	50,0	0	50,0	0

Quadro 28 – Egressos – Resultados da Questão 5

Fonte: Elaborado pelo Autor

O egresso das IES entende como totalmente satisfatório e satisfatório o desempenho e contribuição dos professores, no entanto, alguns egressos da IES-B e um egresso da IES-C entende como insatisfatório. Quando se verifica as respostas dos alunos do 1º ano e 4º ano das IES observa-se que há um consenso favorável quanto ao conhecimento e domínio dos professores das disciplinas ministradas.

Questão 6: Como considera a qualidade do estágio curricular obrigatório durante o curso de graduação?

IES	Respostas (%)			
	Ruim	Regular	Bom	Excelente
A	0	17,6	62,8	19,6
B	0	66,6	16,7	16,7
C	0	100,0	0	0

Quadro 29 – Egressos – Resultados da Questão 6

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria (62,8%) dos egressos da IES-A considera bom, 19,6% consideram excelente e 17,6% consideram regular o estágio curricular obrigatório. No entanto, 66,6% na IES-B e 100% na IES-C dos egressos consideram regular o estágio curricular obrigatório.

Os dados colhidos dos egressos das IES-B e C são preocupantes, pois pode significar que o ensino teórico desvincula-se da prática dificultando o processo ensino-aprendizagem. Se não oportuniza ao aluno durante sua formação acadêmica a prática direcionada para o que determina e condiciona o processo saúde/doença, há o distanciamento da atenção básica em saúde na comunidade. Ao mesmo tempo em que quando na consolidação da doença na população não o instrumentaliza na prática resolutiva do atendimento fisioterapêutico.

Questão 7: Durante o curso de graduação realizou estágio curricular não obrigatório (em outros locais)?

IES	Respostas (%)		
	Sim	Não	Não tive interesse
A	62,7	37,3	0
B	83,3	16,7	0
C	50,0	50,0	0

Quadro 30 – Egressos – Resultados da Questão 7

Fonte: Elaborado pelo Autor

Nota-se que a maioria (83,3%) dos egressos da IES-B informa que realizou estágio não obrigatório, no entanto, comparando-se aos dados da questão nº 6 na mesma instituição, 66,6% dos egressos afirmam considerar a qualidade de estágio regular. Essa comparação leva a crer que, possivelmente, os egressos dessa instituição buscaram no estágio não obrigatório uma maneira de suprir seu conhecimento na prática da Fisioterapia. De forma semelhante, o mesmo ocorre com a IES-C, apesar da baixa amostragem. Na IES-A ocorre algo interessante, apesar da maioria considerar entre bom (62,8%) e excelente (19,6%) a qualidade do estágio; mesmo assim, 62,7% dos egressos afirmam ter realizado estágio não obrigatório.

O aluno que realiza o estágio não obrigatório ou extracurricular durante sua formação acadêmica tem a oportunidade de conhecer fisioterapeutas inseridos na profissão, fazer contato com profissionais de outras áreas da saúde, ampliar o conhecimento técnico-científico e, principalmente, se aproximar das necessidades em saúde da população.

Questão 8: Qual a principal contribuição do curso, considerando o período em estudou na Instituição de Educação Superior?

IES	Respostas (%)					
	Aquisição de formação profissional	Aquisição de conhecimento teórico	Obtenção de diploma de ensino superior	Melhor perspectiva de ganho material	Compromisso profissional com o coletivo social	Em branco
A	54,9	11,8	3,9	25,5	3,9	0
B	16,7	33,3	16,7	0	16,7	16,6
C	0	50,0	50,0	0	0	0

Quadro 31 – Egressos – Resultados da Questão 8

Fonte: Elaborado pelo Autor

Na IES-A entre os egressos 54,9% consideram a Aquisição de formação profissional e 25,5% consideram a Melhor perspectiva de ganho material. Na IES-B 33,3% dos egressos consideram a Aquisição de conhecimento teórico e 50% dos egressos da IES-C consideram a Aquisição de conhecimento teórico e a Obtenção de diploma de ensino superior como principal contribuição do curso.

Nota-se que uma pequena porcentagem de egressos das IES-A e B e nenhum da IES-C entende que o Compromisso profissional com o coletivo social foi a principal contribuição do curso. Talvez esses resultados reflitam a visão dos cursos nesse sentido, preocupando-se mais com práticas terapêuticas fragmentadas distantes do conceito de integralidade na saúde.

A compreensão e reflexão sobre o lugar social do fisioterapeuta, por meio de suas práticas devem estar presentes na sua formação acadêmica, a fim de reproduzir ações sociocomunitárias voltadas à realidade da população.

Questão 9: Como considera a sua formação acadêmica para a profissão como forma de participação e de contribuição social?

IES	Respostas (%)			
	Totalmente satisfatório	Satisfatório	Insatisfatório	Em branco
A	23,5	74,5	0	2,0
B	0	66,7	33,3	0
C	0	50,0	50,0	0

Quadro 32 – Egressos – Resultados da Questão 9

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos egressos da IES-A considera entre satisfatório (74,5%) e totalmente satisfatório (23,5%). Nas IES-B e C nenhum deles considerou totalmente satisfatório, no entanto, 33,3% dos egressos da IES-B e 50% da IES-C consideraram insatisfatório.

Apesar dos resultados indicarem que os egressos da IES-A consideram a sua formação acadêmica para a profissão como forma de participação e de contribuição social, quando se refere à Questão 8 nota-se que a maioria entende como principal contribuição do curso a Aquisição de formação profissional e como última opção o Compromisso profissional com o coletivo social.

Assim, entende-se que, apesar dos egressos considerarem que a sua formação acadêmica contribuiu como forma de participação e de contribuição social, o que mais eles visam é a Aquisição de formação profissional. Nesse sentido, esse olhar focado na sua própria formação restringe o egresso de seu envolvimento nos conflitos de interesses da comunidade, imprimindo ações isoladas e individualizadas, ao contrário de ações integradoras em prol da profissão e da sociedade.

Nas IES-B e C, 33,3% e 50% dos egressos, respectivamente, consideram como insatisfatório a sua formação acadêmica para a profissão como forma de participação e de contribuição social. Esse dado é interessante, pois, revela uma insatisfação que pode servir como parâmetro de reorientação do curso. Assim, compreende-se que tanto a IES-A, como as IES-B e C carecem na sua formação acadêmica de uma ação prática mais reflexiva e contextualizada com os anseios da comunidade.

Questão 10: Exerce sua atividade profissional no setor público ou privado?

IES	Respostas (%)				
	Público	Privado	Público e Privado	Docência	Não estou em atividade
A	0	62,7	5,9	1,9	29,5
B	0	66,7	16,7	0	16,6
C	0	0	50,0	0	50,0

Quadro 33 – Egressos – Resultados da Questão 10

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria dos egressos das IES atua profissionalmente no setor privado em Campinas. Há uma porcentagem de egressos das IES-A, B e C, ou seja, 5,9%, 16,7% e 50% respectivamente, que atua no setor público e privado, porém, a porcentagem que se refere aos egressos da IES-C equivale somente à resposta de um egresso. Nota-se ainda, um número de egressos que não está em atividade, talvez por ser em sua maioria egressos recentes das IES.

Portanto, os dados revelam que cerca de 70% dos egressos provindos dessas IES de Campinas concentram-se, em sua maioria, no setor privado, o que coincide com os dados levantados no Censo (2008) aplicado pelo CREFITO-3, no qual se tem estimado que 70% dos profissionais do Estado de São Paulo atuam no setor privado. Isso ocorre em função de diversos fatores, a inexistência de vagas abertas no setor público que empurra os profissionais ao

setor privado e a possibilidade de melhor remuneração no atendimento particular.

Questão 11: Em qual(s) área(s) você atua na Fisioterapia?

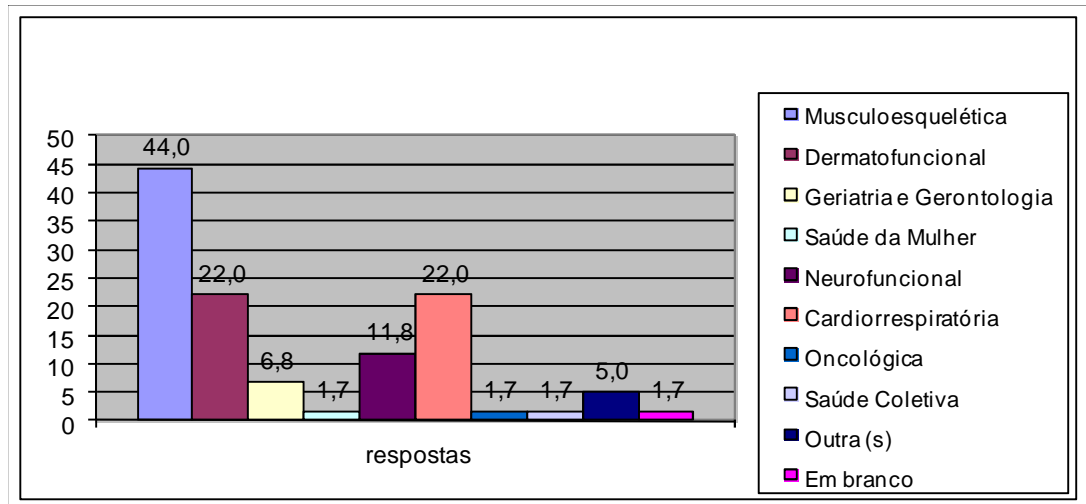


Gráfico 2 – Egressos – Resultados da Questão 11

Fonte: Elaborado pelo Autor

O gráfico 2 inclui todos os egressos das IES, a fim de que se tenha uma visão geral das áreas de atuação dos mesmos. A escolha do egresso pela área de atuação, não necessariamente revela como única, mas em vários casos, este compartilha sua atuação em outras áreas.

Essa questão tem o intuito de permitir que se apresentem dados que revelem a colocação do fisioterapeuta na área de Saúde Coletiva, por se tratar de uma área que se preocupa essencialmente com a prevenção e promoção da saúde da população. Logo, o gráfico revela que as principais áreas de atuação dos egressos são: a Musculoesquelética (44%); a Dermatofuncional (22%); a Cardiorrespiratória (22%) e a Neurofuncional (11,8%), todas elas com especial atenção na reabilitação. Por outro lado, a procura pela área da Saúde Coletiva na cidade de Campinas é demasiadamente pequena, o que indica seriamente a carência de políticas de saúde pública e privada voltadas ao engajamento sociocomunitário do fisioterapeuta na prevenção e promoção da saúde da população.

Questão 12: Enquanto fisioterapeuta como considera a sua remuneração na atividade profissional que exerce?

IES	Respostas (%)			
	Totalmente satisfatório	Satisfatório	Insatisfatório	Em branco
A	1,9	15,7	76,5	5,9
B	0	16,7	66,7	16,6
C	0	50,0	50,0	0

Quadro 34 – Egressos – Resultados da Questão 12

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria, ou seja, de 50 a 76,5% dos egressos das instituições considera como insatisfatório sua remuneração na atividade.

O fisioterapeuta pode atuar no setor público e privado, porém, a prevalência maior concentra-se no setor privado. No setor privado, exceto no atendimento particular – que o fisioterapeuta é remunerado diretamente pelo paciente e controla seu espaço de atuação – em geral, quem determina a remuneração e o controle de vagas para fisioterapeutas, são os planos de saúde, seguradoras ou empresas que reembolsam diretamente ao funcionário quando da utilização do serviço.

Assim, no sentido da autonomia e flexibilidade nas ações na profissão, o controle da empregabilidade e remuneração do fisioterapeuta fica nas mãos de outros que, por interesses econômicos, não ampliam o espaço dos fisioterapeutas e nem mesmo de outros profissionais da saúde.

No entanto, os planos de saúde que atingem 24% da população brasileira não cobrem toda população de assistência à saúde, pois, é um serviço pago, de alto custo e restrito à regulamentação da ANS. Portanto, a grande maioria tem que recorrer à assistência pública na saúde, ou seja, os outros 146 milhões de habitantes no Brasil. Restrito ao atendimento no setor privado, como em outras cidades, o fisioterapeuta em Campinas é persuadido a trabalhar dentro do que rege o controle dos planos de saúde.

Questão 13: Participa como profissional em eventos de saúde pública, conselhos de saúde (SUS), movimentos sociais, associações de classe ou de especialidades?

IES	Respostas (%)					
	Sempre	Nunca	De vez em quando	Não tenho interesse	Desconheço	Em branco
A	2,0	41,2	35,3	3,9	15,7	1,9
B	0	16,7	66,7	0	16,6	0
C	0	50,0	0	0	50,0	0

Quadro 35 – Egressos – Resultados da Questão 13

Fonte: Elaborado pelo Autor

Na IES-A, 41,2% dos egressos nunca participaram contra 35,3% que afirmam que participam de vez em quando. Na IES-B 66,7% afirmam que participam de vez em quando, ao contrário da IES-C onde os egressos afirmam que nunca participaram e até desconhecem.

Sendo um profissional da saúde é relevante que o fisioterapeuta se envolva nas questões da saúde, em especial, a saúde pública. Nela são encontrados os verdadeiros desafios da população, no confronto com políticas públicas desajustadas com as suas necessidades. A construção de novas mudanças na sociedade advém da ampla participação dos atores envolvidos pelos interesses da coletividade.

Muitas propostas e ações são discutidas, debatidas e deliberadas em espaços comuns como, movimentos sociais, eventos sobre a saúde, conselhos de saúde, entidades representativas da classe e etc. Logo, o fisioterapeuta não pode se distanciar desses espaços, pois conflitos de interesses da profissão permeiam essas discussões e seu envolvimento é fundamental para seu amadurecimento e melhor compreensão sobre questões sociocomunitárias. Os dados do quadro 35 demonstram o quão é necessária a inclusão social do fisioterapeuta nesses espaços, assumindo seu papel na sociedade como um agente autônomo e transformador social.

Questão 14: Além do registro obrigatório no CREFITO-3, em qual entidade de classe ou de especialidade da Fisioterapia você é associado?

IES	Respostas (%)							
	Não sou filiado	AFICAMP	AFB	ASSOBRAFIR	ABRAFISM	ABRADIMENE	Outra	Em branco
A	88,2	5,9	0	0	0	0	0	5,9
B	66,7	16,7	0	0	0	0	0	16,6
C	100,0	0	0	0	0	0	0	0

Quadro 36 – Egressos – Resultados da Questão 14

Fonte: Elaborado pelo Autor

A maioria (66,7 a 100%) dos egressos informa que não são filiados a outras entidades de classe ou de especialidade da Fisioterapia. Uma pequena porcentagem (5,9 a 16,7%) informa ser filiado da Associação de Fisioterapeutas de Campinas – AFICAMP. A AFICAMP é uma entidade autônoma e representativa da classe que tem a finalidade de desenvolver ações de interesse da profissão e da comunidade, aberta a acadêmicos e profissionais.

Os dados revelam a necessidade destas entidades de identificar as razões que levam o fisioterapeuta a não se filiar. Quando se faz reflexão sob o olhar do fisioterapeuta, percebe-se que enquanto a regulamentação federal estabelecida no período militar, entre outros, garante os atos privativos da profissão, por outro lado, obriga o profissional a dispor financeiramente o pagamento de anuidade ao seu Conselho Regional, que tem por função principal a fiscalização do exercício profissional do fisioterapeuta quando do atendimento à população. Assim, esse talvez seja um entrave para o profissional, que para se filiar a outras entidades deve também dispor do pagamento de anuidade. No entanto, a função principal dessas entidades não é exercer um caráter fiscalizador sobre o fisioterapeuta, mas sim de defender os interesses do fisioterapeuta, da Fisioterapia e atuar nos campos das especialidades.

Tal situação ocorre também na Medicina, Odontologia, Psicologia, Fonoaudiologia, e tantas outras profissões da saúde e, igualmente, em outras áreas. No entanto, o fato dos profissionais serem obrigatoriamente registrados em seu Conselho da Classe, não os restringe de se filiar em associações, sociedades, etc. Assim, o engajamento do profissional deve começar durante sua formação acadêmica, porém, não o desresponsabiliza de participar de eventos, reuniões e atuar nas entidades e classe ou de especialidade, alicerçando sua compreensão sobre seu papel na sociedade e futuro na profissão.

Questão 15: Já foi ou é membro do Conselho Municipal (SUS), Conselho Local de Saúde (SUS) ou Entidade Filantrópica no município de Campinas?

IES	Respostas (%)				
	Não	Sim. Qual?	Não tenho interesse	Desconheço	Em branco
A	100	0	0	0	0
B	88,2	0	0	7,9	3,9
C	100,0	0	0	0	0

Quadro 37 – Egressos – Resultados da Questão 15

Fonte: Elaborado pelo Autor

Nenhum dos egressos das IES não faz parte de Conselhos de Saúde ou de Entidades Filantrópicas, além de alguns afirmarem que desconhecem.

Na concepção de Cohn e Elias (2002, p.175):

Os Conselhos de Saúde são instrumentos deliberativos de participação social e de controle público que trazem os interesses do bem comum dos segmentos organizados da sociedade que neles ocupam assento que defendem os princípios e ações do SUS na comunidade.

Neles o fisioterapeuta tem a oportunidade de compreender a sociedade, a sua visão de saúde e as relações de poder estabelecidas no espaço. Por exemplo, a inclusão do fisioterapeuta na comunidade passa por discussão e decisão do Conselho

de Saúde, portanto, é de fundamental importância a participação do fisioterapeuta em instâncias de controle social.

A cada dia as entidades filantrópicas conclamam a sociedade sua participação, quer seja em ações imediatas ou mais duradouras. São entidades com o maior número possível de ações voltadas à infância, idosos, pessoas com necessidades especiais, etc. Todas elas necessitam da colaboração da sociedade e o fisioterapeuta precisa sensibilizar-se em prol dessas ações que transformam a vida em comunidade, reconhecem a saúde como direito do cidadão a condições dignas de vida e que promovem o exercício da cidadania.

Questão 16: No seu entendimento quais ações seriam necessárias para ampliar o espaço de colocação profissional do fisioterapeuta na cidade de Campinas? Assinale abaixo quantas forem necessárias.

Perguntas	Respostas (%)		
	IES-A	IES-B	IES-C
Incentivar a participação dos profissionais nas entidades representativas de classe	54,7	50	100
Cobrar da Prefeitura de Campinas a inclusão de fisioterapeutas no setor público de saúde	86,8	50	100
Melhorar a qualificação técnico-científica dos profissionais	50,9	66,66	50
Incentivar ações para melhorar a remuneração dos fisioterapeutas no setor privado	64,15	33,3	100
No momento não há necessidade de qualquer ação nesse sentido	0	0	0

Quadro 38 – Egressos – Resultados da Questão 16

Fonte: Elaborado pelo Autor

Entre as ações, a maioria dos egressos das IES acredita que “Cobrar da Prefeitura de Campinas a inclusão de fisioterapeutas no setor público de saúde” é a principal delas.

Em suma, como já argumentado nas Questões 13, 14 e 15, a construção de novas mudanças na sociedade advém da ampla participação dos atores envolvidos pelos interesses da coletividade, e o fisioterapeuta é um deles. Ele é o responsável pelo seu papel na sociedade e futuro na profissão; suas atitudes e ações refletem a sua inclusão na comunidade, reconhecendo a

saúde como direito do cidadão a condições dignas de vida e a promoção do exercício da cidadania. Então, como já afirmado anteriormente, depois de muito empenho dos membros da Associação de Fisioterapeutas de Campinas - AFICAMP, a partir do Projeto de Lei nº 500/2009, conseguiu a sua aprovação na Câmara dos Vereadores e a sanção, pelo Prefeito Municipal de Campinas, da Lei Municipal nº 13.896, em 27 de julho de 2010, que dispõe sobre a inclusão de fisioterapeutas nas equipes multidisciplinares e multiprofissionais em programas de assistência à saúde no município de Campinas.

Este é um exemplo, que a mobilização responsável de uma classe pode obter conquistas para a profissão e, principalmente, para a população, que irá usufruir desta. No entanto, a implantação da Lei pela Secretaria da Saúde ainda demanda de muita luta e persistência para que seja aberto concurso público para fisioterapeutas em Campinas. Isso se faz com o envolvimento de todos os atores da profissão, quer seja, acadêmicos ou profissionais, a fim de lidar com os conflitos de interesses das políticas públicas da cidade.

Entre outras ações, os egressos acreditam que se deve “Incentivar ações para melhorar a remuneração dos fisioterapeutas no setor privado”. Como já mencionado uma média de 70% dos fisioterapeutas atuam no setor privado e grande parte desse trabalho é remunerada pelos planos de saúde suplementares. Assim, como já detalhado anteriormente, os valores pagos aos profissionais não são controlados por aqueles da profissão, ficando sujeitos a valores irrisórios, bem como exploração econômica e financeira do sistema de saúde suplementar.

Mais uma vez, os atores envolvidos na profissão como, acadêmicos, profissionais, associações, conselhos de classe, sindicatos e outros, devem se articular e lutar pelos interesses da saúde, pois dados significativos da ANS comprovam que 46,6 milhões de cidadãos, 24% da população brasileira contam com um plano de saúde. Assim, devido ao estreito acesso à saúde suplementar, em função dos custos financeiros torna-se mais difícil ao cidadão, e nesse processo o fisioterapeuta é corresponsável, por ser um dos atores envolvidos na promoção, prevenção e reabilitação da saúde na população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa buscou-se verificar, se os cursos de graduação de Fisioterapia de três Instituições de Ensino Superior da cidade de Campinas (SP) contribuíram para a formação profissional e inserção social do egresso na sociedade. Para isso, foi realizada uma coleta de dados, através da aplicação de questionário com alunos e egressos dessas instituições. Esses dados coletados contribuíram, significativamente, ao longo da pesquisa, pois, possibilitou verificar a formação acadêmica do aluno, a contribuição do curso na sua profissão e quais as demandas referentes à sua colocação profissional, a fim de integrá-lo como um agente autônomo e transformador socialmente.

Inicialmente se verificou que os alunos, tanto de 1º ano, quanto de 4º ano revelam certo grau de satisfação e interesse pelo curso, como sujeito da aprendizagem e tendo o professor como facilitador e mediador de seu processo ensino-aprendizagem. Assim, se pode compreender que, o aluno que desde o início do curso se sente responsável por sua formação acadêmica, apontando suas queixas e sugestões, voltadas ao seu aprimoramento traz sua percepção sobre o curso e indica sua expectativa para o pleno desenvolvimento de suas habilidades e competências, exigidas no exercício futuro da profissão. Entretanto, há um número razoável de alunos do 4º ano de duas das instituições pesquisadas que afirma que o currículo do curso não é bem integrado e não tem transparente uma articulação entre as disciplinas e seus conteúdos programáticos.

Um currículo mais flexível que não direcione seu foco somente para disciplinas específicas corroboram para uma formação profissional do aluno, de modo mais amplo e interdisciplinar; uma formação direcionada à atenção sociocomunitária. Considerando que os currículos dos cursos de graduação da área da saúde devem promover a interdisciplinaridade durante a formação acadêmica, faz-se uma referência à afirmação de Andrade et al (2006, p.213):

É nessa área que vemos incluído o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e

epidemiológicos, bem como na inclusão de conhecimentos relativos às políticas de saúde, educação, trabalho e administração.

Assim, entendo que um currículo, preocupado somente com aspectos técnico-científicos, fragmentados em disciplinas específicas, que não se inter-relacionam, impede o aluno de desenvolver uma visão holística mais voltada à totalidade do ser humano. Nesse sentido, em função das diretrizes curriculares, compreendo como Andrade et al (2006, p.213) ponderam:

Reconhecemos, com as novas diretrizes, o avanço ocorrido na elaboração, estruturação e determinação de competências e habilidades e na indicação de estudos interdisciplinares que envolvem as diferentes áreas, e o atrelamento da prática voltada para a realidade social de nossa população e dos preceitos que orientam a organização de nosso sistema de saúde.

Ao serem questionados, se na sua vida acadêmica há interação com outros profissionais da saúde e o público em geral, um número expressivo de alunos do quarto ano entende como parcial essa interação e um número bem menor de alunos informa que não há interação. Nesse sentido, é possível entender a necessidade de atenção nesse aspecto, pois a capacidade de trabalhar em equipe e de se envolver com a comunidade deve ser sempre essencial para a formação acadêmica e a colocação profissional do egresso. Essa interação tem por base o estudo interdisciplinar e uma relação próxima à comunidade, a fim de compreender, gerir e resolver suas demandas e conflitos.

A partir desta análise percebe-se que, para melhor compreensão desse processo de interação dos alunos com outros profissionais da saúde e o público em geral, é preciso acreditar na educação como um processo dinâmico e transformador do aluno, capaz de conhecer seu mundo, aos outros e a si mesmo.

Quando questionados em relação ao acesso aos serviços de saúde durante o estágio curricular obrigatório, 5 alunos de duas instituições informaram não ter acesso aos serviços de saúde (Clínica, Centro ou Posto de Saúde, Centro de Reabilitação, Hospital, etc.) no município de Campinas. Assim, é importante que a instituição identifique qual serviço da saúde que o aluno não tem acesso, a fim de que não seja prejudicado em sua formação

acadêmica. Pode, no entanto, ocorrer do aluno ter se confundido na resposta em relação a serviços da saúde que não ainda não foram contemplados no estágio.

O aluno, tendo por objeto de intervenção e práxis profissional, a Fisioterapia, deve vivenciar o campo da promoção e prevenção da saúde coletiva, sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação, facilitando a inclusão social do fisioterapeuta, por meio da educação voltada ao sentido comunitário. Percebe-se, assim, que, apesar da maioria dos alunos se sentir apta em desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, a partir da perspectiva de inclusão social do fisioterapeuta na comunidade, há os alunos que se sentem parcialmente aptos. Portanto, há necessidade dos professores e da instituição identificar quais os fatores que comprometem o desenvolvimento das habilidades gerais ou específicas do aluno, na busca por atrelar práxis profissional à realidade social da população, bem como aos modelos de atenção à saúde.

É interessante que alguns alunos consideram totalmente satisfatória a sua formação acadêmica para a profissão, como forma de participação e de contribuição social, pois demonstram que estão abertos a desenvolver sua formação acadêmica sob um olhar mais voltado à perspectiva sociocomunitária na profissão, e não apenas na perspectiva técnica-científica. No entanto, há outros alunos que consideram sua formação como satisfatória, revelando a necessidade de se envolver mais em ações conectadas com a realidade socioeconômica da população, além de identificar as formas de intervenção nas questões da saúde na comunidade.

Quando se faz referência à participação do aluno em eventos da saúde, que oportunizam discussões de interesse da profissão e da coletividade, se pode perceber que há conflito no posicionamento dos alunos. Pois, de um lado os alunos consideram sua formação acadêmica como forma de participação e de contribuição social; de outro lado informam que nunca participaram, ou que participam de vez em quando desses eventos.

Isso demonstra que há necessidade, daqueles que estão envolvidos na organização e liderança dos eventos, que estejam mais próximos do meio

acadêmico, trazendo informações para que um número maior de alunos possa participar. Porém, não basta somente informar o aluno, é necessário mostrar a importância da participação para o seu desenvolvimento acadêmico e conhecimento da realidade da profissão e da sociedade. Para Morin (2003, p.36), em seu livro “Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro”, bem cita o segundo Saber: “O conhecimento das informações ou dos dados isolados é insuficiente. É preciso situar as informações e os dados em um contexto para que adquiram sentidos”. Assim, compreende-se que o engajamento e participação, também do professor, do coordenador do curso de Fisioterapia e da instituição, pode garantir ao aluno uma formação global e crítica voltada à profissão e à sociedade.

Em Campinas, a Associação de Fisioterapeutas de Campinas – AFICAMP, sempre convoca e compartilha informações acerca de eventos que tratam assuntos de interesse da classe como, por exemplo, a inclusão do fisioterapeuta na rede pública de saúde. Entretanto, o engajamento das instituições não confere a presença de um grande número de alunos e, por essa razão, deve-se refletir sobre a participação de todo o conjunto de professores, coordenadores de curso e todos aqueles envolvidos com a formação acadêmica do aluno participassem com mais frequência nesses eventos. Isto porque, o encontro de todos esses atores que se figuram no espaço acadêmico contribui para momentos de reflexão e análise sobre temas ligados à profissão e às demandas da sociedade, revigorando e abrindo novos caminhos para discussões em torno da saúde.

Ao questionar o aluno, a fim de saber se ele é associado a alguma entidade de classe ou de especialidade da Fisioterapia, a resposta é que dos 253 alunos distribuídos entre o 1º e 4º anos, apenas 5 alunos informam que são associados a uma entidade de classe da Fisioterapia. Então, a partir desse resultado verifica-se que, além dos alunos não participarem, ou participarem de vez em quando em eventos da saúde, a grande maioria dos alunos não é associada a nenhuma entidade de classe ou de especialidade. Isso demonstra que não houve avanço suficiente nesse sentido, pois, há pouco engajamento e participação dos alunos nas suas entidades de classe. O recomendado é: quanto mais cedo o aluno se envolver nas questões da profissão, maior o

amadurecimento e compreensão do seu papel, além do encorajamento para atender os desafios impostos pela profissão e pela sociedade.

Considera-se preocupante essa constatação, porque uma profissão que tem em sua práxis profissional a atenção voltada à promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população; capaz de assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (PARECER CNE/CES nº 1210/2001) têm por dever alicerçar suas entidades representativas de classe. Cabe lembrar que, após ter concluído o curso de graduação em instituição reconhecida pelo MEC, o fisioterapeuta, obrigatoriamente, deve se inscrever para obtenção de sua licença de trabalho no CREFITO-3, para o exercício legal da profissão. Contudo, regimentalmente, o CREFITO-3 não abre inscrições a alunos de graduação, apenas para profissionais. Entretanto, o aluno neste caso, pode se associar e participar livremente de qualquer associação de classe ou especialidades de caráter municipal, estadual, nacional ou internacional.

Esse caráter associativo é, inclusive, apontado no Código de Ética da Fisioterapia como dever de todo fisioterapeuta, com o objetivo de apoiar as iniciativas que visam o aprimoramento cultural e a defesa dos legítimos interesses da respectiva classe. Quanto ao Código de Ética a maioria dos alunos o conhece, mas há uma quantidade razoável de alunos que afirma conhecer parcialmente o Código. Nessa situação, entende-se que o aluno deve refletir sobre o Código de Ética desde o 1º ano do curso, mas é no 4º ano, durante o estágio curricular obrigatório, que os preceitos do Código se faz presente, no momento em que o aluno passa a atender a população, compartilhar ações em equipe e desenvolver responsabilidade social.

Com relação aos alunos egressos das IES-A, B e C, como segue, apesar de não se obter uma quantidade homogênea de participantes, aqueles que responderam o questionário trouxeram informações interessantes, que contribuíram para nossa compreensão, no sentido de como o ensino na graduação influenciou na sua colocação profissional.

Na avaliação dos egressos as instalações físicas das IES foram adequadas e que o currículo promoveu a interdisciplinaridade no processo ensino-aprendizagem, apesar de uma parcela de egressos entender que não

houve ou não se lembra se o currículo do seu curso foi bem integrado e com clara articulação entre as disciplinas e seus conteúdos programáticos. Entretanto, há um consenso favorável entre os egressos quanto ao conhecimento e domínio dos professores das disciplinas ministradas.

Quando se dá ênfase ao estágio curricular obrigatório, realizado pelo egresso no 4º ano de graduação, percebe-se que há uma parcela de alunos que o considera regular, apesar de outros afirmarem que foi bom ou excelente. Mesmo não representando unanimidade constata-se que é necessária atenção ao aliar o ensino teórico à vivência prática do aluno, sem que promova o distanciamento da atenção em saúde na comunidade. Nesse sentido, vários alunos informaram que realizaram estágio curricular não obrigatório ou extracurricular e que, sem dúvida, contribuiu para seu aprimoramento técnico-científico e de participação sociocomunitária.

No questionário se indagou aos egressos sobre qual a principal contribuição do curso durante a graduação, cujas respostas foram bem variadas, entre elas: aquisição de formação profissional; melhor perspectiva de ganho material; aquisição de conhecimento teórico e obtenção de diploma de ensino superior. Apenas uma pequena parcela de egressos considera o compromisso profissional com o coletivo social como a principal contribuição do curso.

É possível compreender que cada egresso teve seu objetivo durante o curso, mas o que se observa é que ainda há um distanciamento da prática fisioterapêutica focada no conceito de integralidade na saúde humana. Esse distanciamento restringe seu envolvimento nos conflitos de interesses da comunidade e da profissão, o que o impulsiona para ações isoladas, individualizadas e descontextualizadas, ao contrário de ações integradoras em prol da profissão e da sociedade. Assim, a partir do contexto do olhar voltado à saúde integral do indivíduo, frutificam ações de prevenção, promoção e reabilitação, que podem se reproduzir por meio de ações sociocomunitárias voltadas à realidade socioeconômica da população.

Essa falta de compreensão sobre sua participação e contribuição social, bem como o distanciamento do compromisso com o coletivo social pode refletir no interesse do egresso em participar de eventos da saúde, porque

muitos deles afirmaram no questionário que participam de vez em quando, outros nunca participam e há aqueles que desconhecem esses eventos.

Como já mencionado anteriormente a AFICAMP sempre disponibiliza informações a profissionais, professores e alunos, a respeito de eventos que trazem para discussão as demandas da profissão e da sociedade. Assim, enquanto aluno de graduação os atores envolvidos na sua formação acadêmica, como professores, coordenador do curso e instituição devem incentivar o engajamento e participação dos alunos nesses eventos, no entanto, cabe ao egresso o dever de participar de ações de interesse da profissão e da coletividade. Entende-se que se trata de um aspecto importante, que se refere a sua colocação profissional, a fim de integrá-lo como um agente autônomo e transformador social.

Também se observa que a colocação profissional do fisioterapeuta em Campinas, depende da conscientização de todos os atores envolvidos na Fisioterapia como, também, do engajamento nos conselhos da saúde e entidades filantrópicas, pois são espaços organizados que propiciam a inclusão do profissional e que tratam coletivamente dos interesses da sociedade. Entretanto, infelizmente todos os egressos afirmaram que não participam em nenhum desses espaços que promovem ações que transformam a vida em comunidade, que reconhecem a saúde como direito do cidadão a condições dignas de vida e que promovem o exercício da cidadania. O egresso informa, ainda, que não é associado à entidade de classe ou de especialidade da Fisioterapia, o que provoca o enfraquecimento da entidade e o distanciamento do profissional, no sentido de compreender seu papel, solidarizar-se com as dificuldades socioeconômicas da população e de enfrentar coletivamente os desafios impostos pela profissão e pela sociedade.

Quanto à atividade profissional verifica-se que a maioria a exerce no setor privado, relegando a um pequeno número de egressos que atuam tanto no setor público como no setor privado, e ainda, há um número de egressos que não estão em atividade, talvez por ser, em sua maioria, egressos recentes das IES. Cabe ressaltar que, a inexistência de vagas abertas no setor público em Campinas direciona a maioria dos profissionais ao setor privado, que tem como principal remuneração o atendimento particular do paciente. Daí a

percepção de que essa situação ocorre devido à falta de política pública e privada na área da saúde em Campinas, que atenda as demandas da profissão e, principalmente, a capacidade socioeconômica da população que, sem opção, busca a assistência pública em saúde.

Os dados colhidos nos questionários dos egressos confirmaram essa ampla atuação do fisioterapeuta no setor privado e não revelaram a inclusão de profissionais na área da Saúde Coletiva. Assim, reafirma-se a extrema carência de políticas de saúde pública e privada voltadas ao engajamento sociocomunitário do fisioterapeuta, na prevenção e promoção da saúde da população.

Embora os egressos concentrem-se, em sua maioria, no setor privado, quando questionados como considera sua remuneração na atividade profissional que exerce, se verificou um grande desapontamento dos mesmos. A maioria considera insatisfatória sua remuneração na atividade, pelo fato de que a maior parte dos profissionais está restrita ao atendimento de pacientes provindos dos planos de saúde e seguradoras, que estabelecem parâmetros de remuneração regidos pela “Tabela da Associação Médica Brasileira” (AMB). Então, apesar da profissão ter sua própria tabela de referências de valores dos atendimentos, denominada “Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos” (RNHF), esta não é reconhecida e empregada pelos planos de saúde, que tem, historicamente, a Tabela AMB como referência.

Finalmente, foi elaborada uma última questão para que o egresso informasse quais ações seriam necessárias para ampliar o espaço de colocação profissional do fisioterapeuta na cidade de Campinas e a maioria dos egressos das IES respondeu que seria cobrar da Prefeitura de Campinas a inclusão de fisioterapeutas no setor público de saúde.

Pois bem, em 27 de julho de 2010, após o empenho da AFICAMP, de profissionais da cidade e de vereadores da Câmara Municipal de Campinas, houve a conquista da aprovação da Lei Municipal nº 13.896, que autoriza o Poder Público a incluir Fisioterapeutas nas equipes multidisciplinares e profissionais, encarregadas da execução de programas de assistência à saúde da população. No entanto, a implantação da Lei, pela Secretaria da Saúde ainda demanda muita luta e persistência para que seja aberto um concurso

público para fisioterapeutas em Campinas. Entende-se que, a abertura do concurso possa ocorrer quando houver o envolvimento de vários atores, são eles, acadêmicos, profissionais, coordenadores dos cursos de Fisioterapia, IES, entidades de classe e de especialidades, gestores públicos e a sociedade, a fim de que se possa ganhar forças para lidar com os conflitos de interesses das políticas públicas na área da saúde na cidade.

Os egressos afirmaram, ainda, que devem ser incentivadas as ações para melhorar a remuneração dos fisioterapeutas no setor privado, pois, os valores pagos aos profissionais não são controlados por àqueles da profissão, ficando sujeitos a valores irrisórios, sob exploração econômico-financeira do sistema de saúde suplementar. Ao mesmo tempo em que, a população que faz uso do sistema suplementar de saúde, a cada dia fica mais restrita às normativas e custos dos planos de saúde regidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS). Sendo assim, o fisioterapeuta tem por obrigação ampliar seus esforços que não devem ser voltados somente à profissão, mas sob uma perspectiva sociocomunitária da saúde, por meio do envolvimento de acadêmicos, profissionais, clínicas, consultórios, hospitais, IES, entidades de classe e de especialidades, gestores privados e a sociedade.

Em resumo, tem-se como pontos positivos que:

- Foi possível verificar a formação acadêmica do aluno, a contribuição do curso na sua profissão e quais as demandas referentes à sua colocação profissional, a fim de integrá-lo como um agente autônomo e transformador socialmente.

- Tanto o aluno de 1º ano, quanto de 4º ano revelaram certo grau de satisfação e interesse pelo curso, como sujeito da aprendizagem e tendo o professor como facilitador e mediador de seu processo ensino-aprendizagem.

- O aluno desde o início do curso se sente responsável por sua formação acadêmica, apontando suas queixas e sugestões, voltadas ao seu aprimoramento, trouxe sua percepção sobre o curso e indicou sua expectativa para o pleno desenvolvimento de suas habilidades e competências, exigidas no exercício futuro da profissão.

- Alguns alunos consideram totalmente satisfatória a sua formação acadêmica para a profissão, como forma de participação e de contribuição

social, pois demonstram que estão abertos a desenvolver sua formação acadêmica sob um olhar mais voltado à perspectiva sociocomunitária na profissão, e não apenas na perspectiva técnica-científica.

- Na avaliação dos egressos as instalações físicas das IES foram adequadas e que o currículo promoveu a interdisciplinaridade no processo ensino-aprendizagem. Há um consenso favorável entre os egressos quanto ao conhecimento e domínio dos professores das disciplinas ministradas.

- Sobre qual a principal contribuição do curso durante a graduação, as respostas foram bem variadas, entre elas: aquisição de formação profissional; melhor perspectiva de ganho material; aquisição de conhecimento teórico e obtenção de diploma de ensino superior.

E, como pontos negativos que:

- Há um número razoável de alunos do último ano de duas das instituições pesquisadas que afirma que o currículo do curso não é bem integrado e não tem transparente uma articulação entre as disciplinas e seus conteúdos programáticos.

- Há necessidade dos professores e da instituição identificar quais os fatores que comprometem o desenvolvimento das habilidades gerais ou específicas do aluno, na busca por atrelar práxis profissional à realidade social da população, bem como aos modelos de atenção à saúde.

- Há necessidade, daqueles que estão envolvidos na organização e liderança dos eventos, que estejam mais próximos do meio acadêmico, trazendo informações para que um número maior de alunos possa participar de atividades.

- Dos 253 alunos apenas 5 alunos informam que são associados a uma entidade de classe da Fisioterapia.

Por fim ressalta-se que:

- O caráter associativo é apontado no Código de Ética da Fisioterapia como dever de todo fisioterapeuta, com o objetivo de apoiar as iniciativas que visam o aprimoramento cultural e a defesa dos legítimos interesses da respectiva classe.

- É necessária atenção ao aliar o ensino teórico à vivência prática do aluno, sem que promova o distanciamento da atenção em saúde na

comunidade. Vários alunos informaram que realizaram estágio curricular não obrigatório ou extracurricular e que este contribuiu para seu aprimoramento técnico-científico e de participação sociocomunitária.

- Também se observa que a colocação profissional do fisioterapeuta em Campinas, depende da conscientização dos atores envolvidos na Fisioterapia, do engajamento nos conselhos da saúde e entidades filantrópicas, pois são espaços organizados que propiciam a inclusão do profissional e que tratam coletivamente dos interesses da sociedade.

Por tudo isso é possível concluir que este estudo foi muito enriquecedor e permitiu compreender a contribuição do ensino de Fisioterapia para a colocação profissional do fisioterapeuta como agente autônomo e transformador socialmente. Finalmente, nesse contexto apresenta-se uma relevante citação de Almeida e Guimarães (2009, p.83):

O lugar social é construído pelos fisioterapeutas por suas práticas, que carregam significados relacionados com a forma de compreender a sociedade, com sua visão de saúde, com as relações de poder estabelecidas no seu espaço. O conceito de lugar enquanto espaço relacional oferece elementos da reprodução da vida social, portanto, da reprodução da Fisioterapia na sociedade. Compreender e refletir sobre esse lugar social é fundamental como parâmetro de reorientação dos caminhos da profissão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.L.J.; GUIMARÃES, R.B. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.1, p.82-8, jan./mar. 2009.

ALMEIDA et al. **Atribuições do fisioterapeuta no Programa de Saúde da família**: Reflexões a partir da prática profissional. Disponível em: <http://www.henriquetateixeira.com.br/up_artigo/atribuiCOes_do_fisioterapeuta_no_programa_de_saUde_da_famlli_co2gi5.pdf > Acesso em 16 dez 2010.

ANDRADE, R. M. P. de. et al. **A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde: 1991-2004**. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Brasília, DF, abril, 2006.

ANTONACCI, M. A. M.. **A vitória da razão (?)**: o idort e a sociedade paulista. São Paulo: Marco Zero, 1993.

BARRIENTOS, D.M.S. **Mulher e Saúde**: dialetizando o trabalho da enfermagem ambulatorial. São Paulo, 2002. 13p. Tese de Doutorado (Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

BISPO, J.P. Formação em Fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. Rio de Janeiro, 2009. **Rev. História, Ciências, Saúde**, v.16, n.3, jul.-set. 2009, p.655-668.

BRZEZINSKI, I. **LDB interpretada**: diversos olhares se entrecruzam. São Paulo. Cortez. 1997.

CASTANHO, M.E., CASTANHO S. (Orgs.) **O que há de novo na educação superior**. Campinas: Papirus, 2000.

CATANI, A. M. et al. Política Educacional, Mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil. **Rev. Educação & Sociedade**, ano XXII, no 75, Agosto/2001.

CHAMMÉ, S. J. **Saúde e organização social**. Faculdade de Educação, Filosofia, Ciências Sociais e da Documentação Marília: UNESP, 1988.

COHN, A.; ELIAS, P.E.M. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):173-180, 2002.

CORBUCCI, P.R. Financiamento e Democratização do acesso à educação superior no Brasil: da deserção do Estado ao Projeto de Reforma. **Rev. Educ. Soc.**, Campinas, vol. 25, n. 88, p. 677-701, Especial - Out. 2004

DA ROS, M.A.; SILVA, D.J. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6):1673-1681, 2007.

D'AMBRÓSIO, U. Sociedade, cultura, matemática e seu ensino. **Rev. Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 99-120, jan./abr. 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

GOMES A.M.A. et al. Os saberes e o fazer pedagógico: uma integração entre teoria e prática. **Rev. Educar**, Curitiba, n. 28, p. 231-246, 2006. Editora UFPR.

GOMES, P. de T. Movimentos sociais e educação comunitária: aproximações a partir de Alberto Melucci. In: 33.a Reunião Anual da ANPED - **Educação no Brasil: o balanço de uma década**, 2010, Caxambu-MG., 2010. v. 1.

HAGE, J. **A Nova Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. LDB. São Paulo, Cortez/ANDE. 1990.

HENNINGTON, E.A. **Saúde e Trabalho: Considerações sobre as mudanças na legislação acidentária brasileira e sua influência sobre a classe trabalhadora**. Campinas, 1996, p 74. Dissertação (Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas.

KONDER, L. **O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

MACHADO, D. et al. A formação ética do fisioterapeuta. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 101-105, jul./set. 2007.

MACIEL, R.V. et al. Teoria, Prática e Realidade Social: Uma perspectiva integrada para o ensino de fisioterapia. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.18, n.1, p. 11-17, jan./mar., 2005.

MARQUES, A.P.; SANCHES, E.L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Rev. Fisioter.** Univ. São Paulo, 1(1) : 5-10, jul./dez., 1994.

MEYER, P. F.; COSTA, I. do C. C.; GICO, V. de V.: Ciências sociais e fisioterapia: uma aproximação possível. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 877-90, out.-dez. 2006.

MINTO, L.W. **O público e o privado nas reformas do ensino superior brasileiro**: do golpe de 1964 aos anos 90. Campinas, 2005. 110p. Tese. (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas.

NASCIMENTO, M.N.M. **História, Trabalho e Educação**: Relações de produção e qualificação da força de trabalho na agroindústria canavieira. Campinas, 2009. 141p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas.

NETTO, M.B.; SILVA, M.S. Reforma do Estado e do Ensino Superior: Flexibilização Curricular e Mundo do Trabalho. **Educ. e Filos.**, Uberlândia, v. 21, n. 42, p. 193-226, jul./dez. 2007.

OLIVEIRA, J.A.C. **Qualidade de vida em estudantes universitários de educação física**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

PASSOS, J.R. **A Information Literacy e os deficientes visuais**: um caminho para a autonomia? São Paulo, 2010. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo.

PEREIRA, L. A.; ALMEIDA, M. J. de (col.). **Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Rio de Janeiro, 2006, p. 174. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.

PEREIRA, E.M.A., SANTOS FILHO, J.C. (Orgs.) **Escola e Universidade na Pós-Modernidade**. Fapesp. ISBN 8585725559. Mercado das Letras. 2000. São Paulo.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**. 3ª ed. Porto Alegre: ArtMed Sul, 2000.

PINHEIRO, S.F. **Construção e implementação do projeto político pedagógico do curso de fisioterapia do Centro Universitário de Várzea Grande (2001 - 2005)**. Campo Grande, 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Católica Dom Bosco.

POLIDORI, M.M., MARINHO-ARAUJO, C.M., BARREYRO, G.B. SINAES: **Perspectivas e desafios na avaliação da educação superior brasileira**. Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro, v.14, n.53, p. 425-436, out./dez. 2006.

REBELATTO, J.R.; BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil**: perspectivas de evolução como campo profissional e como área de conhecimento. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

REZENDE, M. et al. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 2009, v. 14, set-out, pp.1403-1410. ISSN: 1413-8123. Disponível em: <<http://redalcy.uaemex.mx/pdf/630/63011684010.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2010.

SALMÓRIA, J.G.; CAMARGO, W.A. Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.1, p.73-84, 2008.

SANCHEZ, E.L. Histórico da Fisioterapia no Brasil e no Mundo. **Atualização Brasileira de Fisioterapia**, ano II, vol.I n. 03, 1984

SANTOS, D.M. **O Fisioterapeuta como promotor da saúde: educação em hipertensão arterial**. Niterói, 2008. Dissertação de Mestrado – Centro Universitário Plínio Leite.

SCARPARO, H.; OZÓRIO, J.C. Registros Históricos do Conselho de Psicologia da Sétima Região (CRP-07) no período da Ditadura no Brasil. **Rev. Temas em Psicologia**, 2009, Vol. 17, n. 1, Número especial: História da Psicologia. ISSN: 1413-389X. Disponível em: <<http://www.sbponline.org.br/revista2/vol17n1/v17n1a09t.htm>>. Acesso em 13 dez 2010.

SIGNORELLI, M.C. et al. Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautado em três eixos curriculares. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 331-340, abr./jun. 2010. ISSN 0103-5150.

SILVA FILHO, R. L. L. et al. A evasão no ensino superior brasileiro. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, set./dez. 2007.

SILVA, M.A. **Intervenção e Consentimento** – a política educacional do Banco Mundial. São Paulo. Fapesp. 2002.

TOMMASO, M.C.C.; SILVA, E.A.; POLONIATO, G.S. Associativismo e Percepção do Mercado de Trabalho: uma amostra desta relação entre fisioterapeutas. **Cadernos UniFOA**, edição nº 05, dezembro 2007.

TEODOROSKI, R.C.C. **Influência do modelo pedagógico crítico na formação do fisioterapeuta para atuação na atenção primária em saúde**. Disponível em: <<http://www.sc.estacio.br/revista/saude/007.doc>> Acesso em: 16 dez 2010.

TORRES, C.K.D.; ESTRELA, J.F.M.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Contribuição da educação popular no atendimento fisioterapêutico domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(5):1877-1879, 2009.

VELLOSO, J. Políticas do MEC e recursos para o ensino no Governo Collor. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 13, n. 42, p. 256-267, 1992.

VERISSÍMO, Érico. **Olhai os Lírios do Campo**. Porto Alegre/RS: Globo; 1980
- Porto Alegre/RS; 290 páginas.

REFERÊNCIAS DA LEGISLAÇÃO

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília. DF.

_____. **Lei n. 8.856**, de 01 de março de 1994. Fixa a jornada de trabalho dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 02 mar. 1994.

_____. **Lei n. 6.316**, de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 18 dez. 1975, Seção 1.

_____. **Lei n. 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 23 dez. 1996, ano CXXXIV, n. 248, p. 27833-41.

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 set., 1990.

_____. **Lei nº 9.131**, de 24 de novembro de 1995. Altera Dispositivos da Lei 4.024, de 20 de Dezembro de 1961, e da Outras Providencias

_____. **Decreto-Lei n. 938**, de 13 de outubro de 1969. . Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 16 out. 1969, Seção 1

_____. **Decreto-Lei nº 72.493**, de 19 de julho de 1973. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D72493.htm. Acesso em: 15 dez 2010.

_____. **Decreto nº 9.640**, de 10 de dezembro de 1984. Inclusão da categoria funcional no grupo de outras atividades de nível superior a que se refere. Diário Oficial da União, nº 238 de 11 de dezembro de 1984, Seção 1, pág. 18409.

_____. **Decreto nº 3.927**, de 19 de Setembro de 2001. Promulga o Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta, entre a República Federativa do Brasil e a República. Disponível em http://www2.mre.gov.br/dai/b_port_139_3927.htm Acesso em 12 maio 2011.

BRASIL. **Resolução CNE/CES n. 04, de 19 de fevereiro de 2002.** Institui as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Fisioterapia. Brasília, Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. Secretaria de Educação Superior. Coordenação de Especialistas de Ensino. Comissão de Especialistas de Ensino em Fisioterapia.

_____. **Resolução nº 04,** de 28 de fevereiro de 1983. Aprova o Currículo mínimo para os Cursos de Fisioterapia. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Brasília, DF.

_____. **Resolução CNE/CES nº 4/2009.** Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação de Fisioterapia, Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília, DF. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação.

_____. **Resolução COFFITO-10,** de 03 de julho de 1978. Aprova o Código de Ética profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 set. 1978, n. 182, Seção I, Parte II, p. 5265/5268.

_____. **Parecer CNE/CES nº 231/2008.** Brasília, DF. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior.

_____. **Parecer CNE-CES 108/2003.** Brasília, DF. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Brasília, DF.

_____. **Parecer CNE/CES nº 329/2004.** Brasília, DF. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação.

_____. **Portaria nº 972 em 22 de agosto de 1997.** Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. Secretaria de Educação Superior. Coordenação de Especialistas de Ensino. Comissão de Especialistas de Ensino em Fisioterapia.

_____. **Portaria nº 687,** de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF.

_____. **Portaria nº 2.524,** de 19 de outubro de 2006. Institui a Comissão de Ética do Ministério da Saúde. Brasília, DF.

_____. **Glossário do Ministério da Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

Projeto de Lei nº 2726/80. Deputado Federal Salvador Julianelli. Disponível em <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol17n1/v17n1a09t.htm> Acesso em 10 nov 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Lei Municipal n. 13.896**, de 27 de julho de 2010. Diário Oficial do Município de Campinas, Campinas, SP, 28 jul. 2010: 03. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/uploads/pdf/1346392293.pdf> Acesso em 27 maio 2011.

DOCUMENTOS DISPONIBILIZADOS EM SITES

ABENFISIO. **Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia**. Disponível em <http://www.abenfisio.org.br> Acesso em 15 maio 2011.

ABENFISIO. **Projeto de Cooperação Técnica OPAS/DEGES/MS**. Relatório Técnico das Oficinas de Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Fisioterapia. Brasília, DF. 2007. Disponível em <http://www.abenfisio.org.br> Acesso em 15 maio 2011.

ABRAPG-Ft. **Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia**. Disponível em <http://www.abrapg-ft.org.br/indexABRAPG.asp> Acesso em 03 maio 2011.

AFB. **Associação de Fisioterapeutas do Brasil**. Disponível em <http://www.afb.org.br> Acesso em 03 maio 2011.

AFICAMP. **Associação de Fisioterapeutas de Campinas**. Disponível em <http://www.aficamp.org.br> Acesso em 03 maio 2011.

APTA. **American Physical Therapy Association**. Disponível em <http://www.apta.org> Acesso em 13 nov 2010.

ANS. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/promocao_prevencao.asp Acesso em 28 maio 2011.

BOLOGNA. **Declaração de Bolonha** de junho de 1999. Disponível em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Processo+de+Bolonha/> Acesso em 22 fev 2011.

CARTA DE VITÓRIA. 26 de abril de 2003. Vitória. ES. Disponível em <http://www.fisiobrasil.com.br/main.asp?link=indep&id=8> Acesso em 03 mar 2011.

CIF. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Disponível em http://www.crefito3.com.br/revista/rbf/05v9n2/pdf/129136_cif.pdf Acesso em 29 maio 2011.

CLAFK. **Confederação Latino Americana de Fisioterapia e Kinesiologia**. Disponível em <http://www.clafk.net> Acesso em 03 maio 2011.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 15 a 19 dez 2000. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf Acesso em 18 fev 2011.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Definição e Objetivos da Fisioterapia**. 2010. Disponível em <http://www.coffito.org.br> Acesso em 13 nov. 2010.

_____. **Resolução COFFITO nº 10/78**. Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível em <http://www.coffito.org.br> Acesso em 13 nov. 2010.

CREFITO-3. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo. **Definição e Objetivos da Fisioterapia**. Disponível em <http://www.crefito3.org.br> Acesso em 13 nov. 2010

_____. **Análise dos dados obtidos no I Censo dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo**. CENSO, 2008. Disponível em: <http://www.crefito3.org.br> Acesso em 11 mar. 2011.

DMES. **Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI**. Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, Paris, 9 out 1998. Disponível em http://www.interlegis.gov.br/processo_legislativo/copy_of_20020319150524/20030620161930/20030623111830 Acesso em 18 fev 2011.

INEP. **Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira**. Disponível em <http://www.inep.gov.br> Acesso em 25 nov. 2010.

OMS – **Organização Mundial de Saúde**. Disponível em <http://www.who.int/en> Acesso em 29 mar. 2011.

PAIUB - **Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras**. Disponível em <http://dominiopublico.qprocura.com.br/dp/24082/programa-de-avaliacao-institucional-das-universidades-brasileiras-paiub.html> Acesso em 12 jan 2011.

PORTAL DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006. MINISTÉRIO DA SAÚDE Brasília, DF. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcd21.pdf> Acesso em 23 mar 2011.

PORTUGAL. **Lei n.º 49**, de 30 de agosto de 2005. Disponível em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Processo+de+Bolonha/Situacao+em+Portugal> Acesso em 22 fev 2011.

RNHF. **Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos**. Disponível em <http://www.coffito.org.br>. Acesso em 22 abr. 2011.

SINAES. **Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior**. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/index.php/?id=12303&option=comcontent&view=article> Acesso em 05 de jan. 2011.

SINFITO. **Sindicato de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo**. Disponível em <http://www.sinfitosp.org.br> Acesso em 20 maio 2011.

SMS. **Secretaria Municipal de Saúde de Campinas**. Conselhos de Saúde. Disponível em <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/> Acesso em 10 nov. 2011.

SUS. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm> Acesso em 27 abr 2011.

WCPT. **World Confederation for Physical Therapy**. 2010. Disponível em <http://www.wcpt.org> Acesso em 03 maio 2011.

APÊNDICES

APÊNCICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ALUNOS DO 1º ANO DE FISIOTERAPIA

Os dados deste questionário serão utilizados para pesquisa e elaboração de Dissertação de Mestrado em Educação no UNISAL/Americana. Não é necessária a sua identificação e os dados são sigilosos.

RESPONSÁVEL: Hildebrando de Barros Ribeiro, Mestrando em Educação do Centro Universitário Salesiano de São Paulo. Campus Maria Auxiliadora. Americana. SP.

1) Quais são as condições das instalações físicas de sua Instituição de Educação Superior, tais como sala de aula, laboratório, biblioteca, sala de estudo, anfiteatro, etc.?

- Ruim
- Regular
- Bom
- Excelente

2) Numa escala de 1 a 5, onde 1 significa menos preparado e 5 mais preparado, responda, a maioria dos professores tem conhecimento e domínio das disciplinas ministradas?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

3) Numa escala de 1 a 5, onde 1 significa menos preparado e 5 mais preparado, responda, a aplicação do plano de ensino pela maioria dos professores é adequada aos objetivos do curso?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

4) O plano de ensino de cada disciplina foi apresentado pelos professores aos alunos no início das aulas?

- Sim
- Não
- Não sei / Não lembro

5) O currículo do seu curso é bem integrado e com clara articulação entre as disciplinas e seus conteúdos programáticos?

- Sim
- Não
- Não sei

6) Considerando o período em que você está, como você avalia o nível de exigência do curso?

- Ruim
- Regular
- Bom
- Excelente

7) Entende a profissão de Fisioterapia como uma forma de participação e de contribuição social?

- Sim
- Não
- Não sei

8) Reconhece a saúde como direito a condições dignas de vida e que a atuação do fisioterapeuta promove o exercício da cidadania?

- Sim
- Não
- Parcialmente

9) Participa como estudante em eventos de saúde pública, entidades de classe, conselhos da saúde ou movimentos sociais?

- Sempre
- Nunca
- De vez em quando
- Não tenho interesse
- Desconheço

10) A qual entidade de classe ou de especialidade da Fisioterapia você é associado?

- Não sou filiado a nenhuma entidade de classe ou de especialidade.
- Associação de Fisioterapeutas de Campinas - AFICAMP
- Associação de Fisioterapeutas do Brasil - AFB
- Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSOBRAFIR
- Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher – ABRAFISM
- Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento e Divulgação dos Conceitos Neurofuncionais - ABRADIMENE
- Outra (s). Qual (s)?.....

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ALUNOS DO 4º ANO DE FISIOTERAPIA

Os dados deste questionário serão utilizados para pesquisa e elaboração de Dissertação de Mestrado em Educação no UNISAL/Americana.

Não é necessária a sua identificação e os dados são sigilosos.

RESPONSÁVEL: Hildebrando de Barros Ribeiro, Mestrando em Educação do Centro Universitário Salesiano de São Paulo. Campus Maria Auxiliadora. Americana. SP.

1) Quais são as condições das instalações físicas de sua Instituição de Educação Superior, tais como sala de aula, laboratório, clínica, biblioteca, sala de estudo, anfiteatro, etc.?

- Ruim
- Regular
- Bom
- Excelente

2) Numa escala de 1 a 5, onde 1 significa menos preparado e 5 mais preparado, responda, a maioria dos professores tem conhecimento e domínio das disciplinas ministradas?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

3) O currículo do seu curso é bem integrado e com clara articulação entre as disciplinas e seus conteúdos programáticos?

- Sim
- Não
- Não sei

4) Considerando o período em que você está, como você avalia o nível de exigência do curso?

- Ruim
- Regular
- Bom
- Excelente

5) Em sua vida acadêmica há interação com outros profissionais da saúde e o público em geral?

- Sim
- Não
- Parcialmente

6) No estágio curricular obrigatório do curso você tem acesso aos serviços de saúde (Clínica, Centro ou Posto de Saúde, Centro de Reabilitação, Hospital, etc.) do município de Campinas?

- Sim
 Não

7) Está apto em desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto nível individual quanto coletivo?

- Sim
 Não
 Parcialmente

8) Tem conhecimento do código de ética profissional da Fisioterapia?

- Sim
 Não
 Parcialmente

9) Como considera a sua formação acadêmica para a profissão como forma de participação e de contribuição social?

- Totalmente Satisfatória
 Satisfatória
 Insatisfatória

10) Como estudante participa em eventos de saúde pública, promovidos por associações de classe, conselhos da saúde ou movimentos sociais?

- Sempre
 Nunca
 De vez em quando
 Não tenho interesse
 Desconheço

11) Em qual entidade de classe ou de especialidade da Fisioterapia você é associado?

- Não sou associado a nenhuma entidade de classe ou de especialidade.
 Associação de Fisioterapeutas de Campinas - AFICAMP
 Associação de Fisioterapeutas do Brasil - AFB
 Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSOBRAFIR
 Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher – ABRAFISM
 Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento e Divulgação dos Conceitos Neurofuncionais - ABRADIMENE
 Outra(s).

Qual(s)?.....

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS FISIOTERAPEUTAS

Os dados deste questionário serão utilizados para pesquisa e elaboração de Dissertação de Mestrado em Educação no UNISAL/Americana.

Não é necessária a sua identificação e os dados são sigilosos.

RESPONSÁVEL: Hildebrando de Barros Ribeiro, Mestrando em Educação do Centro Universitário Salesiano de São Paulo. Campus Maria Auxiliadora. Americana. SP.

1) Em qual Instituição de Educação Superior da cidade de Campinas fez o curso de Fisioterapia?

.....

2) Há quantos anos é formado?

- () De 1 a 2 anos
 () De 3 a 4 anos
 () Acima de 5 anos

3) Como eram as condições das instalações físicas de sua Instituição de Educação Superior, tais como sala de aula, laboratório, clínica, biblioteca, sala de estudo, anfiteatro, etc.?

- () Ruim
 () Regular
 () Bom
 () Excelente

4) O currículo do seu curso é bem integrado e com clara articulação entre as disciplinas e seus conteúdos programáticos?

- () Sim
 () Não
 () Não sei/não lembra

5) Como foi o desempenho e contribuição do corpo docente à sua vida profissional?

- () Totalmente Satisfatório
 () Satisfatório
 () Insatisfatório

6) Como considera a qualidade do estágio curricular obrigatório durante o curso de graduação?

- () Ruim
 () Regular
 () Bom
 () Excelente

7) Durante o curso de graduação realizou estágio curricular não obrigatório (em outros locais)?

- () Sim
 () Não
 () Não tive interesse

8) Qual a principal contribuição do curso, considerando o período em estudou na Instituição de Educação Superior?

- Aquisição de formação profissional
- Aquisição de conhecimento teórico
- Obtenção de diploma de ensino superior
- Melhor perspectiva de ganho material
- Compromisso profissional com o coletivo social

9) Como considera a sua formação acadêmica para a profissão como forma de participação e de contribuição social?

- Totalmente Satisfatória
- Satisfatória
- Insatisfatória

10) Exerce sua atividade profissional no setor público ou privado?

- Público
- Privado
- Público e Privado
- Docência
- Não estou em atividade

11) Em qual(s) área(s) você atua na Fisioterapia?

- Musculoesquelética
- Dermatofuncional
- Geriatria e Gerontologia
- Saúde da Mulher
- Neurofuncional
- Cardiorrespiratória
- Oncológica
- Saúde Coletiva

Outra(s),

qual(s)?.....

12) Enquanto fisioterapeuta como considera a sua remuneração na atividade profissional que exerce?

- Totalmente Satisfatória
- Satisfatória
- Insatisfatória

13) Participa como profissional em eventos de saúde pública, conselhos de saúde (SUS), movimentos sociais, associações de classe ou de especialidades?

- Sempre
- Nunca
- De vez em quando
- Não tenho interesse
- Desconheço

14) Além do registro obrigatório no CREFITO-3, em qual entidade de classe ou de especialidade da Fisioterapia você é associado?

- Não sou associado a nenhuma entidade de classe ou de especialidade.
- Associação de Fisioterapeutas de Campinas - AFICAMP
- Associação de Fisioterapeutas do Brasil - AFB
- Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSOBRAFIR
- Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher – ABRAFISM
- Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento e Divulgação dos Conceitos Neurofuncionais - ABRADIMENE
- Outra(s). Qual(s)?.....

15) Já foi ou é membro do Conselho Municipal (SUS), Conselho Local de Saúde (SUS) ou Entidade Filantrópica no município de Campinas?

- Não
- Sim. Qual?
- Não tenho interesse
- Desconheço

16) No seu entendimento quais ações seriam necessárias para ampliar o espaço de colocação profissional do fisioterapeuta na cidade de Campinas? Assinale abaixo quantas forem necessárias.

- Incentivar a participação dos profissionais nas entidades representativas de classe
- Cobrar da Prefeitura de Campinas a inclusão de fisioterapeutas no setor público de saúde
- Melhorar a qualificação técnico-científica dos profissionais
- Incentivar ações para melhorar a remuneração dos fisioterapeutas no setor privado
- No momento não há necessidade de qualquer ação nesse sentido