

**ESTADO DE ALAGOAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS –
UNCISAL**

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE E TECNOLOGIA

LUIS FERNANDO HITTA

**FORMAÇÃO PARA ATENÇÃO À SAÚDE SOB A ÓTICA DE
ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA TENDO COMO PARÂMETRO
AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS**

Maceió – AL.

2019

LUIS FERNANDO HITTA

**FORMAÇÃO PARA ATENÇÃO À SAÚDE SOB A ÓTICA DE
ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA TENDO COMO PARÂMETRO
AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, para defesa final como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde e Tecnologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo José Medeiros de Souza Costa.

Maceió – AL.

2019

HITA, Luís Fernando

Formação para atenção à saúde sob a ótica de estudantes de fisioterapia tendo como parâmetro as Diretrizes Curriculares Nacionais. / Luis Fernando Hita.-- Maceió Alagoas 2019.

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – Uncisal. Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia.

Formation for Health Care Under the Optic of Physiotherapy Students Taking Parameters as National Curricular Guidelines.

1Educação em Saúde; 2 Currículo; 3 Fisioterapia; 4 Atenção à Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

LUIS FERNANDO HITTA

Formação para Atenção a Saúde Sob a Ótica de Estudantes de Fisioterapia
tendo como Parâmetro as Diretrizes Curriculares Nacionais

Dissertação apresentada ao Programa de Pos graduação, Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, para defesa final como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde e Tecnologia.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Paulo José Medeiros de Souza Costa – UNCISAL (Orientador)

Prof. Dra. Kerle Dayana Tavares de Lucena– UNCISAL/MESTRADO (membro interno)

Prof. Dra. Simone Schwartz Lessa – UNIT/ UNCISAL. (membro externo)

Membro: Externo Prof.^a. Dr.^aAna Marlusia Alves Bomfim - UNIT.(membro externo)

Prof. Dra. Sandra Adriana Zimpel –/UNCISAL (Suplente)

DEDICATÓRIA

A Minha esposa Angela, a meus filhos Cauê e Tainá e a meu Genro João Guilherme, que dão sentido a minha vida.

A meus Pais Carlos e Magda (*in memoriam*)

Meus Irmãos, Carlos, Gerardo, Alberto, Diego, Alejandro, Maria Gabriela e Pablo.

AGRADECIMENTOS

Ao dileto Prof. Dr. Paulo José Medeiros de Souza Costa, meu orientador neste mestrado. Com ele aprendi o rigor científico, e a paciência da maturação emocional para realização deste estudo, que levarei comigo.

Á cara Prof.^a Dr.^a Almira Alves dos Santos, que me incentivou no início deste mestrado e sempre me deu seu apoio.

Á Prof.^a Dr.^a Simone Schwartz Lessa, que como amiga e colega de trabalho me motivou para não desistir.

Á Prof.^a Dr.^a Kerle Dayana Tavares de Lucena, que através de suas críticas firmes, mas repletas de amorosidade me permitiram refletir melhor sobre este trabalho.

Á Prof.^a Dr.^a Sandra Adriana Zimpel, por sua capacidade de ouvir, de modo paciente e democrático.

A Prof.^a Dr.^a Maria Gabriela Hita, que prestativamente e apesar de tanto trabalho, dedicou um tempo para ler de forma crítica este trabalho, fazendo sugestões importantes para a sua reorganização, minha gratidão sempre.

Aos Professores do eixo Saúde e Sociedade da UNCISAL que me deram o apoio e respaldo necessário nestes dois anos de mestrado.

A todos os colegas do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia que sempre me incentivaram e me apoiaram.

Ao cientista social e acadêmico de Medicina Lucas Emanuel de Oliveira Silva, que foi de grande auxílio e colaboração como Observador na coleta de dados e sistematização das mesmas .

A acadêmica Gabriela Moraes Celestino Amaral, que colaborou na observação dos Grupos Focais, como observadora e posteriormente colaborando na sistematização dos dados.

A Mary Josie Melo de Oliveira, que formatou e corrigiu este trabalho.

A Tainá Hita, João Guilherme Lessa e Angela de Borborema que sem o apoio e colaboração teria sido impossível concluir esta etapa de minha vida.

A todos que de forma direta e indireta estiveram presentes na minha motivação para a continuidade e elaboração deste trabalho.

“[...] temos que pensar e agir na perspectiva de uma educação que possibilite ao homem a discussão corajosa de sua problemática e de sua inserção nesta problemática [...]” (PAULO FREIRE, 1974).

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos alunos de graduação em fisioterapia sobre a sua formação em atenção em saúde tendo como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais, tanto quanto à visão dos mesmos sobre o trabalho em fisioterapia e suas opiniões sobre a sua formação. Também se visou detectar nos discursos dos discentes o quanto se poderia identificar sobre suas habilidades e competências em atenção em saúde propostas pelas DCN. O método utilizado, no presente trabalho, foi um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa na modalidade pesquisa de campo utilizando análise de conteúdo como técnica de discussão e grupo focal como técnica de coleta de dados cujos participantes foram estudantes da primeira turma de graduandos do curso de fisioterapia após a reforma curricular da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, sendo uma compreensão por parte dos discentes sobre a mudança curricular na formação do fisioterapeuta e que, apesar de todas as dificuldades existentes, existe a compreensão e aceitação por parte dos alunos das competências e habilidades necessárias para atenção em saúde descritas nas DCN. Reconhecemos que o objetivo de nosso trabalho foi alcançado a contento nos permitindo identificar e descrever a compreensão dos discentes sobre sua formação referente à atenção à saúde.

Palavras Chaves: Educação em Saúde, Currículo, Fisioterapia, Atenção à Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to know the perception of undergraduate physiotherapy students about their formation in health care with reference to the National Curriculum Directive-, as well as their view on work in physiotherapy and their opinions about their graduation, and how much in the discourses of the students could be identified the health care skills and competences proposed by the NCD. The method used in this study was a descriptive exploratory study with a qualitative approach in the field research modality. The focus group collection tool was used, in which the participants were the first students after the curricular change of the physiotherapy course of the Universidade Estadual de Ciências da Saúde. From the identification of categories developed in the analysis of the NCDs, it allowed us to perceive that despite all the difficulties that exist, students understand and accept the competencies and skills needed for health care described in the NCD. However, it was identified that some points regarding curriculum change are not yet fully understood and implemented by the actors of the teaching and learning process.

KEYWORDS: Health Education, Curriculum, Physiotherapy, Health Care

LISTA DE SIGLAS

ABENFISIO	Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
GF	Grupo Focal
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NDE	Núcleo Docente Estruturante
NUCISP	Núcleo de Ciências Sociais e Políticas Públicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PPG	Projeto Pedagógico Global
PPI	Projeto Político Institucional
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
HDT	“Hospital de Doenças Tropicais” Atual Hospital Escola Professor Hélvio Auto.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: ASPECTOS E CONCEITOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	24
QUADRO 2: MODELO HEGEMÔNICO E DIALÓGICO	25

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 EDUCAÇÃO E SAÚDE UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	21
2.2 PROMOÇÃO NA SAÚDE NOVO PARADIGMA.....	26
2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE, UMA MUDANÇA PARADIGMÁTICA DA DCN, NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS	29
2.4 PARA QUE AVALIAR E O QUE AVALIAR.....	43
3. OBJETIVO	45
3.1 OBJETIVO GERAL	45
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
4. MATERIAIS E MÉTODO	46
4.1 TIPO DE ESTUDO	46
4.2 LOCAL DA PESQUISA	4847
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	48
4.4.1 CENÁRIO DE ESTUDO	4948
4.4.1.1 INSTRUMENTOS DE COLETA E ANÁLISE.....	4948
4.4.1.1.1 GRUPO FOCAL (GF)	4948
4.4.1.1.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO (AC).....	5150
4.4.2 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS	51
4.4.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO	55
4.4.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	55
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
5.1 FORMAÇÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA APÓS NOVA MATRIZ CURRICULAR.....	56
5.2 ASPECTOS MARCANTES NA FORMAÇÃO.....	62
5.3 O QUE FALTOU NESSA FORMAÇÃO	71
5.4 O TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA.....	79
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
7. PRODUTO	87
7.1 INTRODUÇÃO	87
7.2 REFERENCIAL TEÓRICO	88
7.2.1 O CURRÍCULO	88
7.4 PROCEDIMENTOS METÓDICOS	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

APÉNDICE	102
ANEXOS	112

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi fruto da inquietação relativa à percepção dos graduandos em fisioterapia sobre a formação em atenção à saúde. Após participar na implantação e implementação da reforma curricular do curso de Fisioterapia como Membro do Núcleo Docente Estruturante (NDE), na busca da adequação do curso com as proposições das Diretrizes Curriculares Nacionais e como professor na área de saúde pública e políticas públicas em saúde, despertou em mim o interesse em compreender a percepção e avaliação que os alunos têm sobre sua formação profissional e expectativas que têm sobre o futuro laboral.

Assim se desenvolveu este estudo, objetivando compreender a percepção dos alunos de graduação em fisioterapia sobre a formação em atenção à saúde, tendo como referência a DCN; conhecer a visão dos discentes sobre o trabalho do fisioterapeuta, descrevendo-lhes a compreensão da formação como fisioterapeutas; identificar o que consideram competências e habilidades em atenção em saúde referente à fisioterapia descritas na DCN; identificar o conhecimento dos discentes acerca das competências e habilidades referente a atenção à saúde do curso de fisioterapia descritas na DCN; identificar qual a percepção dos discentes sobre mudanças implementadas no curso de fisioterapia após a mudança curricular

A metodologia empregada foi qualitativa. Os resultados foram discutidos por categorias/variáveis de análise. Estas evidenciam a compreensão que os discentes de fisioterapia têm sobre as mudanças implementadas no novo desenho curricular implantado pelo curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

A partir dos resultados, pode-se inserir várias questões entre elas a necessidade da instituição implantar uma política de divulgação, sensibilização e requalificação para docentes, preceptores e técnicos perante as mudanças implementadas no curso após a adequação do mesmo às Diretrizes da DCN .

Encerrado o trabalho, elaborou-se um artigo científico, submetido á revista. Interface, Comunicação, Saúde, Educação com o título: **Formação de fisioterapeutas para a atenção em saúde.**

Como produto proveniente deste trabalho foi elaborado um manual de avaliação: AVALIAÇÃO DO CURSO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS DISCENTES: Manual de Orientação para Elaboração de Pesquisa da Percepção dos Alunos sobre a sua Formação.

|

1. INTRODUÇÃO

O campo educacional e a área de saúde, no curso da história, sempre estabeleceram relações próximas enquanto campos disciplinares. A busca incessante por melhorar a qualidade tanto no ensino quanto na saúde foi objetivo contínuo de diferentes sociedades nos diversos estágios de seus processos civilizatórios em que procuraram compreender, de modo incessante, a produção e reprodução da espécie humana.

Neste sentido, compreender concepções e práticas de ensino em saúde nos permite analisar a contextualização, interrelação, qualificação e adequação histórica dos processos de ensino e de aprendizagem, formação e saúde-doença, torna-se necessidade de construção contínua.

É um desafio dos processos de ensino e de aprendizagem responder a tais questões reais e objetivas de saúde dos indivíduos e da sociedade de forma dinâmica e concreta

Neste sentido, o Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso de Fisioterapia da UNCISAL propôs e implantou novo desenho curricular construído a partir da adequação aos preceitos e proposições da DCN do curso de Fisioterapia, contextualizado, a partir da realidade e necessidades locais e nacionais, com vistas a melhoria da qualidade da formação de profissionais de saúde.

A DCN para o curso de Fisioterapia foi estabelecida no ano de 2002, obrigando os cursos a investirem na construção de propostas pedagógicas e na infraestrutura para atender às exigências e possibilitar a incorporação de novos saberes, habilidades e atitudes a partir do ensino contextualizado.

Segundo Teixeira (2010), as DCN de fisioterapia surgiram em um contexto de renovação do ensino superior no Brasil, influenciadas pela nova política de saúde, adotada a partir de 1990. Participaram ativamente deste processo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO). O perfil do egresso foi estabelecido no artigo 3º, inciso I, das DCN (BRASIL, 2002):

I - Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício da Fisioterapia, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2002).

Segundo Teixeira (2010), as DCN para os cursos de graduação em Fisioterapia, ao propor este perfil do egresso assim como as competências e habilidades necessárias, busca formar profissionais aptos a desenvolverem ações alinhadas a este novo paradigma.

Faz-se, ainda, necessário ressaltar o objetivo das Instituições – no nosso caso de UNCISAL – em dotar o fisioterapeuta em formação de competências e habilidades como ter capacidade em desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde; tomar decisões; comunicar-se, de modo competente, por meio oral e escrito; desenvolver liderança; administração; além de gerenciar e aprender permanentemente (BRASIL, 2002).

Na UNCISAL, nos últimos anos, foram redefinidos e/ou construídos novos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) e Propostas Curriculares, para os cursos de graduação em saúde: Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina e Terapia Ocupacional. Nos processos de construção dos eixos de Saúde e Sociedade, vinculados à saúde pública e políticas públicas, tivemos participação efetiva.

A Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, criada pela Lei n.º 6,660, de 28 de dezembro de 2005, é uma entidade autárquica estadual gratuita e sem fins lucrativos, de caráter pluridisciplinar, que enfatiza o campo das ciências da saúde. A missão institucional é desenvolver atividades inter-relacionadas de ensino, pesquisa, extensão e assistência, produzindo e socializando conhecimento, de modo a contribuir para formar profissionais aptos a implementar e gerir ações promotoras do desenvolvimento sustentável, atendendo às demandas do Estado de Alagoas e da região.

O curso de fisioterapia da UNCISAL desde que foi criado em 1996 (Portaria SEE 820/95), passou por processos de reestruturação decorrentes da adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais (2002) e das avaliações de curso do Conselho Estadual de Educação de Alagoas – CEE/AL.

A UNCISAL implementou e implantou mudanças no curso de fisioterapia para se adequar as propostas das DCN, das quais participamos como membro efetivo do Núcleo Docente Estruturante (NDE), desde 2008.

Uma vez implementadas as medidas necessárias, restava saber se os atores envolvidos, de modo particular o discente, perceberam mudanças. Os discentes são observadores privilegiados, por isso devem ser considerados pela IES como parceiros do processo de ensino e de melhorias (LAPA & NEIVA, 2007).

A avaliação que os discentes fazem sobre os respectivos processos de aprendizado, de que modo e como acontece é um dos principais indicadores do impacto que a formação oferecida está alcançando seus objetivos. Nesse sentido, é questionado até que ponto a formação ofertada aos discentes responde à necessidade de saúde da população local e geral? Os currículos implantados colaboram com este desafio? As mudanças propostas na implementação de um novo currículo na UNCISAL adequou o ensino a partir da necessidade do aluno e da comunidade? Estamos formando profissionais qualificados para este momento histórico? Os discentes percebem estas mudanças a partir do novo desenho curricular implantado? Estamos construindo uma inter-relação entre discentes e docentes em um processo contínuo de aprendizado que valoriza o “aprender a aprender”, o “aprender a fazer” e o “aprender e questionar/avaliar”?

Compreender como os alunos do curso de Fisioterapia percebem os processos formativos em atenção à saúde e o que, de fato, eles conquistaram ao se aproximarem das diretrizes propostas pela DCN através dos nossos cursos é um dos objetivos principais deste trabalho. A pesquisa que resulta desta dissertação priorizou categorias de análise relacionadas a atitudes e habilidades referentes à promoção da saúde, integralidade do/no cuidado, conceito ampliado de saúde, autonomia profissional, inserção precoce (PRÉVIA) no mundo do trabalho, aprendizagem pelo trabalho, inter-relação da prática com a teoria, excelência técnica, liderança, pluralismo cultural,

equidade, postura ética e crítica, interdisciplinaridade, interprofissionalidade, trabalho em grupo, e intersetorialidade.

A relevância em avaliar a percepção dos estudantes dos cursos de graduação em saúde sobre os respectivos processos formativos permite refletir sobre as práticas curriculares pedagógicas e metodológicas e perceber, até que ponto houve mudança significativa de paradigma na formação profissional, considerando o desenvolvimento para a cidadania, o trabalho em equipe interprofissional, de forma colaborativa, na perspectiva da integralidade do cuidado e facilitando a inter-relação entre a equipe, os usuários/famílias/comunidade, promovendo autonomia dos indivíduos e empoderamento dos cidadãos.

Esta análise permitirá – conjuntamente com a percepção dos outros atores e análise documental – avaliar a realidade do curso, facilitando adequar, intervir e promover mudanças visando a qualificação e o alcance dos objetivos do Curso e da IES estipulados nos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) e Projetos Políticos Institucionais (PPI).

Portanto, a pergunta que originou este estudo é: qual a percepção dos graduandos em fisioterapia sobre sua formação em atenção à saúde?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O nosso desafio é compreender a percepção dos alunos de graduação em fisioterapia sobre a formação em atenção à saúde, tendo como referência a DCN do curso.

De acordo com o Parecer nº 776/97 CNE/CES, as diretrizes curriculares constituem “[...] orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente respeitadas por todas as instituições de ensino superior” (CNE/CES, 97).

A DCN para os cursos de Fisioterapia datam do ano de 2002 e estão estruturadas a partir da descrição de um perfil, competências e habilidades gerais, estruturadas em seis macro categorias centrais semelhantes em todos os cursos da área da saúde: Atenção à Saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e Gerenciamento e Educação Permanente (RESOLUÇÃO CNE/CES 4, 2002).

Ao se considerar os elementos em destaque no perfil de habilidades e competências, o egresso do curso de Fisioterapia deve ser capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, tomar decisões baseadas em evidências científicas, aprender a se comunicar e interagir com a comunidade, usuários e famílias, outros profissionais de saúde, facilitar relações interprofissionais, desenvolver trabalho em grupo, ter compreensão da intersectorialidade, ser líder e permanecer em um processo contínuo de aprendizagem ao longo de sua vida (RESOLUÇÃO CNE/CES 4, 2002).

É possível observar que existem vários fatores a serem considerados para compreender, analisar e avaliar a formação profissional além de perscrutar e investigar como essa formação vem sendo conduzida pelas IES.

Pensar na DCN de saúde pressupõe, inicialmente, perfazer um caminho histórico sobre a relação das diferentes concepções do processo de adoecer e contextualizá-los com diferentes percepções históricas do processo de ensino e de aprendizagem.

Tendo este percurso como padrão, a macrocategoria de atenção em saúde é explícita no conceito ampliado de saúde proposto pelo SUS ao priorizar a integralidade do cuidado em saúde, eixo fundante de interesse de nosso estudo.

Para tanto, será apresentada breve retrospectiva histórica das relações entre percepções e práticas de saúde com as da educação. Em um segundo momento, buscaremos discutir e compreender o novo paradigma da saúde a partir da promoção, segundo Paim (2008). Desta maneira, é possível discutir a formação em saúde proposta pelas DCN's que exigem mudança de perspectiva e visão.

2.1 Educação e Saúde uma Perspectiva Histórica

A Educação e a Saúde estiveram sempre presentes no processo de compreensão, construção e reprodução da humanidade. Tem se manifestado, no curso dos tempos, como crenças e valores difundidos a partir do pensamento mítico, da luta entre bem e mal, por intermédio de preceitos e dogmas religiosos, aconselhando, determinando e/ou normatizando a forma de comer, vestir, de higiene e hábito em geral, na busca incessante da manutenção e reprodução da vida humana (COELHO E ALMEIDA FILHO, 2009).

Discorrer sobre o tema “Educação em Saúde”, pressupõe considerar diferentes concepções e práticas, respectivos arcabouços ideológicos, referenciais teóricos historicamente construídos que determinaram diferentes significações da saúde e da educação ao longo da história (COELHO E ALMEIDA FILHO, 2009).

Na construção da história dos hominídeos, nos processos civilizatórios e de humanização, o conceito de “saúde” está, em alguns casos, associado ao conceito de normalidade. Não se trata de questionar o benefício de adoção de determinadas condutas e ações (normas), nem de ignorar práticas nocivas à saúde. Segundo Batistella (2007), tratasse de se interrogar, sobretudo, os limites da regulação social sobre os indivíduos e, principalmente, o alcance de suas recomendações diante de condições de vida restritivas às práticas e

padrões socialmente aceitos, estimados e desejados. Tais questões implicam, portanto, na normatização e no estabelecimento de um ideal de produção e reprodução da vida a ser atingido. Recomendava-se, por exemplo, “moderação no comer, beber, relacionar-se sexualmente e banhar-se [...]” (COELHO E ALMEIDA FILHO, 2009, p 30.31).

Segundo Girondiet al. (2006), é possível afirmar que educação/formação está presente a todo o momento na vida do ser humano. A autora constata uma interação e interdependência entre o contexto educativo e de comunicação; com o mundo que as rodeia, com a realidade concreta. **Desta** forma, esta interdependência é determinante para manter, modificar e construir a realidade, promovendo alterações e mudanças ou repetições na busca pela vida.

No caso específico da educação para saúde, pode-se dizer que seus conceitos e propósitos adaptaram-se conforme mudanças de paradigma no setor saúde e também influenciadas por transformações nos processos pedagógicos (MACIEL, 2008).

Ainda com relação ao que afirma Maciel (2008), para entender como se processaram essas alterações, convém lembrar que, durante séculos, o método de educação empregado era a mera transmissão de conhecimentos sem reflexão crítica, conhecido como educação bancária ou tradicional. Tal método ficou assim denominado porque, para os professores, a mente do educando era como um banco no qual o educador depositava conhecimentos para serem arquivados (decorados) sem serem questionados a respeito do seu teor. Assim, para Freire (2004), o conteúdo desse tipo de educação é dissociado da realidade do educando, servindo apenas para manter a dominação sobre a massa.

Este modelo é predominante no contexto educacional brasileiro desde a chegada dos portugueses à colônia, inspirado pelo modelo Europeu (Catedrático) influencia fortemente, até hoje, o ensino em geral e o superior. Segundo Oliveira e Leite

[...] nessa concepção, o aluno é considerado receptor passivo de informações preestabelecidas pelo sistema ou instituição educacional, que deve selecionar e preparar os conteúdos a serem transmitidos às novas gerações. A avaliação da

aprendizagem baseia-se na capacidade de reprodução fiel das informações ensinadas. A relação professor-aluno é marcada por forte hierarquização e autoritarismo (OLIVEIRA E LEITE, 2012, p. 8).

E continuam ainda em relação ao poder centralizado do saber e das decisões do Professor (catedrático). Anulando a capacidade questionadora e criativa dos alunos.

Para Oliveira e Leite (2012), este modelo – denominado por Paulo Freire de Bancário – não facilita o processo de aprendizagem, muito pelo contrário. A centralização da tomada de decisões no professor impõe ao estudante à adaptação e aceitação do contexto social e cultural diverso do seu, além de tolher o pensamento crítico e criativo, impedir a autonomia, as atitudes colaborativas, decisões democráticas e a negação do empoderamento ao estudante.

Ao transportar a metodologia da educação para a saúde, é perceptível que, no curso da história e até a atualidade, este setor ainda reproduz, na prática, o conceito de educação como meio de transmitir e comunicar de forma tradicional e bancária. Isto porque na educação em saúde tradicional transmite-se aos sujeitos normas (conhecimento), de modo prescritivo, por intermédio de palestras e aulas expositivas com o propósito de evitar a doença sem levar em conta a realidade individual e social, bem como considerando a prescrição como normas corretas do bom viver. Assim, cabe aos sujeitos somente acatá-las para que não fiquem doentes. Quando tais normas não são executadas – conforme foram prescritas pelos profissionais de saúde – estes sujeitos tornam-se culpados por seus próprios problemas de saúde, determinando a culpabilização do outro em detrimento da realidade social, econômica, política e cultural da sociedade onde está engajado (BATISTELLA, 2007).

Esse fenômeno é denominado "*culpabilização da vítima*" e acaba por isentar o profissional quanto à responsabilidade sobre as condições de saúde da população ao individualizar o processo de adoecimento (PIMENTA, 2009).

No Brasil, esta percepção manifestou-se em Estratégias de Educação em Saúde impregnadas por um discurso sanitário higienista, traduzido em intervenções normatizadoras, que tradicionalmente têm marcado o campo de

práticas e ensinamentos da educação em saúde. Para Mohr (1992), deve-se considerar que,

[...] a medicalização da vida social vinculava-se a um controle do Estado sobre os indivíduos, no sentido de manter e ampliar a hegemonia da classe dominante (MOHR, p.199).

As práticas educativas, nesta perspectiva, concentravam-se nas cidades e desenvolviam-se em torno da moralidade e da disciplinarização higiênica, através do fortalecimento da figura do profissional de saúde e do seu saber técnico, detentor exclusivo do poder de cura e controle sobre a morte (BATISTELLA, 2007).

Estas práticas – denominadas de Educação Sanitária – surgiram a partir da necessidade do Estado de controlar epidemias de doenças infecto contagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora (MACIEL, 2009), também denominada de campanhista. Neste modelo, os problemas de saúde pública eram enfrentados a partir de campanhas sanitárias, concebidas dentro de uma visão policialesca de controle, para as quais os fins justificavam os meios, sendo o uso da força e da autoridade considerado os instrumentos preferenciais de ação. Como produto dessa visão, as campanhas sanitárias eram compostas por vacina obrigatória, vistoria nas casas, internações forçadas, interdição, despejos e informações sobre higiene. O meio de contágio das doenças através de uma abordagem biologista e mecanicista (BATISTELLA, 2007).

Ao se tomar a Educação para a Saúde como processo orientado para o uso de estratégias que auxiliem indivíduos e comunidades a adotarem ou modificarem comportamentos que melhorem o nível de saúde (OMS, 1985), se permite que certos comportamentos ditos saudáveis, muitas vezes estranhos para as comunidades, vinculados a outras crenças e valores, descaracterize essas populações e torna-as dependentes, com a “intencionalidade” de culpabilizá-las. Essa visão culpabilizadora do indivíduo/vítima – em que o indivíduo é o único responsável por sua saúde, na busca incessante de modificar comportamentos considerados errôneos – inocenta o aparelho estatal (estados), reforçando processos de dominação. Esta visão, ainda na

atualidade, é hegemônica nas práticas de ensino e reforça a saída de profissionais das universidades que continuam propagando e atuando nesta linha.

A compreensão de saúde como ausência de doença ou o intento de superação da Organização Pan Americana para a Saúde (OPAS) de conceituar a Saúde como bem-estar biológico, psicológico e social, cujo conceito chave e olhar prioritário continua sendo a doença, a patologia e a perspectiva positivista individual, permanecendo o biológico como central e o psicossocial como possíveis variáveis secundárias, fundamentam esta prática (BATISTELLA, 2007).

No Brasil, essa visão passou a ser aceita institucionalmente com mudanças ocorridas nas práticas e conceitos de saúde e reforçadas na VIII Conferência Nacional de Saúde. A implementação do novo conceito de saúde começou a ocorrer a partir da criação do SUS pela Constituição Federal de 1988. A Saúde passou a ser entendida como resultante das condições de vida da população, influenciadas por fatores de cunho socioeconômicos, tendo suas práticas voltadas, prioritariamente, para prevenir doenças e agravos, em uma perspectiva da Saúde como Direito e não mais como ideia de saúde como processo de cura.

Segundo Maciel (2009), sustentada por essas transformações de paradigma sanitário, a educação em saúde passa a adquirir nova configuração, de modo a se tornar realmente capaz de promover mudanças de comportamentos e, por conseguinte, promover melhoria na saúde da população.

Assim, as ações educativas em saúde passam a ser definidas como um processo que objetiva capacitar indivíduos e grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população, devendo ainda estimular reflexão crítica das causas dos problemas, bem como das ações necessárias para resolvê-los (KWAMOTO, 1995).

Inicia-se um período em que as práticas educativas em saúde – do modo como estavam estruturadas – são submetidas a questionamentos e reflexões, sob influência da nova visão sobre saúde e novas práticas oriundas de várias experiências pelo mundo e pelas transformações que ocorriam no

campo da pedagogia (GAZZINELLI, 2005). Neste contexto, novos conceitos e práticas passam a ser defendidas no âmbito da Educação em Saúde.

A transição demográfico-epidemiológica brasileira – caracterizada pela prevalência cada vez mais elevada de doenças e fatores de riscos relacionados com os estilos de vida – exige transformação profunda do modelo sanitário assistencial, com a maior oferta de serviços e ações preventivas e de promoção à educação em saúde baseadas em evidências, o que inclui iniciativas inovadoras de informação, educação e comunicação (MINAYO; THEDIM, 1997).

A partir desta nova realidade, fez-se necessário reformular a formação dos profissionais em saúde de modo a que esteja contextualizada e conduza a percepções e práticas de atenção em saúde adequadas ao novo cenário, propondo atitudes e habilidades que respondam às exigências e necessidades sociais do momento histórico.

Neste sentido, cada vez mais se faz necessário perceber se os cursos de saúde, para esta pesquisa, o de fisioterapia, alcançam os objetivos propostos pelas DCN's e, principalmente, se os discentes têm a percepção de que estão sendo formados a partir desta nova perspectiva.

2.2 Promoção na Saúde novo Paradigma

A declaração de Alma-Ata – resultante da conferência organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – subscreveu alguns aspectos importantes sobre a promoção de saúde, dentre os quais: *“Os povos têm o direito e o dever de participar, individual e coletivamente, do planejamento e execução dos cuidados de saúde”* (GERALDES, 1992).

O Ministério da Saúde reconhece a Promoção da Saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa, em 1986, além de fortalecer a integralidade na atenção em saúde, prioriza que ação de Promoção da Saúde proponha o fortalecimento dos poderes técnico e político (*empowerment*) das comunidades através de ações concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na

tomada de decisão, na definição e implementação de estratégias, com o objetivo de atingir melhores condições de saúde. Isso significa um processo contínuo para disseminar informação e aprendizagem sobre questões de saúde (BUSS, 2000). Nesta perspectiva, é necessário analisar até que ponto a estrutura do currículo do curso de fisioterapia facilita e qualifica futuros profissionais para desenvolverem ações que priorizem a promoção em saúde a partir da integralidade do cuidado, facilitando o empoderamento e autonomia dos usuários do sistema.

É importante ressaltar que, na perspectiva da Promoção da Saúde, o “empoderamento”, tanto dos profissionais quanto dos indivíduos e da população, constitui significativo desafio a ser enfrentado, pois, apoia-se na democratização e socialização do conhecimento. A assimilação do conhecimento é fundamental para que indivíduos possam tomar decisões e agir no sentido de atender às próprias necessidades e da comunidade onde vive. Portanto, a ideia de empoderamento remete à luta individual e coletiva por direitos, baseada na troca de saberes e necessidades (MACIEL, 2009) na percepção de saúde a partir da cidadania.

O termo “*empowerment*” como conceito é reconhecido no referencial em língua inglesa associado ao aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social (BUSS, 2000).

Portanto, entende-se que o “Empoderamento” é o processo pelo qual pessoas, organizações e comunidades tomam controle dos próprios assuntos, da própria vida, formando consciência das respectivas habilidades e competências para produzir, criar e gerir seus percursos (ROMANO, 2002). Neste sentido, os profissionais de saúde são facilitadores deste processo, a partir da troca de conhecimento e experiência através do diálogo permanente entre saber técnico científico (excelência) e saber popular comunitário. A comunicação e a formação para a cidadania são pilares propostos pelas DCN's. Nestes termos, faz-se necessário identificar se nos desenhos curriculares dos cursos de saúde é valorizada a formação profissional visando a fomentar a autonomia do técnico em saúde -e da população por ele atendida.

Logo, neste novo contexto histórico e político, é preciso compreender a educação permanente em saúde como política norteadora dos processos educativos contínuos nos diferentes arranjos assistenciais do SUS, na conquista da promoção da saúde e a educação popular em saúde, onde se reconhece que os saberes são construídos diferentemente, e, por meio da interação entre sujeitos, saberes comuns ao serem compartilhados como a prática pedagógica importante na educação para saúde (GONÇALVES et al., 2008).

Por isso, “tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender” (ANASTASIOU 2007; VASCONCELOS et al., 2009), conspirando para qualificar práticas e ações de saúde no SUS.

Nesta maneira, discutir a formação dos profissionais de saúde, a partir do conceito ampliado de saúde, tendo saúde como direito a vida, requer mudanças paradigmáticas na área. O foco da formação deve ser o cuidado centrado no sujeito enquanto ser histórico social, percebido em sua integralidade e ativo no processo de saúde-doença. Evidencia-se, a partir da integralidade do cuidado, a necessidade de conter o modelo flexneriano, cartesiano, biomédico e tecnicista que, ao contrário do novo modelo proposto, tende a fragmentar o indivíduo, ao privilegiar a doença (patologia) em detrimento da saúde integral do indivíduo. Assim, aposta-se na construção de um modelo que nos “conduz à formação de profissionais de saúde, assim como à construção de novas práticas a partir da saúde” (LAMPERT, 2002) e da vida, por meio de concepções metodológicas baseadas na integralidade e na complexidade do cuidado em saúde.

A integralidade da atenção em saúde é um princípio norteador das políticas e práticas do sistema de saúde, sendo a formação dos profissionais para esta área uma responsabilidade do SUS. Portanto, não se pode planejar e falar da formação de profissionais da saúde sem levar em conta princípios e diretrizes de integralidade do cuidado que o serviço exigirá deles em práticas profissionais futuras.

Nessa direção, entende-se que as práticas de formação em saúde no âmbito das IES e educação em saúde nos serviços precisam estar ancoradas

no conceito ampliado de saúde que reconhece as condições de vida como determinantes e condicionantes da saúde. Desta forma, alimentação, transporte, acesso a serviços, renda, trabalho, saneamento, educação, lazer, acesso a bens essenciais, dentre outros são fatores associados à saúde (PAIM, 2009). Isto é, tomar esta perspectiva é conceber saúde como uma dimensão imbricada na própria vida.

A fundamentação de saúde enquanto vida/felicidade, segundo Paim (1992), provoca um novo desafio a ser enfrentado pelo paradigma da integralidade do cuidado, que é a inter-relação dialética entre a excelência técnica e a relevância social.

[...] Saúde como modo inédito de contemplar a vida, doença como forma de vida recusada pela vida. Saúde como alegria, gozo, estética, prazer, axé, solidariedade, qualidade de vida, felicidade enfim. (PAIM, 1992, p. 56).

Portanto, é imprescindível analisar até que ponto a estrutura curricular consegue priorizar esta fundamentação teórico filosófica da integralidade do cuidado da vida. Além disso, é válido ainda investigar como tais concepções, uma vez incutidas na estruturas curriculares, são percebidas pelos discentes em processo de formação.

Por isso é fundamental compreender se o currículo implantado pelo curso de Fisioterapia da UNCISAL consegue superar o paradigma tradicional e implementa um novo paradigma. Acreditamos que este é um dos grandes desafios hoje na formação de novos profissionais na área da saúde na referida IES.

2.3 Educação em Saúde, uma mudança paradigmática da DCN, na formação de profissionais

A preocupação com a melhoria e a qualidade da formação passou a inquietar as Instituições de Ensino Superior (IES), no âmbito da comunidade científica (PEIXOTO, 2011). No entanto, esta discussão perpassa por visões de mundo e culturais diferentes, determinadas por realidades históricas específicas, fundamentadas por distintos marcos teóricos e práticos.

Podemos caracterizar a educação em/para saúde a partir do quadro abaixo elaborado por Dener (2006).

Quadro 1: Aspectos e conceitos da educação em Saúde

<u>Educação sanitária</u> <u>Saúde ausência de</u> <u>doença*</u> <u>Paradigma</u> <u>hegemônico**</u>	<u>Educação para</u> <u>orientação</u> <u>Saúde como o pleno o</u> <u>Bem Estar Físico</u> <u>Mental e Social</u> <u>(OMS)* P H**</u>	<u>Educação em</u> <u>saúde/participação</u> <u>Movimento</u> <u>Sanitarista*</u> <u>PH**</u>	<u>Percepções atuais</u> <u>interação de Saúde</u> <u>Saúde como direito</u> <u>Vida, novo</u> <u>paradigma*</u> <u>Paradigma</u> <u>antihegemônicoanti-</u> <u>hegemônico</u>
Início do Século XX	Meados do século XX	Final do século XX a partir da década de 70	Final do século XX e início do XXI
Regras e Normas para um Viver	Regras para o Bem Estar Físico Mental e Social (OMS)	Participação e Contextualização	Interação dos saberes, Visão multidimensional dos sujeitos, Autonomia de Ação, Controle Social.
Higienista	Considera que a maior parte das pessoas não tem informação sobre saúde ou possui déficit cognitivo	Reforma Sanitária Educação Popular Paulo Freire	Complexidade Interprofissionalismo

Carlos Dener 2006. (*) Grifos acrescentados pelo autor. (**) Paradigma Hegemônico.

Em conformidade com Alves (2005), podemos dizer que, atualmente, existem dois modelos de práticas de educação em saúde: o modelo tradicional ou hegemônico (utilizando aqui os conceitos de Paim para Modelos em Saúde) e modelo dialógico ou anti hegemônico (quadro 2). É preciso cuidado ao analisá-los como modelos do tipo ideal, pois muitas vezes são caracterizados de modo estático e descontextualizado. São construções teóricas abstratas, porém, quando concretizadas e contextualizadas a dada realidade histórica e sócio política específica estes podem se inter-relacionarem dialeticamente criando modelos de interpretação dinâmicos ou novos paradigmas. Ao analisar as DCN's, percebe-se que tentam se distanciar do paradigma tradicional na busca de um processo dialógico ou anti-hegemônico, na perspectiva da atenção à saúde, aproximando-se da compreensão da integralidade do cuidado, valorização da promoção e busca de novas ações/práticas metodológicas.

Quadro 2: Modelo hegemônico e dialógico

Característica	Modelo hegemônico	Modelo dialógico
Concepção de Educação	Ato de depósito de conhecimento e de Valores	Ato de conhecimento nas relações com o mundo e em comunhão com os outros.
Concepção de saúde	Ausência de doença	Produção social do processo saúde doença.
Concepção do homem usuário	Destituído de saber ou portador de saberes equivocados ou nocivos à saúde; objeto da prática educativa	Portador de saberes e prática de saúde e cuidado adquiridos mediante experiências concretas de vida; sujeitos da prática educativa.
Concepção do homem profissional	Detentor de saber técnico-científico com <i>status</i> de verdade; nada tem a aprender da aproximação com o saber popular	Detentor de um saber técnico-científico que é inacabado; no cotidiano de suas ações reaprende através do diálogo como saber popular.
Enfoque da prática educativa em saúde	Centrado na doença; enfoque estritamente preventivista	Centrado no sujeito a que se destina a prática educativa; enfoque promocional.
Objetivos	Redução dos riscos individuais; prevenção das doenças e agravos à saúde	Constituição de sujeitos para a transformação de condições de saúde e melhoria da qualidade de vida.
Espaços educativos	Falta unidade entre a prática educativa e as demais práticas de saúde; contextos formais como os grupos educativos	Integração entre assistência e educação em saúde; contextos informais das relações interpessoais.
Metodologia	Comunicação unilateral e informativa: palestras, folhetos, cartazes etc.	Comunicação dialógica: problematização e reflexão.
Ponto de partida	Conhecimento científico; diagnóstico de necessidades pelos profissionais de saúde mediante levantamentos epidemiológicos	Realidade objetiva e condições de existência dos sujeitos assistidos; coparticipação e corresponsabilidade no diagnóstico dos problemas

Fonte: ALVES (2004)

A fundamentação de saúde enquanto vida, felicidade, segundo Paim (2009), promove novos desafios a serem enfrentados pelo paradigma da integralidade do cuidado, que são, dentre outros: a) a inter-relação dialética entre a excelência técnica e a capacidade de compreensão de ações do cuidado (promover a saúde) como totalidade abrangente (saúde como vida), frente a questões meramente patológicas de cura e recuperação; b) a excelência técnica e de inovação tecnológica a partir de uma perspectiva crítica e ética; c) a autonomia dos profissionais, gestão político-econômica frente à realidade e relevância social.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, Lei n.º 8.080/90 afirmam que compete ao Sistema Único de Saúde - SUS

ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a integração entre ensino e serviço constitui-se como eixo estruturante da política de formação de recursos humanos na saúde.

A discussão sobre a formação dos profissionais de saúde – a partir do conceito ampliado de saúde – requer mudanças paradigmáticas na compreensão e práticas da área, de modo a ter sua centralidade e foco no cuidado centrado no sujeito enquanto ser histórico social, construtor da sua história, percebido em sua integralidade e ativo no processo de saúde-doença individual e coletivo.

As exigências históricas do mundo contemporâneo provocam a necessidade de formar profissionais generalistas, críticos, reflexivos, criativos, e, ao mesmo tempo singulares, sensíveis e capazes de perceber as mais diversas necessidades do indivíduo e da sociedade. Assim, entende-se que, através da ação laboral, indivíduos possam produzir a própria caminhada, promovendo a autonomia na conquista do empoderamento.

No que tange à formação profissional, voltada, na década de 60, para a qualificação tecnicista de mão de obra de forma “neutra”, como consequência do período da ditadura no Brasil, e negando uma discussão ampla sobre o tema, foi na década de 80 que se realizou e amadureceu o debate sobre o ensino a partir do processo de democratização e abertura política. Privilegiou-se ampliar a participação social em todas as esferas. Para o cenário educacional, portanto, esta época ficou, consensualmente, reconhecida como muito frutífero e representou o início de um novo tempo no âmbito da educação superior brasileira (PEIXOTO, 2011).

Esse cenário de novos debates, propostas e realizações teve forte impacto na reestruturação de muitas das diretrizes a serem implementadas no campo da educação. De modo mais específico, a partir da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LEI n.º 9,394/96) fica determinado que o Estado é o responsável em promover a educação a partir de diretrizes curriculares básicas.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) trouxe alicerces para discutir a importância de uma educação cujo foco é o estudante com as respectivas vivências e aprendizados, visto como cidadão e profissional.

Passam a ser focadas, assim, as metodologias pedagógicas utilizadas nessa formação.

Para concretizar e implementar mudanças necessárias no processo de formação de profissionais é preciso adequar e refletir o conceito ampliado de saúde, centrado na integralidade e universalidade do cuidado, preconizado pelo SUS. Para tanto, fez-se necessárias parcerias entre setores de Saúde e Educação, provocando e promovendo mudanças curriculares dos cursos de graduação que compõem e inter-relacionam as duas áreas. Dessa forma, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) para a área de saúde foram definidas dentro de um contexto que visa a refletir interesses e orientações gerais do sistema público de saúde, democrático, participativo focado na universalidade e integralidade da atenção em saúde. Conforme Stella e Puccini (2008), essas diretrizes constituem uma mudança paradigmática na construção dos currículos dos profissionais da saúde. As DCN's, para os cursos de graduação da área de saúde, são um conjunto de proposições e indicadores que servem como referência para construir e avaliar processos formativos e de qualificação a serem implementados pelas IES.

As DCNs foram elaboradas de maneira democrática e participativa a partir de vários atores envolvidos como categorias profissionais, sociedade civil organizada, Associações Nacionais de Ensino, a exemplo da Associação Nacional de Ensino Médico (ABEM), Instituições de Ensino Superior (IES) e Ministérios vinculados. No caso da saúde, houve articulação entre os Ministérios da Educação e da Saúde. Elas foram aprovadas e implantadas a partir de Resoluções da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação CNE/CES do Ministério da Educação.

Neste sentido, para que se produzam mudanças no pensar e no saber fazer dos profissionais, foram necessárias modificações no cenário formativo nacional. Nestes termos, segundo Bertonecelo e Pivetta (2015), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996, surgiu para transcender a fragmentação do eixo formador marcado pela dicotomia teoria-prática e a desarticulação entre conteúdos/disciplinas com ênfase na racionalidade técnica.

A Lei 10.172/2001 estabelece, entre seus objetivos e metas, que:

[...] em nível nacional, diretrizes curriculares que assegurem a necessária flexibilidade e diversidade nos programas oferecidos pelas diferentes instituições de ensino superior, de forma a melhor atender às necessidades diferenciais de suas clientela e às peculiaridades das regiões nas quais se inserem... (Lei 10.172/2001)

Também se atenta para a necessidade de parcerias entre diferentes esferas de poder governamental. A partir desde e da nova perspectiva e paradigma foram que os Ministérios da Saúde e da Educação propuseram debater e discutir a reformulação dos currículos acadêmicos na área da saúde (OLIVEIRA, 2014). Daquele momento em diante, um dos marcos fundamentais para qualificar a formação profissional no Brasil foram as DCN's.

Segundo Bertoncelo e Pivetta (2015), é a partir da Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde 8.080, de 19/9/1990; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9.394, de 20/12/1996; Lei que aprova o Plano Nacional de Educação 10.172, de 9/1/2001; Parecer CNE/CES 583/2001, que estabelece orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação; documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA. São estes os instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde, surgem as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde, instituídas pelo Parecer CNE/CES 1.210/2001. Estas, por sua vez, trazem, como essência para a formação do profissional em saúde, as competências, habilidades e atitudes específicas e gerais referentes a cada profissão.

A resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, instituiu a DCN para os cursos de graduação em Fisioterapia. Um dos marcos a ser destacado nesta DCN é o de evitar o reducionismo característico do currículo mínimo, o qual preconiza o tecnicismo, instrumentalismo, e o como fazer acrítico, em detrimento do conhecer a partir da práxis de forma crítica reflexiva, contextualizado, criativo e articulando a inter-relação do saber pensar com o saber fazer, valorizando as competências tecnológicas.

Embora haja diretrizes que segundo Bertoncelo e Pivetta (2015), devem ser seguidas, destaca-se aqui que as DCNs cumprem com seu objetivo

e consolidam a ideia de que o modelo rígido de currículo mínimo não é o mais apropriado. A partir destas concepções, é permitido às Instituições de Ensino Superior (IES) a possibilidade de elaborar um currículoflexível, sem perder o foco no que está estabelecido nas DCN's. Estas possibilidades tomam por base as políticas de promoção e proteção à saúde, a partir da integralidade do cuidado e do conceito ampliado de saúde. Elas são primordiais para a elaborar e implementar Projetos Pedagógicos de Cursos, ao sustentar a busca pela qualidade de ensino, a partir dos currículos contextualizados que respondam às necessidade locais e globais de cada momento histórico.

Na revisão da DCN do curso de medicina de 2014, o artigo 3º das diretrizes e competências gerais é ampliado, assumindo com mais ênfase a prática médica a partir da compreensão transversalmente a determinação social do processo saúde-doença.

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (DCN Medicina, 2014, p.01).

É importante ressaltar que este artigo já constava na DCN de 2002, considerando e propondo essa mudança relativa à compreensão da prática, do fazer profissional, práxis do médico aqui especificamente.

Atualmente, a DCN referente ao curso de Fisioterapia também está passando por um processo de debate e discussão visando à necessidade da sua reestruturação.

Em relação aos cursos de Fisioterapia, especificamente foco desta pesquisa, não há diferenças significativas já que respondem, da mesma forma, às exigências da Lei 10.172/2001 e ao fortalecimento do novo paradigma a ser implantado. Há diferenças, portanto, apenas nas especificidades do curso e do momento histórico em que os cursos e a categoria profissional se encontravam quando da implantação da DCN.

Esta mudança de Paradigma na percepção do que é Saúde provoca e provocou nas IES mudanças nas práticas e modos de pensar. Lógico que, muitas vezes, estas mudanças provocadas e promovidas por um pequeno grupo de teóricos não são compartilhadas, pelo menos no que tange à prática, pela maioria dos participantes da academia.

Estas mudanças perpassam obrigatoriamente pela revisão e, muitas vezes, pela reformulação dos desenhos curriculares e processos avaliativos permanentes.

Segundo Silva et al. (2008), o currículo é o fundamento de um sistema de ensino e acrescenta:

Pode-se pensar em realizar mudanças na estrutura do sistema, na organização da instituição de ensino ou na escolha dos métodos a serem utilizados, mas se modificações não forem promovidas no currículo, as transformações serão periféricas. Para haver mudanças de fato na instituição de ensino é necessário que elas atinjam a máxima tradução do projeto educacional: o currículo (SILVA et al., 2008, p 6).

A especificidade de cada processo educativo e formativo se manifesta no currículo que, segundo Sacristán (2000), é a relação e instrumentalização de determinado sistema social condicionado e contextualizado historicamente com as particularidades e singularidades de cada realidade que faz da escola um sistema social específico.

Para o autor, o currículo é a forma de acesso ao conhecimento definido histórica e socialmente, não podendo esgotar seu significado em algo estático, mas que está articulado, de modo particular, com os aspectos culturais, sociais e políticos.

Dessa maneira, segundo Sacristán (1998), currículo “é um processo, uma práxis, em que acontecem múltiplas transformações que lhe dão um sentido particular, valor e significado” ao processo formativo.

Segundo Silva, E.M (2016), as teorias educacionais compreendem o currículo como uma forma institucionalizada de transmitir cultura, valores, práticas e saberes de uma sociedade. Ressalta-se, assim, que há um envolvimento político/ideológico, pois, tanto o currículo, como a formação estão ligados em uma política social particular, nacional e muitas vezes globalizada. Porém, vale lembrar que são campos de produção/ação de

cultura/política/economia e, por isso mesmo, passíveis de contestação crítica e negação.

É no currículo que se concretizam as relações de saber e poder, manifestação e domínio; discurso e regulação. “É também no currículo que se condensam relações de poder que são cruciais para o processo de formação de subjetividades sociais. O currículo corporifica relações sociais” (SILVA, 1996 p 23).

O currículo é um campo impregnado de ideologia, cultura e relações de poder. Nesse sentido, por ideologia, segundo Moreira e Silva (1997), pode-se afirmar que “é a veiculação de ideias que transmitem uma visão do mundo social vinculada aos interesses dos grupos situados em uma posição de vantagem na organização social” (Moreira e Silva, 1997, p.27). Ou seja, é um dos modos pelo qual a linguagem se materializa e produz o mundo social, político e econômico.

Conforme Moreira e Silva (1997), “o currículo é um terreno de produção e de política, no qual os materiais existentes funcionam como matéria-prima de criação e recriação e, sobretudo, de contestação e transgressão” (Moreira e Silva, 1997, p. 30). O currículo tem ação direta e indireta na formação, qualificação, capacitação (técnica/filosófica) e desenvolvimento dos atores envolvidos no processo de ensino e de aprendizagem. Assim, é fácil perceber que a ideologia, cultura e poder nele configurado são determinantes no resultado educacional que se produzirá.

Assim, vale considerar que o currículo se refere a uma realidade histórica, cultural, social, política e economicamente determinada. Para Jesus (2008) o currículo se reflete em procedimentos didáticos/pedagógicos, administrativos que condicionam prática e teorização. Enfim, a elaboração de um currículo é um processo social e político, no qual convivem, lado a lado, os fatores lógicos, epistemológicos, intelectuais e determinantes sociais como poder, interesses, conflitos simbólicos e culturais, propósitos de dominação dirigidos por fatores ligados à classe, raça, etnia e gênero.

O currículo está relacionado com questões que perguntam o “por que” das formas de organização do conhecimento, que pressupõe planejar o processo de tomada de decisões em conjunto com os atores da instituição, a

visando preparar a ação educativa. Nessa perspectiva, Moreira et al. (2001), acrescenta que:

O currículo é considerado um artefato social e cultural. Isso significa que ele é colocado na moldura mais ampla de suas determinações sociais, de sua história, de sua produção contextual. O currículo não é um elemento inocente e neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social. O currículo está implicado em relações de poder, o currículo transmite visões sociais particulares e interessadas, o currículo produz identidades individuais e sociais particulares (MOREIRA et al., 2001, p. 07).

O currículo, então, pode ser compreendido como relações entre os processos de seleção, distribuição, organização e ensino dos conteúdos curriculares e a estrutura de poder existente nos diferentes campos do contexto social. Todos os elementos do processo curricular os objetivos, conteúdos, métodos e avaliação devem estar articulados e relacionados ao contexto social, histórico e cultural do local e da comunidade onde a instituição de ensino está inserida.

É importante salientar que a teoria e a prática são elementos indissociáveis, daí a necessidade de construir o currículo contextualizado a partir de uma postura dialética, buscando a articulação entre esses elementos. Esta relação dialética permite construir teoria a partir das práticas e refletir (avaliar/criticar) as práticas a partir de teorias historicamente acumuladas ou novas.

Isso transforma a tarefa da teorização curricular crítica em um esforço contínuo de identificação e análise das relações de poder envolvidas na educação e no currículo (MOREIRA et al., 2001, p.30).

Carvalho e Ceccim (2007) sustentam que a graduação do ensino em saúde é centrada ainda a partir dos conteúdos, uma pedagogia de transmissão que promove a memorização e a fragmentação dos próprios conteúdos ensinados. Portanto, esta metodologia promove desconexão entre ensino, pesquisa e extensão (negação da tão desejada indissolubilidade da formação), serviço e realidade, privilegiando a formação enciclopédica orientada para patologia e reabilitação, de maneira descontextualizada.

Os autores Carvalho e Ceccim (2007) ainda afirmam que tal modelo não está voltado para formação teórico-conceitual e metodológica potencializadora de competências para a integralidade, em que se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde.

A construção e produção coletiva do conhecimento no campo da saúde, de forma crítica, humanista, reflexiva e contextualizada é um desafio permanente e constante nos cursos da área da saúde.

A partir do diálogo interinstitucional entre os Ministérios da Saúde e Educação, e de uma necessidade objetiva de fortalecimento e implementação do SUS, é que as DCN dos cursos da saúde se relacionaram explicitamente com as mudanças do modelo de atenção à saúde e dos processos de trabalho em saúde. Após a promulgação das DCN, políticas públicas específicas à formação em saúde, e relacionadas ao novo modelo, começaram a ser implementadas. Nesse contexto, pois, a formação em saúde deixou de ser tema secundário (BARRETO et al., 2000).

As DCN funcionam como parâmetros para as mudanças curriculares, na perspectiva de formar profissionais para o novo modelo (MS, 2005). Nessa perspectiva, as DCN podem ser lidas como sínteses paradigmáticas e programáticas possíveis à formação de profissionais, que incorporam aspectos estruturais de um sistema de saúde legalmente implantado há mais de duas décadas. Desta maneira, o sistema recebeu e ainda recebe profissionais quase avessos aos seus princípios.

Na construção e promulgação das DCN dos cursos da saúde, diversas iniciativas de diferentes atores do campo da saúde foram necessárias. Uma das iniciativas foi o fortalecimento de espaços de discussão e diálogo que articulavam instâncias de definição das políticas públicas de saúde e de educação: o Ministério da Saúde - MS e o Ministério da Educação - MEC, os Conselhos Nacionais de Saúde, de Educação, de Secretários de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, etc.

Ainda no campo da saúde, segundo Feuerwerker:

[...] é importante destacar que foi construído um discurso relativamente consistente e propositivo sobre a necessidade de

mudanças na formação, por vários atores do campo da saúde, apresentando sugestões para a elaboração dos perfis dos profissionais, tendo como referência o sistema de saúde (FEUERWERKER, 2000, p 17).

Se no campo da saúde a implantação do SUS foi um marco histórico e balizador das políticas, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB 9,394/96) serviu como referência para reorientar o sistema educacional brasileiro, propiciando o diálogo e debate para a criação das DCN.

Um dos objetivos das DCN era tornar os currículos mais flexíveis, eliminando os currículos mínimos, com elevado grau de detalhamento de disciplinas e cargas horárias. As IES tinham, então, baixa margem de liberdade para produzir e implantar os próprios projetos pedagógicos, concretizados nos currículos.

No contexto atual, onde os conhecimentos têm fluidez e rapidez de mudanças, é nos mecanismos de educação continuada que está uma das chaves para que o ensino superior acompanhe tais transformações. Este aspecto dinâmico só é viável a partir de uma estrutura flexível como a das diretrizes curriculares, que possibilitam às IES definirem diferentes perfis de seus egressos e adaptarem estes perfis às transformações e suas realidades. “É o contrário do currículo mínimo, que acaba por definir cursos estáticos e perfis profissionais também estáticos” (MARTINS, 2004, p. 16).

Os textos das DCN's de todos os cursos da saúde, segundo Moreira e Dias (2017), têm basicamente a mesma estrutura: 1. Perfil do egresso/profissional; 2. Competências e habilidades; 3. Conteúdos curriculares; 4. Estágios e atividades complementares; 5. Organização do curso; 6. Acompanhamento e avaliação.

É possível observar, lendo todas as DCN's da área de saúde, que além de formatos e redações semelhantes, há uma parte comum a todas as profissões referente às competências gerais. Há também partes específicas de cada profissão.

O que é comum para todas as profissões, competências gerais, como específicas de cada uma delas, pode ser compreendido a partir de quatro eixos estruturantes conforme Kussakawa (2017). Em seus estudos sobre a DCN de medicina de 2014, analisa o eixo axial, o da Promoção a Saúde, ou seja, a

intenção e pretensão de mudança de paradigma na formação dos profissionais de saúde, do paradigma tradicional, cura e reabilitação, para o da integralidade do cuidado, para promover a saúde e preservar a vida (qualitativamente e quantitativamente). Isto também poderia ser ampliado para se referir sobre o cuidado de doenças que ameaçam a continuidade da vida (cuidados paliativos, prevenção e alívio do sofrimento), morte com qualidade.

A Promoção da Saúde é definida “como o processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua própria saúde, sobre os determinantes da saúde e, ao mesmo tempo, melhorá-la” (PELICIONI et al., 2008, apud KUSSAKAWA, 2017, p. 04).

Entender a Promoção como capacidade do indivíduo para buscar a qualidade e quantidade de vida, compreendendo a saúde não mais como finalidade, mas como recurso ou ações aplicáveis à vida cotidiana na busca de infinitas possibilidades de vida. Assim, a noção de vida é tomada a partir da identificação, compreensão e controle de fatores favoráveis ou prejudiciais ao bem-estar próprio e ao da comunidade. Dessa maneira, é possível minimizar o risco e a vulnerabilidade ao adoecimento garantindo a melhoria das condições de vida da população. Segundo Kussakawa (2017), o conceito carrega em si o desafio de alcançar o objetivo pela necessidade do envolvimento e corresponsabilização de múltiplos setores da sociedade e do Estado, como: educação, justiça social, políticas públicas, economia, suporte ambiental, uma intersetorialização de forma integrada do fazer político.

A perspectiva de Kussakawa (2017) é corroborada aqui no que tange às análises sobre a DCN de medicina 2014. Destaca-se ainda que, de maneira confusa e insipiente, as DCN em Saúde em geral têm os mesmos eixos que seria a adequação dos cursos para o novo paradigma da Saúde proposto pelo SUS, visando à integralidade do cuidado e à promoção da saúde (saúde como vida). No estudo, os autores afirmam que o eixo principal é o de promoção da saúde e trata das determinações sociais do processo de saúde e doença e dos novos conceitos de saúde: saúde como direito à vida, e não como finalidade, como meio; saúde a partir de uma concepção ampla; saúde como complexidade.

No segundo eixo, os autores citados, o nomeiam como eixo político-econômico, onde as DCN's afirmam as relações com o mercado de trabalho e

o perfil de formação dos profissionais da saúde. Existe também um eixo ético-cultural, onde fica evidenciada a necessidade de perceber o pluralismo cultural, da equidade e da comunicação em saúde. E, segundo a análise dos autores, um último eixo, o simbólico-tecnológico, onde se encontram questões sobre autonomia do profissional de saúde e interesses de poder escorados na atuação desses profissionais (KUSSAKAWA, 2017).

Destaca-se, a partir das concepções dos autores mencionados anteriormente que as DCN's preconizam na formação dos profissionais a inserção precoce dos graduandos no mundo do Trabalho. A partir delas, é proposta a "aprendizagem pelo trabalho" em diferentes cenários reais e diversificados, estabelecendo uma relação dialética e dialógica entre teoria/prática e prática/teoria. Nesse sentido, KUSSAKAWA, (2017), assevera:

O ambiente real de trabalho possibilita aos alunos entrar em contato com todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, profissionais e não profissionais, numa interação dialética e interdisciplinar. Tal metodologia deseja promover alguns conceitos, como a interdisciplinaridade; a diversificação dos cenários de aprendizagem; a importância do contexto social, econômico e ambiental; a autonomia e a comunicação horizontal; e a formação geral e não especializada (KUSSAKAWA, 2017, p 167).

Para Moreira e Dias (2017) há características a partir de um novo paradigma do profissional a ser graduado nos cursos da área da saúde, tendo em vista um novo modelo de formação e de cuidado. A análise dessas características pode ser associada a determinado perfil profissional para atuar no campo da saúde que, por sua vez, está relacionado a um modelo de atenção à saúde.

Também nas competências específicas do perfil profissional, é possível destacar, segundo Moreira e Dias (2015), características esperadas dos egressos que se distinguem do chamado modelo biomédico, centrado nas doenças dos indivíduos e com ênfase na especialização profissional.

A incorporação de docentes com formação em outras áreas de saber – relacionadas a um novo paradigma de educação com vistas a promover uma formação permanente expressa nas competências gerais de todos os cursos – indica que uma compreensão interdisciplinar deve ser comum e fundamental a todas as profissões da saúde. Trata-se da ideia de que os profissionais de

saúde devem “aprender a aprender”, comprometendo-se com sua formação e das futuras gerações de profissionais.

A participação ativa dos alunos na construção do conhecimento, o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupo e a integração dialética entre as ciências básicas e as ciências aplicadas à clínica requerem mudanças consideráveis na estrutura curricular e nos processos de ensino e de aprendizagem. Tais fatores indicam a necessidade de apropriação consistente, por parte dos professores e preceptores de metodologias adequadas. Ao desenvolver currículos orientados pelas DCN's, novas competências são esperadas do corpo docente (MOREIRA e DIAS, 2001).

Além das referências aos princípios e diretrizes do SUS, que remetem para um novo modelo de saúde, as DCN dos cursos estão desenhadas com uma perspectiva de desenvolvimento de competências, modelo de ensino e aprendizagem bem distinto daquele que tem orientado, de uma maneira geral, a formação universitária no Brasil na prática (MOREIRA e DIAS, 2001).

Para Moreira e Dias (2001), as DCN's indicam que a aprendizagem deve ter como foco a resolução de problemas e a evidência científica, o que possibilitaria a articulação entre teoria e prática. Indicam também que os processos saúde-doença devem ser relacionados aos aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e psicológicos, bem como o aluno deve ser considerado sujeito ativo do processo de aprendizagem a partir de uma realidade concreta e vivida.

De fato, como consideram Bertonecelo e Pivetta (2015), pode-se afirmar que de nada adianta mudar os desenhos curriculares se a “leitura” continuar sendo a mesma; se o perfil profissional de quem forma não transcende aspectos arraigados e tradicionais da profissão, a racionalidade técnica, fragmentada e mecanicista, valorizando a reabilitação, que não atendem o momento histórico atual, de um mundo fluido e líquido segundo Bauman (1999),

2.4 Para Que Avaliar e O Que Avaliar

Ao analisar alguns debates sobre práticas de políticas públicas no cenário da educação, percebe-se que um dos aspectos fundamentais no processo permanente de qualificação é a avaliação destes processos. A avaliação, aqui proposta, não será tratada a partir do campo do ensino e sua relação com a aprendizagem e o desempenho, e sim, por seu objeto, do ponto de vista metodológico, e será considerada, a partir do campo de análise das políticas públicas. Para Mororó (2017), é possível utilizar a avaliação como estratégia de análise da implementação e fortalecimento de políticas públicas, considerando os projetos políticos curriculares e projetos pedagógicos dos cursos como política institucional. Segundo Faria (2005), mesmo que apresentem caráter avaliativo, em geral, não é comum encontrar, entre as pesquisas sobre política pública educacional, aquelas que utilizam o termo “avaliação” para designar a metodologia utilizada.

Conforme Moreira e Silva (1997), é possível que isso esteja ligado a três razões. A primeira delas pode ser o fato de que, o campo da avaliação não é isento de disputas de diferentes concepções e interpretações, e, nesse contexto, o processo de avaliação não pode ser reduzido ao conjunto de procedimentos de natureza metodológica, pois ele supõe determinadas concepções de um projeto de sociedade que se deseja fortalecer. A segunda razão, para Moreira e Silva (1997), pode ser que em geral, uma pesquisa de avaliação requer que todos (ou pelo menos a maior parte) dos aspectos a serem investigados sejam considerados. Isto é, se a pesquisa for avaliar um currículo, será necessário analisar os documentos pertinentes, considerar o ponto de vista dos gestores, dos executores, dos usuários e, por vezes, dos próprios avaliadores, e utilizar uma multiplicidade de instrumentos, gerando grande quantidade de dados. Ainda conforme os mesmos autores, uma terceira razão seria que este tipo de estudo pressupõe a existência de um grupo de trabalho comprometida no processo de avaliação, já que não é serviço para apenas um pesquisador.

Por outro lado, para Mainardes (2006), a ação avaliativa refere-se às práticas discursivas e aos modos institucionalizados pelos quais os atores envolvidos definem determinadas questões. Trata-se de um desafio teórico-metodológico construir um plano de investigação capaz de desvelar o que já se

acha construído nos critérios de formulação do projeto ou programa e de como esses pressupostos intervêm sobre aqueles.

Outro aspecto a ser considerado nos planos de avaliação é a reconstrução dos fluxos e interdependências das ações efetuadas por um dado projeto, programa ou política. Nessa concepção, a pesquisa avaliativa tem por objetivo uma meta-análise, ou seja, busca revelar relações entre a conceptualização, o desenho, a condução, as interpretações, os resultados e os efeitos. Luckesi (2001) nos diz que

[...] para qualificar a aprendizagem de nossos educandos, importa, de um lado, ter clara a teoria que utilizamos como suporte de nossa prática pedagógica, formativas, e, de outro, o planejamento de ensino (LUCKESI, 2001).

Portanto, para Souza & Reinert, (2010), perceber o grau de satisfação quanto ao ensino ofertado mostra-se importante, já que traz à tona o ponto de vista de cada sujeito, apurando referenciais, considerando as qualidades e visões, que estão ligadas ao que pode ser considerado de utilidade reconhecida e aceita por aqueles que dão sentido aos resultados do desempenho formativo.

3. OBJETIVO

A partir da pergunta inicial: qual a percepção dos graduandos em fisioterapia sobre sua formação em atenção à saúde? Desenvolvemos os seguintes objetivos:

3.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção dos alunos de graduação em fisioterapia sobre sua formação em atenção à saúde tendo como referência a DCN.

3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a visão dos discentes sobre o trabalho do fisioterapeuta;

- Descrever a compreensão dos discentes acerca da formação do fisioterapeuta;
- Identificar na fala dos discentes as competências e habilidades em atenção à saúde referente ao curso de fisioterapia descrita na DCN;
- Identificar o conhecimento dos discentes acerca das competências e habilidades referente a atenção à saúde;
- Identificar qual é a percepção dos discentes sobre as mudanças implementadas no curso de fisioterapia após a mudança da grade curricular.

4. Materiais e Método

4.1 Tipo de Estudo

O estudo adotou o método exploratório descritivo com abordagem qualitativa, com modalidade de estudo de campo e técnicas de análise de Discurso e de Conteúdo. A pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador maior aproximação e familiarização com o tema, os fatos e fenômenos relacionados à pergunta motivadora, facilitando subsídios tanto para determinar as relações existentes quanto para conhecer qual o tipo de relação que determina a ocorrência do fenômeno, conhecendo os porquês.

Ao adotarmos o método qualitativo, consideramos que os sujeitos são participantes efetivos da pesquisa em toda sua complexidade e desta maneira, apropriar-nos de informações necessárias para interpretar e refletir sobre os dados da pesquisa.

Como argumenta Campos (2004), no universo das pesquisas qualitativas, a escolha de método e técnicas para a análise de dados deve, obrigatoriamente, proporcionar uma visão multifacetada sobre a totalidade dos dados. Isto se deve à pluralidade de significados atribuídos ao produtor das informações, acatadas como dados de pesquisa e ao contexto em que tais dados, estão inseridos.

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos

fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001 p.14).

Minayo (2001) nos diz que depende da forma como tratarmos a metodologia, esta inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e a possibilidade criativa do investigador. Enquanto abrangência de concepções teóricas de abordagem, teoria e método caminham juntos, inter-relacionados, de maneira dialética são inseparáveis. Acrescenta ainda que, enquanto técnica, a metodologia deve apropriar-se de instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar impasses teóricos para o desafio da prática. Porém, nos esclarece que o endeusamento das técnicas produz um formalismo árido ou respostas estereotipadas.

Para Minayo (2001), nada substitui a capacidade criativa do pesquisador. Feyerabend, em *Contra o Método* (1989), diz que o progresso da ciência está associado mais à violação das regras do que à sua obediência, e para autores como Kuhn, no livro “Ponto de Mutação” (1978), o progresso da ciência ocorre por meio da quebra de paradigmas, promovendo, pois, uma revolução.

Dal'Igna (2012, p. 198) propõe quatro princípios teórico-metodológicos de investigação em pesquisas qualitativas: “Exercite a suspeita, assuma suas intenções, abandone a pretensão da totalidade e adote uma postura ética”. A autora problematiza o paradigma moderno e nos impulsiona ao exercício da suspeita: “Desconfie das verdades e das certezas” (idem, 2012, p. 198). E ainda:

[...] o pesquisador produz e reproduz verdades. Os conhecimentos produzidos na e pela pesquisa devem ser compreendidos em termos de verdade e poder. (Dal'Igna, 2012, p. 199).

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, em aprofundar a compreensão de um grupo social. A pesquisa qualitativa nos mostra como os pesquisadores são, ao mesmo tempo, o sujeito e o objeto das pesquisas. O desenvolvimento da pesquisa é imprevisível. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado. O objetivo da

amostra é produzir informações, e o que importa é que a pesquisa seja capaz de produzir novas informações para novos estudos e ações.

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada nas dependências de uma universidade pública do Estado de Alagoas, a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL. Trabalhamos como Professor nesta Universidade desde o ano de 1996, sempre na Área de Saúde Pública e Políticas Públicas, participando, ativamente, na reformulação e debates desde o primeiro Projeto Pedagógico Global-PPG em 1997, no Projeto Pedagógico Institucional-PPI e suas adequações, e nos Projetos Pedagógicos de Cursos. Coordenamos o Núcleo de Saúde Pública e Políticas Públicas-NUCISP durante aproximadamente oito anos, e atualmente, coordenamos o eixo de ensino de Saúde e Sociedade. Tivemos participação como membro titular no Colegiado do Curso de Medicina, Conselho Universitário-CONSU e Núcleo Docente Estruturante-NDE do Curso de Fisioterapia. Atualmente, ainda integramos o NDE do curso de Fisioterapia e, no Núcleo, são produzidas discussões permanentes de avaliação do desenho curricular implantado em 2014 e suas adequações frente a novas realidades enfrentadas e impostas.

4.3 Participantes da Pesquisa

De um universo de 40 estudantes do último ano do curso de Fisioterapia, o Grupo Focal teve a participação de 11 discentes que frequentaram o curso do primeiro até o último ano de graduação com o currículo implantado em 2014. Todos os alunos foram convidados várias vezes por e-mail e conversas durante as aulas de estágio supervisionado, em que foi explicada a importância da Pesquisa e da participação dos formandos. A seleção foi espontânea a partir de quem compareceu no dia marcado, e, desde o início, queríamos um grupo composto por um número entre 10 a 16 alunos. As referências pertinentes não recomendam grupos com números maiores de participantes, e um número

elevado de pessoas pode inibir alguns membros, além de dificultar a compreensão das narrativas e diálogos.

4.4.1 Cenário de Estudo

4.4.1.1 Instrumentos de Coleta e Análise

4.4.1.1.1 Grupo Focal (GF)

Foi utilizada a técnica de Grupo Focal como instrumento de coleta de dados com alunos do último ano do curso de fisioterapia da universidade.

Como modalidade de campo, optamos pela técnica de Grupo Focal (GF)

A técnica de Grupo Focal é composta por um grupo de pessoas reunidas pelo pesquisador, para discutir e comentar um tema, o objeto da pesquisa, a partir de experiências e vivências nos assuntos propostos por um roteiro norteador sistematizado e problematizado pelo investigador.

Para Gomez (2005, p. 41), no GF “[...] privilegia-se o processo interacional, ou seja, são redes de interações produzidas por uma condição mais flexível dos trabalhos, elementos básicos de um processo investigativo”. No entanto, ainda para Gomez (2005), cada vez mais, a técnica de grupo focal tem ampliado seus propósitos, estando a cargo da criatividade do pesquisador.

No trabalho de dissertação de Mestrado, Nicaretta (2013) descreve que essa técnica é usada em investigações com abordagem qualitativa, pois permite obter informações a respeito do objeto de pesquisa, que, por meio de outras metodologias, não seriam alcançadas. Para ela, o coordenador /norteador/orientador do grupo focal deve ser um facilitador durante as discussões para não influenciar as opiniões. Deve, ainda, promover a participação de todos, encorajando-os a se envolverem nas discussões. Nesse encontro, para Gatti (2005, p. 9), o grupo focal

[...] permite fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos educacionais, pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados, que, com outros meios, poderiam ser difíceis de se manifestar. (Gatti, 2005, p. 9)

Gatti (2005) defende a importância da técnica para a produção de significados durante a pesquisa de campo. Em Hampel (2011), encontramos o termo facilitador para designar o pesquisador ou norteador da técnica de grupo focal, sendo que este deve estabelecer e favorecer a discussão, pois não se realiza uma entrevista de grupo. É interessante observar esta autora (2011, p.91) analisa a técnica: “Todos/as nós aprendemos e nos redescobrimos através do G.F, os encontros questionam tabus e preconceitos, refletirão sobre os modos desejos, percepções” e expectativas, acrescentamos nós . Assim, os encontros são sinalizados como momentos de aprendizagem e produção de informações/ conhecimentos. Por meio dessa interação, torna-se possível compreender a multiplicidade de representações, linguagens, práticas sociais prevalentes em determinados grupos. De acordo Hampel, com essa técnica, não se pretende chegar a respostas absolutas universais e a verdades, pois não se acredita em uma única origem das coisas/fatos e dos acontecimentos, mas problematizar a forma como vamos dirigir nossos olhares para a análise do material. Nesse sentido, Giacomini expressa que:

[...] eventos são provisórios, e os movimentos de transformação e de permanência estão articulados ao longo de um período. O grupo focal é entendido, nessa ótica, como uma técnica para levantamento de dados e com capacidade de envolvimento de todos os voluntários na pesquisa. (GIACOMINI, 2011, p.48)

Sempre devemos considerar que estes dados são levantados a partir de uma realidade específica, histórica, social e ideológica em contextos locais ou gerais. Ainda a autora nos traz sobre a coleta de dados:

Essa não deve ser compreendida como sinônimo de entrevista: ao contrário, o pesquisador lança um tema que pode ser em forma de uma frase, expressão, imagem ou pergunta, e os participantes contribuem livremente com suas opiniões a respeito do tema. Conforme exposto, o grupo focal permite desenvolver a não sequencialidade de fatos e acontecimentos,

o que geralmente acontece na entrevista (GIACOMINI, 2011, p.48).

Morgan (1997) define grupos focais como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Pode ser caracterizado também como recurso para compreender percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos.

Para sistematizar e analisar os dados resultantes do GF, trabalhamos com Análise de Conteúdo.

4.4.1.1.2 Análise de Conteúdo (AC)

A maioria dos autores refere-se à AC como uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo, de modo prático e objetivo, produzir inferências do conteúdo da comunicação ou de um texto replicáveis ao seu contexto social.

Os depoimentos foram analisados e sistematizados por meio da técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (2010), composta por três etapas: pré-análise, cujo objetivo é sistematizar ideias iniciais de forma a conduzir, de modo esquematizado, o desenvolvimento da pesquisa; a segunda etapa trata-se da exploração do material, momento em que são selecionadas formas sistemáticas de categorias, para que se torne possível a terceira etapa, que é o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN,2010).

4.4.2 Procedimentos Operacionais

Os instrumentos metodológicos e técnicos utilizados nesta pesquisa trouxeram informações relevantes que foram fundamentais para alcançarmos nosso objetivo de conhecer a percepção dos graduandos em fisioterapia sobre a formação acadêmica em atenção à saúde, tendo como referência a DCN. Além de conhecer a visão dos discentes sobre o trabalho do fisioterapeuta, a proposta era ainda descrever a compreensão dos discentes acerca da formação do fisioterapeuta, identificar na fala dos discentes competências e

habilidades em atenção à saúde, referente ao curso de fisioterapia descrita na DCN, identificar o conhecimento dos discentes acerca das competências e habilidades referente a atenção à saúde e ainda identificar a percepção dos discentes sobre mudanças implementadas no curso de fisioterapia após a modificação da grade curricular.

Assim, a nossa proposta metodológica em relação às investigações conteve diferentes etapas de pesquisa: leitura crítica, à luz da teoria dialética e da complexidade sobre a DCN da Fisioterapia de 2002. A leitura de material teórico construído historicamente de forma crítica e reflexiva nos permitiu refletir e perceber como diretrizes curriculares descrevem e sugerem articulações entre conhecimentos, habilidades e atitudes para o curso. Além disso, auxiliou a identificar quais as expectativas e resultados esperados frente ao egresso do referido curso. E, desta maneira, facilitar a compreensão e as percepções dos alunos referentes ao curso e compreender como o próprio curso se desenvolveu.

Caracterizando a articulação entre conhecimento, competências e habilidades gerais e específicas descritas na DCN de Fisioterapia, e utilizando o trabalho de Kusakawa (2017), sobre a DCN de Medicina, construímos categorias de análises que nos permitiram compreender a percepção dos discentes da fisioterapia referentes à atenção à saúde, sua formação e o mundo do trabalho.

As categorias foram agrupadas em quatro grandes blocos ou eixos analíticos, a saber:

1. Promoção da saúde, integralidade do/no cuidado, conceito ampliado de saúde;
2. Autonomia profissional, inserção precoce no mundo do trabalho, aprendizagem pelo trabalho, valorização da prática sobre a teoria, excelência técnica, liderança;
3. Pluralismo cultural, equidade, postura ética e crítica;
4. Comunicação, interdisciplinaridade, interprofissionalidade, trabalho em grupo e intersetorialidade.

As categorias construídas nos permitem inferir e analisar as narrativas dos alunos do GF e descrever qual a percepção de cada aluno sobre categorias, além de avaliar como identificam as respectivas atuações como fisioterapeutas na atenção à saúde, permitindo-nos refletir se estas compreensões estão pautadas pelas propostas sugeridas pela DCN ou não. Como também descrever se existiram, a partir do discurso e narrativas destes alunos, mudanças concretas na formação dos estudantes de Fisioterapia alinhada à nova proposta paradigmática da DCN, e neste caso, quais seriam elas para os alunos do último ano do curso de fisioterapia.

Esta análise facilitara a construção dos parâmetros e indicadores que nos permitam perceber se o perfil desejado e definido nos documentos da IES estão em consonância com as DCN, além da percepção e adequação da metodologia de ensino/formação propostos para o curso, a existência de inter-relação das disciplinas definidas na concepção e execução do currículo, analisar a coerência do sistema de avaliação do processo ensino e de aprendizagem, perceber a existência ou não de módulos ou temas integradores, existência de atividades formativas de prática profissional ao longo do curso, constituição e dimensão de áreas de práticas obrigatório ensino e serviço, existência de rede de comunicação científica, acesso facilitado aos três níveis serviços de unidades de saúde vinculadas às redes de proteção, pelos egressos.

Foi construído um roteiro norteador como forma de facilitar discussões e narrativas no GF. Este material foi construído a partir dos nossos objetivos na pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNCISAL - CEP, e aprovado com número 068457/2018 em 21/08/2018 e somente após essa aprovação, os alunos foram contatados com a intermediação do coordenador do curso de fisioterapia. Os participantes do grupo focal integravam a primeira turma egressa da nova matriz curricular.

No encontro do GF, os estudantes foram estimulados a fazerem uma auto-avaliação sobre a percepção da prática do trabalho que teriam como futuros fisioterapeutas, referente à atenção à saúde. Esta avaliação foi provocada a partir do primeiro tema norteador. O encontro durou uma hora e

vinte minutos, dos quais foram gravados e transcritos, posteriormente, quarenta e um minutos tempo referente às falas no Grupo Focal.

No início da atividade do GF, foi esclarecido o papel de cada um dos membros externos, da participação dos alunos, e solicitada a autorização para a gravação dos diálogos que aconteceriam a seguir. Foi realizada uma explanação detalhada do projeto, o interesse da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão, e após, a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi solicitada a assinatura do mesmo.

O GF foi utilizado como ferramenta primordial para coleta de dados, com a integração de 11 alunos, o pesquisador e dois observadores que participaram ativamente para discutir a construção das ferramentas. É importante salientar que os observadores foram instruídos anteriormente, a partir de uma experiência piloto com grupo focal. Na experiência piloto, tivemos a participação e a colaboração de quatro alunos graduandos do curso de medicina da UNCISAL, apenas para testar este instrumento e seu formato. Os observadores tiveram orientações pré-definidas e ficaram responsáveis por gravarem os diálogos e realizam anotações a partir do roteiro orientador, contendo os pontos principais a serem analisados durante as narrativas que permitirão realizar a coleta de dados, tendo como base a observação do que ocorreu no GF.

Finalizando este primeiro momento, foram iniciadas as atividades do GF. O pesquisador deu início às atividades a partir das perguntas/tópicos a seguir descritos, existentes no roteiro norteador. Para cada uma delas houve a participação de todos os discentes. Os observadores estavam instruídos a não participar das discussões; o pesquisador teve o papel de motivador, incentivando a participação de todos os alunos. Os discentes se encontravam motivados inicialmente e havia certa ansiedade de como transcorreriam as atividades. Ao perceberem que seria um diálogo entre os colegas, ficaram mais tranquilos e à vontade para fazer críticas e dar opiniões. O ambiente do GF, após o momento inicial, contou com muita alegria, pois os participantes entenderam que estavam realizando um bate-papo com amigos e iniciando uma nova etapa em suas vidas, pois naquela data faltava um mês para a formatura. Deixaram transparecer acreditarem que a participação deles nesta atividade contribuiria para o realinhamento e mudanças do curso, melhorando o

processo de aprendizagem de novos alunos. A atividade de coleta de dados, por meio do GF, teve duração de quarenta e um minutos de diálogos. O GF foi encerrado quando, na percepção do pesquisador, os colaboradores estavam cansados e os temas se tornaram repetitivos e exauridos.

Os dados coletados, produzidos a partir de diálogos, foram gravados e transcritos (em anexo). Estes foram reunidos conjuntamente às anotações e comentários dos observadores para sistematizar a análise.

Os temas norteadores que guiaram toda a dinâmica do GF foram os seguintes:

- 1) Qual é o trabalho do fisioterapeuta, na prática cotidiana, na atenção à Saúde?

Observação: Com relação a este tema, procuramos observar a compreensão da futura prática laboral do profissional referente à integralidade como cuidado em saúde, prevenção, promoção e conceito ampliado de saúde.

- 2) Como foi a Formação no curso de Fisioterapia para vocês?

Observação: Aqui é descrita a compreensão dos participantes sobre sua formação. E que conhecimentos, habilidades e atitudes adquiriram ao longo de seu curso.

- 3) Falem dos aspectos marcantes nessa formação.

- 4) Para vocês, o que faltou nessa formação?

4.4.3 Critério de Inclusão

Discentes cursando o último ano do curso de fisioterapia e que tenham frequentado, desde o primeiro até o último ano com a mesma estrutura curricular.

4.4.4 Critério de Exclusão

Discentes que estejam afastados ou ausentes da cidade ou da IES no dia da coleta.

|

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para sistematizarmos e analisarmos os principais achados nas falas dos discentes, a partir das categorias já mencionadas, optamos por dividir a discussão em quatro subtítulos, sendo estes:

- 1 – Formação do Curso de Fisioterapia após nova matriz curricular;
- 2 – Aspectos marcantes nessa formação;
- 3 – O que faltou nessa formação;
- 4 – O trabalho do fisioterapeuta.

5.1 FORMAÇÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA APÓS NOVA MATRIZ CURRICULAR

Em relação à avaliação da matriz curricular implementada no curso em 2014, percebemos que os alunos compreendem as mudanças ocorridas na reforma da grade curricular. Para eles, há uma tentativa de superar a fragmentação e os conceitos biomédicos tecnicistas, principalmente com o aumento da perspectiva da Saúde Pública, e inserção precoce do estudante no mundo do trabalho em todos os níveis de atenção, valorizando, principalmente, a promoção e proteção, aprendizagem pelo trabalho e valorização da prática sobre a teoria. Porém, não fica claro, muitas vezes, para o discente, a compreensão da formação integral e generalista proposta pela DCN e nova matriz curricular, em contraposição à formação especializada/fragmentada proposta no modelo curricular anterior pautado numa formação mais tradicional vinculada a velhos conceitos de Saúde. No trecho narrativo a seguir, inferimos parte desta percepção em uma das falas

Com a mudança da grade curricular a gente viu que, assim, [que] teve uma migração no perfil do profissional Fisioterapeuta formado pela UNCISAL. Ele antes era mais voltado pra áreas mais específicas, tipo: é respiratória, neuro... e a gente vê hoje até como na ementa de saúde e sociedade, o quanto essa

visão foi mudada, assim, pra se voltar para a saúde coletiva. Até a gente acha que se a gente for olhar os trabalhos de conclusão do curso a maioria está voltado pra saúde coletiva, teve essa alteração [...]

Por sua vez, na fala dos alunos, apontam como problema vigente para a formação como futuros terapeutas é que o curso ainda não se conseguiu construir abordagem interdisciplinar como requer o modelo em vários eixos e/ou módulos propostos pela nova matriz. Segundo Bispo et.al. (2014), a interdisciplinaridade é o encontro de diferentes disciplinas, seja em perspectiva pedagógica ou epistemológica, para construir um novo saber. Este saber, por sua vez, é produzido pela intersecção e inter-relação de diferentes saberes/disciplinas. Uma visão interdisciplinar deveria estar presente tanto no campo da teoria como no da prática, seja essa prática de intervenção social, pedagógica ou de pesquisa.

Para a compreensão da prática da interdisciplinaridade, temos que retomar como base o conceito de “integralidade”, que é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988. Deste modo, para que a implantação prática da integralidade ocorra de forma efetiva há a necessidade de implementar uma formação a partir de um desenho curricular que fomente a interdisciplinaridade na prática do serviço. Para os alunos, o currículo implantado traz esta proposta nas suas diretrizes, porém não na maioria dos eixos existentes, como explicitado na fala abaixo:

A ideia na grade, no papel, era transformar as matérias em eixos. E aí eles juntaram né, pegaram, vamos juntar neuro, respiratória e traumato e formou um bloco. E aí a ideia na grade era pra que isso [funcionasse de modo mais integrado] integrarem [...] E [para que] a gente tivesse questões que embolassem as três áreas. E acabou que isso não ocorreu. A gente tinha um professor que vinha durante dois meses, dava tudo da neuro [...] E aí fazia uma prova daquele conteúdo. Tá, o próximo Professor vem, deu a traumato, fez a prova da traumato [...] Próximo Professor veio, deu reumato. Tipo, isso

não é integrar. Isso é fatiar uma pizza. E [cada] uma pega sua fatia. E a fatia ficou, bem menos,

Na fala dos estudantes, o que aconteceu foi uma somatória dos conteúdos, das áreas, das disciplinas. Inclusive, um deles, ao usar a expressão “fatiar uma pizza”, visa a ressaltar que, na formatação do curso, não se conseguiu criar eixos integrados, tampouco se afastar de um caráter fragmentado e biomédico sustentado no conceito de saúde como ausência de doença. A maioria dos participantes afirma que a proposta de integrar os conteúdos/disciplinas a partir da transdisciplinaridade não foi assumido por alguns professores e/ou preceptores:

E uma outra ideia da Matriz nova era conscientizar a participação do fisioterapeuta nesses três níveis em todas as áreas. Então, assim, eu acho que isso também deixou a desejar no caso desses eixos em que eram as aplicadas, eu acho que não precisava desvincular o papel de promoção e prevenção, por exemplo, da traumato, da neuro de outras matérias. Isso realmente não existiu, ficou [...] falou, eles mudaram no papel mas não [...] Não se colocaram no dever de mudar a forma com que eles aplicariam aquela matéria pra gente, né?

Para os alunos, a integração de conteúdos/saberes com práticas/níveis de atenção em saúde no cuidado integral não aconteceu a contento, pelo fato de que as mudanças ainda não são percebidas pelos professores ou preceptores. Deste modo, a vinculação do saber técnico específico com práticas e saberes de promoção e prevenção ou vice-versa não foram disseminados por todo o grupo de docentes e preceptores vinculados à formação destes futuros profissionais. Pudemos perceber uma visão crítica por parte dos alunos, tanto em relação à formação, quanto à necessidade de que a interdisciplinaridade deve acontecer. Além disso, assinalaram que deve haver maior inter-relação entre teoria e prática, entre específico e geral e ainda entre a parte e o todo. Esta percepção crítica por parte dos alunos se encontra expressa na fala a seguir:

O bom [...] A integralização dos conteúdos na teoria teve, mas na prática não se alcançou esse objetivo, o de integralizar os conteúdos.

Esta dissociação entre teoria e prática também é comentada em relação ao processo de aprendizagem sobre o eixo de avaliação funcional do indivíduo (paciente). Nos primeiros anos da formação houve excesso de carga teórica, dissociada da prática; somente nos últimos anos da graduação, há módulos mais voltados para exercitar uma prática com usuários de sistemas de saúde, pois somente a partir do terceiro ano do curso são iniciadas as práticas ambulatoriais, e, nos dois últimos anos, nos estágios supervisionados.

[...] E aí o que eles fizeram com a gente. A gente começou com métodos de avaliação numa matéria só, né? Primeiro foi geral, que foi aquela de púlpito normal, de flexo, respiratório e depois veio [...] aí depois vem uma professora: Eu vou dar a parte de órtese. No 2º ano lembro como hoje. Aí chegou outra e vou dar avaliação de pediatria, chegou outra, eu vou dar avaliação de neuro, chegou outra eu vou dar avaliação [...]e a gente ficou tipo [...] é né? Vamos fazendo. Chegou no 4º ano. Sim cadê as avaliações que a gente fez no 2º ano? Que no 4º e 5º é que chegaram os pacientes.

O modo fragmentado como compreenderam o processo de avaliação pode ser consequência da falta de diálogo e comunicação entre os docentes. O novo desenho curricular pressupõe uma comunicação permanente a partir de um processo interdisciplinar e indivisível entre teoria e prática, isto está explicitado quando afirmam: *Sim cadê as avaliações que a gente fez no 2º ano? Que no 4º e 5º é que chegaram os pacientes.*

Percebemos uma aceitação relativa à formação do modo processual e à aprendizagem realizada no trabalho, enquanto estão no serviço, pois a aprendizagem, por meio do trabalho e inserção precoce no mundo laboral, é considerada muito positiva.

Acho que na verdade, acho que ninguém vai chegar no quinto ano de fato sabendo, preparado 100% pra todas as áreas sem prática né? E independente disso, acho que é, são coisas que se agregam com a própria experiência. Têm coisas que [...] imaginem quantas situações [são] é diferentes [e as que] podem acontecer [a]diante, no atendimento e, o [que] realmente você não tem [é] como se preparar para todas elas antes, só com a teoria. Acho que é só vivendo, que realmente você vai ter esse aprendizado, até como profissional.

E ainda acrescenta, comparando a nova matriz com a dos colegas que o antecederam:

É, mais assim, eu acho que quanto a essa vivência prática a gente deve, acho... que a ideia da matriz nova é bem interessante, porque antes o pessoal de repente coloca diante um paciente no estágio [...] Você já é um Fisioterapeuta hoje, do nada, assim [...] A gente já vem aprendendo isso desde o terceiro ano a lidar com o paciente [...] Quando a gente chega no estágio bem mais acostumado a lidar com essas situações. Porque são vários aspectos, para você chegar de fato no paciente, então acho que a gente vai fazendo isso por etapas, e eu acho que isso foi produtivo para gente, tipo, a gente no começo viu como fazer uma triagem que é o mínimo. Como ter uma relação fisioterapeuta-paciente, e isso foi somando, somando, somando até chegar no quinto ano eles deram a gente a independência de elaborar uma conduta e programar uma alta ou admitir o paciente no serviço, então assim eu acho que foi bem gradual e seria uma, [como] uma sequência lógica, né? Assim do mínimo pra o essencial né? Então quanto essa vivência prática, eu acho que isso funcionou [...].

Pela fala transcrita, é perceptível que existe uma aprovação por parte dos discentes sobre a formação de modo processual e integrando teoria com a prática e inserção precoce no mundo do trabalho. Conseqüentemente, isto lhes permitiu integrar o conhecimento teórico obtido nos primeiros anos. Assim, passaram a compreender melhor as práticas e assumirem atividades

profissionais com maior segurança. Essa visão crítica permite aos estudantes perceberem contradições existentes no processo de ensino e de aprendizagem. Como mencionam Netto e Silva (2018), a experiência fortalece o estudante, promovendo autonomia, autoestima e autoconfiança, características da reflexividade e visão crítica, uma vez que vive e convive imerso no contexto da prática. E ainda, outros estudos como os de Anjos e Aguilar (2017) demonstram que as experiências mais significativas e geradoras de aprendizagem, nos processos de formação acadêmica, acontecem durante ações que se materializam na integração ensino-serviço-comunidade.

Ainda pudemos observar que, além de valorizarem a inserção precoce no mundo do trabalho, compreendem a importância de superar a fragmentação entre teoria e prática, valorização do aprendizado de forma processual e vinculados a outros momentos de formação:

E assim a gente vem tendo prática assim, desde o terceiro ano, [...] e também a gente aprendeu muitas coisas que nem toda prática veio da teoria ou vice-versa. A gente aprendeu assim, pelo menos que eu aprendi muito, muito, muito com, durante o estágio, fiquei assim acho que muita gente eu [...] pensava que só ia colocar o que viu na teoria [...] mas eu aprendi muitas coisas que, nos, nos quatro anos [...].

Podemos inferir que a grande conquista percebida pelos alunos de fisioterapia foi identificar na reforma curricular a inserção precoce no mundo do trabalho, permitindo-lhes ter acesso a uma aprendizagem muito mais integralizada com a própria atividade a ser exercida após a profissionalização. O trabalho nos diferentes níveis de atenção à saúde em seus distintos cenários de práticas, além de ampliar a percepção sobre o cuidado em saúde, lhes permitiu o reconhecimento das diversas áreas de atuação, bem como a assimilação de conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para a participação, de forma muito mais integrada na promoção, prevenção, diagnóstico, cura e reabilitação dos agravos individuais e coletivos. Netto e Silva (2018) refletem que propostas curriculares que enfatizam a inserção precoce e a imersão na prática profissional podem favorecer a articulação da

teoria com a prática e avançar no desenvolvimento de competências para atuar na promoção da saúde. Isso porque, o contato com a realidade, de forma constante, permite ao profissional produzir conhecimentos com base na prática laborativa.

Ainda está muito marcada na formação do profissional realizar práticas de modo autônomo e independente. Se compreende autonomia aqui como a capacidade de discernir e construir inovações tecnológicas e de saberes, ou indicador de excelência técnica e liderança, mas com um modo isolado e segregado de exercerem o próprio trabalho, de uma perspectiva liberal, negando as práticas em equipe e interprofissional e apostando muito mais no exercício de forma individual, do que colaborativa.

Nas narrativas dos alunos também não estão explícitas as variáveis como: pluralismo cultural, equidade, liderança, comunicação e trabalho em grupo. Estes temas não são mencionados ou destacados em relação à mudança curricular.

5.2 ASPECTOS MARCANTES NA FORMAÇÃO

Para os participantes da pesquisa existiram vários pontos marcantes na sua formação, como: tecnologias em ações de saúde por meio de novos equipamentos, protocolos de atenção e avaliação funcional a partir da necessidade e interesse do usuário, não somente a partir da reabilitação..

Há uma percepção da importância da integralidade do cuidado de forma longitudinal e permanente. Para que isso acontecesse foi importante para os participantes que, em algumas das disciplinas/módulos/eixos existentes, como saúde da mulher e da criança, houvesse integração entre promoção, prevenção, diagnóstico, cura, reabilitação, integralidade do cuidado, conforme mencionado. Mas vale principalmente destacar a compreensão de os estudantes de que a integralidade deve acontecer nos três níveis de atenção e, desta maneira, aproximam-se às Redes de Atenção de cuidado como foi expresso nas falas de alguns discentes:

Então acho que a ideia não era a gente ter agregado agora, o perfil profissional do fisioterapeuta no ambiente da saúde

pública nesse nível primário só da saúde sociedade era pra ter sido também aplicada a outras matérias e a gente só teve eu acho que saúde da mulher [...] E saúde da criança, somente **[referindo-se onde essa integração de fato teria ocorrido]**.

Nesta afirmação, percebemos que, para o discente, ficou claro não ser uma questão de somatória, acrescentar mais conteúdo, por exemplo, de atenção primária de forma desarticulada, mas o fundamental é a compreender a integralidade do Cuidado e uma integração entre habilidades, atitudes e conhecimentos específicos de cada conteúdo/eixo/módulo, habilidade, atitudes e conhecimentos gerais, considerando a formação de um fisioterapeuta generalista, apto a participar e enfrentar diferentes desafios. Como proposto pela DCN de Fisioterapia de 2002, e afirmado no trabalho de Kusakawa (2017).

Foi a partir da realidade que observaram no Hospital de Doenças Tropicais Dr. Hélvio Auto (HDT) – atenção secundária e terciária – que lhes permitiu perceber as mudanças que se faziam necessárias nos processos educativos na atenção básica. Afirmaram, com muito orgulho, o que um docente havia lhes falado desta percepção e compreensão:

Vocês conseguiram identificar o problema no setor terciário e vocês desenvolveram educação e saúde na atenção básica.

Ao destacar como a prática é fundamental para o processo de aprendizado, outro dos alunos afirmou:

Eu acho que até a própria formação dos profissionais [é] que fazem com que a gente aprenda.

Outro aspecto ressaltado foi o destaque que deram ao modo como alguns professores e preceptores negavam a renovação e não aceitação de novas metodologias de aprendizagem, como as metodologias ativas propostas no Projeto Pedagógico do Curso-PPC. Esta recusa dos docentes terminou por ocasionar ações não integradas, dificultando o processo de aprendizagem e acentuando a dicotomia entre teoria e prática. Desta maneira, dificultando a

efetividade da nova proposta curricular apoiada na DCN. Neste outro trecho está clara e explícita a crítica ao modelo biomédico anterior bem como destaca a resistência de muitos profissionais de migrar para o novo modelo:

Acho que seria necessária talvez [...]uma aceitação, porque a gente percebe que eles não é só uma falta de conhecimento, é uma resistência em se colocar[...], nessa nova metodologia, então tem muitos que não querem e simplesmente acham que [...] É aquilo [...] Que eles veem o indivíduo como diagnóstico, né?.

Podemos entender, a partir da fala anteriormente que, para os alunos, perceber o indivíduo apenas por meio de um diagnóstico, patologia ou doença, limita a compreensão ampliada do conceito de saúde e levaria a uma visão reducionista e meramente biomédica. Porém, o fato de os alunos expressarem percepções sobre as limitações é sinal de uma flexibilidade e da introjeção da nova visão e vantagens para sua prática profissional futura, o que não é apenas fundamental para a formação, como evidencia uma análise crítica para qualificar o processo de formação.

Para Pereira et al. (2004, p. 105), o trabalho do fisioterapeuta é centrado “a partir da nova concepção de saúde enquanto qualidade de vida e não mais restrita à ausência de doenças”, concepção ampliada de saúde. Já segundo Costa e Montagna (2015, p. 255), isto habilita o profissional a trabalhar “numa perspectiva de atuação na promoção da saúde e prevenção de doenças e não só no tratamento e na reabilitação” afirmando sobre a necessidade de que o profissional deve trabalhar a partir da integralidade do Cuidado.

Outro aspecto marcante foi a percepção da importância de que toda aprendizagem é processual. E, apesar de certa insegurança, e acreditarem que o estágio é só para aplicar a teoria, ao ingressarem no estágio, foram capazes de reconhecer e perceber que esse era um *lócus* privilegiado de novas aprendizagens. Portanto, sentiram grande satisfação pelo aprendido e compreendido a partir da realização de práticas bem sucedidas.

Eu fiquei com muito assim, com muito medo, tipo será que eu vou conseguir lembrar? Eu assim, graças a Deus eu consegui aplicar na prática.

A gente aprendeu assim, pelo menos que eu aprendi muito, muito, muito com, durante o estágio, fiquei assim acho que muita gente eu [...] pensava que só ia colocar o que viu na teoria [...] mas eu aprendi muitas coisas que, nos, nos quatro anos **[anteriores]**.

Outrossim, fica clara a importância da inserção, desde o início do curso, do estudante nos campos de atuação. Para os discentes, isto lhes permitiu um melhor aprendizado.

É, mais assim, eu acho que quanto a essa vivência prática a gente deve, acho que a ideia da matriz nova é bem interessante, porque antes o pessoal de repente coloca diante um paciente no estágio [...] A gente já vem aprendendo isso desde o terceiro ano a lidar com o paciente [...] Quando a gente chega no estágio bem mais acostumado a lidar com essas situações.

Referente à aprendizagem a partir da inserção inicial nas práticas cotidianas do serviço, de forma gradual e processual, na realidade do mundo do trabalho, foi percebida pelos futuros fisioterapeutas positivamente, como afirmado no exposto abaixo:

Porque são vários aspectos, para você chegar de fato no paciente. Então acho que a gente vai fazendo isso por etapas; e eu acho que isso foi produtivo para gente: tipo, a gente, no começo, viu como fazer uma triagem que é o mínimo. Como ter uma relação fisioterapeuta-paciente, e isso foi somando, somando, somando até chegar no quinto ano, eles deram a gente a independência de elaborar uma conduta e programar uma alta ou admitir o paciente no serviço; então assim eu acho que foi bem gradual e seria uma, uma sequência lógica, né? Assim, do mínimo pra o essencial, né? Então quanto essa vivência prática, eu acho que isso funcionou [...].

A vivência de forma processual e a possibilidade de construir uma autonomia técnica científica (relevância técnica) e crítica fez com que os formandos sentissem segurança do exercício da profissão de Fisioterapeuta.

Segundo afirmam Netto e Silva (2018), propostas curriculares que enfatizam a inserção precoce e a imersão na prática profissional podem favorecer a articulação da teoria com a prática e avançar no desenvolvimento de competências para atuar na promoção da saúde. Isso porque o contato com a realidade, de forma intensa e constante, permite que o profissional possa produzir conhecimentos com base na prática laborativa.

Outro aspecto marcante para os discentes é que eles conseguem hoje ver o paciente integralmente e não apenas como um órgão, conforme sustentado pela perspectiva biomédica. Esta percepção pode ser conotada na fala a seguir:

[...] a gente tem é de tá quebrando aos poucos esse, essa formação biomédica, a gente aos poucos, a curtos passos a gente tá conseguindo ver o paciente de uma maneira melhor.

A valorização do perfil crítico é constante no dizer dos alunos, tanto quanto a compreensão da nova realidade do fazer da Fisioterapia.

[...] Se orgulhando digamos assim, é ter esse perfil crítico. Eu acho que a gente e meio a tudo isso, eu acho que só da gente conseguir enxergar que há essas falhas, e que poderia ser diferente e que nessas coisas deveria ser melhor e deveria [...] eu acho que esse perfil crítico, essa [...] esse olhar crítico pra essas, pra essa nova realidade da [...] da profissão.

Eles reconhecem a importância da mudança do currículo para a sua formação profissional.

Para Bertonecelo e Pivetta (2015), de nada adianta mudar os desenhos curriculares se a “leitura” continuar sendo a mesma. Assim, fazem-se necessárias modificações no perfil do professor, pois se o perfil profissional de quem forma não transcende aspectos arraigados e tradicionais da profissão, a racionalidade técnica, fragmentada e mecanicista, tais aspectos não podem ser

introjados em os estudantes. Também para Souza & Reinert (2010), perceber o grau de satisfação quanto ao ensino ofertado mostra-se importante, já que traz à tona o ponto de vista de cada sujeito, apurando referenciais, considerando as qualidades e visões ligadas ao que pode ser considerado de utilidade reconhecida e aceita por aqueles imprimem sentido aos resultados do desempenho formativo.

E eu acho que existe uma mudança muito grande, comparando com a turma anterior, que foi da grade antiga em relação a saúde coletiva [...].

Também podemos identificar como aspecto positivo destacado pelos discentes, a possibilidade de observarem o usuário a partir da funcionalidade e integralidade propostas por alguns eixos/módulos no processo de formação:

É visível o quanto que a gente tem um olhar diferente [ao] que eles [tem], até os professores comentam: Olha vocês tem uma facilidade não quanto a função. [...] Que hoje a gente vai sair com essa visão, na antiga era muito pior. Era focado nisso, e acho que a semente de [...] de [...] focar na integralidade foi plantada.

O grupo tem clareza quanto à integralidade do cuidado e percepção do indivíduo como um todo, a partir da respectiva realidade, social, cultural, econômica e laboral. Demonstraram perceber que a saúde não é um fim em si, mas um meio para alcançar e satisfazer necessidades:

Objetivando sempre a função do paciente que foi [o], que mudou muito, que até professores, que assim, que a gente ver mais que assim, trace a conduta objetivando a função do paciente que ele vai exercer. Tipo até na triagem o que a gente aprendeu, que até o paciente quer o que você pretende ganhar pra agora. E não foi isso que a gente aprendeu!? E aí gente vai focar no que o paciente quer...

É também afirmado pelos egressos que, apesar de todos esses ganhos, a formação ainda está muito focada para o patológico e a doença, e não para a saúde e a vida:

Mas, assim, apesar da gente ser cobrado, apesar da gente ser cobrado, com relação a função da funcionalidade na prática. A nossa formação teórica ainda é muito voltada pra doença.

É importante marcar a percepção que os alunos trazem em relação à integralidade do cuidado. Estes destacam a importância da compreensão da funcionalidade a partir das necessidades dos usuários (pacientes), mas percebem que, em alguns momentos, isto é defendido no processo de formação; enquanto em outros, é negligenciado ou até negado, já que o segundo, a formação teórica, ainda tem como objeto principal a doença/patologia e não a saúde/vida.

Portanto, é imprescindível à formação de um docente crítico-reflexivo, dotado de conhecimento e habilidades e, principalmente, capaz de refletir sobre sua prática.

Neste sentido, os autores Cordeiro e Minayo (1997) afirmam que a visão tecnicista continua influenciando a formação de profissionais de saúde, o usuário sendo visto como objeto e não como sujeito da ação dos profissionais de saúde; as ações são centradas no corpo, ou seja, no órgão afetado. Para Silva e Silveira (2011), no caso da formação do fisioterapeuta, esta deve ir além da preparação para atuar tecnicamente, enfocando, de modo direto o ser humano. O fisioterapeuta deverá voltar a atenção integral ao usuário, não só do ponto de vista físico, como também social, ético e humano.

[...] antes era assim, qual o seu diagnóstico? Artrose de joelho. E vinha com um diagnóstico médico e disso a gente traçava uma conduta. Hoje em dia, a gente nem precisa saber o diagnóstico clínico dele. Mas, assim, apesar da gente ser cobrado, apesar da gente ser cobrado, com relação a função da funcionalidade na prática. A nossa formação teórica ainda é muito voltada pra doença. Então, assim por exemplo, eu tô muito na neuro agora, puxar a sardinha pro meu lado, é [...] A gente pega um paciente com AVC lá é [...] a gente vai tentar

encontrar naquele paciente com AVC, o que de dificuldade ele têm. Qual atividade ele não consegue fazer. Só que na sala de aula, a gente estuda o que é um AVC, o que é a doença AVC e não o que ele pode trazer de dificuldade [...]

É identificada a necessidade, por parte dos alunos, de uma maior adequação entre os conteúdos teóricos e a prática no serviço:

Então, acho que tem um pouquinho de contraste ainda do que a gente aprende na teoria, e do que a gente é cobrado na prática. A gente é vê muito isso na esportiva, também, né? Que a gente vê muita coisa na sala e lá é uma coisa totalmente diferente do que a gente vê aqui na realidade. Na, na sala de aula, teoria. Então acho que [...] Acho que esse conteúdo teórico aí poderia ser um pouquinho melhor adequado no que a fisioterapia realmente faz [...]

Ainda outro aluno reafirma:

Do que vai exigir da gente. E eu acho assim, ele falando agora eu lembrei. Tem matérias que são, por exemplo: a chave de uma boa conduta terapêutica é você saber fazer uma avaliação. Então, ele falando agora do que a gente vê, questão de se cobrar mais a funcionalidade no ambulatório, mas dentro de uma sala de aula é muito teórico que não casa os dois. E eu acho que a gente poderia ver mais assim, na aula de avaliação, seria uma avaliação realmente pra funcionalidade. Mas quando a gente vai numa aula de avaliação, é quais são os reflexos dele? O que é? [...] coisas que ele apresenta, mas [...] O que é que aquilo ali vai [...] Fazer uma avaliação médica. Uma avaliação médica, não é avaliação [...] Um teste é um teste. Ainda é uma avaliação muito segmentada [...] Quantos graus [?] eu tenho de ombro? E cotovelo? De joelho? Isso não me diz tanta coisa, eu preciso ver a função e [...] no lugar que o individuo tá inserido. Principalmente um braço, uma perna [...]

Eu acho que o que falta dentro da grade, realmente, mesmo assim com tantos anos [...].

Segundo Albuquerque et al (2008), podemos definir modelo de atenção à saúde hegemônico como “centrado no procedimento”. Isto é, um modelo em que o principal compromisso do ato de fazer a saúde é com a produção de procedimentos. Apenas secundariamente, existe compromisso com as necessidades dos usuários e o cuidado a partir da integralidade. Por este motivo, a mudança de modelos assistenciais requer a construção de uma nova consciência sanitária e de adesão dos trabalhadores de saúde ao novo projeto proposto, para isto acontecer, segundo Netto (2018), é preciso que o processo de ensino e de aprendizagem facilite a capacidade de refletir, estimulado pela interação professor-estudante (preceptor-estudante) nas diferentes situações de práticas. Ainda acrescenta que, muitas vezes, o excesso de informação impede o profissional de refletir criticamente sobre sua atuação, e, por outro lado, no processo de ensino e de aprendizagem, prática rotineira e repetitiva gera fadiga e desinteresse nos estudantes. Isto ocorre porque no processo de ensino existe ainda uma contradição e, muitas vezes, uma dissociação entre saber teórico e fazer prático. Desta maneira, o estudante (ou profissional) não se interessa mais pelo todo, mas unicamente pela parte que esta sob seu domínio.

[...] eu acho que falta um pouco no preceptor é ele entender que ele é uma pessoa e não um mundo onde ele acha que ele acredita que você deveria saber aquilo, então você deveria. Quando na verdade, é só um olhar dele e não necessariamente o certo [...]

Os discentes identificam, com clareza, que deveriam estar sendo formados como generalistas, pois compreendem a atenção à saúde por intermédio da integralidade do cuidado como proposto pelo PPC e DCN, e não como especialistas.

É importante ressaltar a afirmação de um discente de que, algumas vezes, os preceptores cobram saberes especializados para os quais o discente

ainda não foi capacitado, já que a proposta curricular é formar profissionais generalistas. Outras vezes, existem discordâncias, dependendo do ponto de partida e da perspectiva de análise de quem está avaliando e como está avaliando:

Uma outra coisa que a gente trás, é, é, que não se aplica a todos os preceptores, mas, em alguns é [...] você poder entender que nós estamos nos formando fisioterapeutas generalistas, e as vezes eles cobram um, um, um conhecimento de carreira [...] Isso é entediante [...]. E se você perguntar uma coisa de outro setor eles não vai querer saber responder, mas, ele quer que você no setor deles seja tão especialista quanto ele. Mas, assim, são [...] eu acho que é, são problemas que vão além do, do da grade, são coisas [...].

Podemos inferir que, para estes discentes, a instituição ainda não conseguiu implementar um processo de formação de generalistas. É perceptível, para os alunos, que, por parte de alguns professores e preceptores, não há aceitação da necessidade da mudança de paradigma voltada à formação de profissionais generalistas. Em nossa opinião, esta é uma visão crítica importante e que deveria ser analisada pelos gestores do curso da instituição de ensino. Para Albuquerque et.al (2008), é preciso obter consenso sobre formas de trabalhar, de formar e avaliar os apêndices, que estejam em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas editadas verticalmente. Não é possível desconectar a proposta de transformação de um modelo tradicional hegemônico para um modelo alternativo que considere a integralidade do cuidado, se não pensarmos em mudanças na formação dos profissionais de saúde, e assim, valorizar a integração ensino-serviço como espaço privilegiado de reflexão sobre o ensino e a produção de cuidados.

5.3 O QUE FALTOU NESSA FORMAÇÃO

A maioria dos discentes reconhece que houve um esforço na adequação do currículo referente à DCN, porém, alegam que esta mudança, pelo menos em relação à turma deles, não foi totalmente implementada:

A integralização dos conteúdos na teoria teve, mas na prática não se alcançou esse objetivo, de integralizar os conteúdos.

Na compreensão dos alunos, uma das deficiências no processo de formação foi não requalificar docentes e preceptores nesta nova perspectiva, ou do paradigma de saúde como integralidade do cuidado. Portanto, tais profissionais passaram a não assumir o conceito ampliado de saúde, em que é compreendida como vida, e não voltada para a patologia/doença:

Eu acho que faltou um compromisso dos professores em se renovar quando a matriz se renovou [...] Teve essa dificuldade de integralizar os conteúdos, principalmente da saúde coletiva, mas não só relacionada a ela, mas em diversos outros.

Ainda sobre os preceptores, os estudantes advertem que não fazem parte das discussões do processo de ensino e de aprendizagem ou não são informados dos protocolos e condutas ensinados. Tal fato provoca, nos discentes, a percepção dos processos contraditórios entre a conduta do preceptor e a conduta do professor, e muitas vezes, este fato se deve à formação destes atores a partir de concepções distintas da prática do fisioterapeuta. Barreto e Demarco (2014) discutem na sua pesquisa como fazer com que as instituições acadêmicas valorizem mais a atuação dos profissionais de saúde (preceptores). Os autores reconhecem as dificuldades e facilidades existentes, apontando pontos cruciais para intervenção e interligação dos docentes das IES com os profissionais do sistema de saúde, em consonância com as reformas curriculares propostas nos últimos anos.

[...] Eu acho que o poderia melhorar era com os preceptores que a gente tem contado no último ano, eles participaram dessa formação, que muitas das vezes o que a gente aprendeu nos quatro anos não era meio que condizente com a conduta do preceptor que não foi nosso professor [...] Eles nem sabiam, tipo eles chegavam, oia façam isso e isso, aí a gente [...] Quem

não sabia disso? E aí a gente ficava, como você não sabe disso? Porque a gente nunca aprendeu isso. E eu acho que o que a gente teve mais, as dificuldades que tiveram [...]

Dando continuidade ao anteriormente exposto, este discente comenta outro aspecto a ser analisado sobre a validade da avaliação formativa do processo de ensino e de aprendizagem a partir somente dos preceptores que, na maioria das vezes, não participaram de todo o processo de formação e alguns adotam condutas terapêuticas frente aos pacientes distintas daquelas ensinadas pelos docentes:

[...] A pessoa que avalia a gente, é a pessoa que deu o assunto. Isso pelo menos não aconteceu [...] Em vários, em vários. Aí meio que, eu acho, é algo que precisava ser mais, se readequar para os próximos anos. Que é difícil uma pessoa dar uma disciplina durante quatro anos e outra pessoa que nem conhece avaliar.

Ainda no que tange a relação preceptor/professor no processo de formação em saúde, outro comentário efetuado pelos participantes é que alguns dos profissionais do serviço alegam serem obrigados a aceitar alunos e realizarem tarefas como a de preceptor. Todavia, muitas vezes, não foram capacitados e qualificados pela instituição de ensino para assumir tais funções. Esta percepção de os estudantes demonstra falta de diálogo interinstitucional e interprofissional.

Com referência à comunicação na integração ensino-serviço é essencial e segundo Barreto e Marco (2014), os preceptores demandam a oferta de programas de educação permanente pela universidade, seja presencial ou à distância, principalmente na área de educação na saúde. Considera, ainda, a possibilidade de as inovações tecnológicas desenvolvidas pelas universidades chegarem até seus serviços. Ao mesmo tempo, não demonstram capacidade ou disponibilidade para buscar estes conhecimentos de forma mais autônoma, reflexo provável de uma educação tradicional ou até mesmo da falta de tempo ou priorização.

E acho que o outro detalhe, quanto a isso do preceptor é ele está disposto a ser preceptor, porque assim houve alguns setores em que as pessoas eram colocadas como preceptores por obrigação eles eram o profissional daquele ambiente e também de repente era preceptor e ele não tava assim nem preparado nem capacitado pra aquilo e nem disposto [...].

Ainda sobre estes profissionais/preceptores, os alunos descreveram que, em certas ocasiões, alguns deles, manifestaram muitas vezes uma insatisfação para participar do processo de formação, tendo em vista que não existe remuneração específica para esta atividade. Devido a isto, não cobram nem a participação e nem a frequência dos discentes, conforme abaixo:

E eles diziam na cara: eu não sou pago pra isso, eles jogam vocês aqui e vocês podem fazer o que quiser, podem faltar [...] Porque eles são pagos para ser Fisioterapeutas do hospital, aí eles não têm a visão de que têm que ensinar também, têm que dar assistência [...] Têm que dar assistência né? Nem que seja a mínima.

O fato relatado expõe um conflito necessário de ser enfrentado e solucionado pela instituição de ensino, de modo a existir solução de continuidade no processo de formação.

Para outros discentes, outro tema abordado foi que, por parte de alguns preceptores, a atitude anteriormente citada referencia uma possível ação de rivalidade e/ou medo de perda de espaço laboral e enxergam o aluno como futuros competidores no mercado de trabalho. Conforme os alunos, isto faz com que muitos preceptores percam até noções éticas e não colaborem com a formação dos futuros fisioterapeutas. Para Souza et al (2011), não existe capacitação específica para a relação profissional-aluno, nem compromisso formal com a formação. Os alunos ficam “jogados” nos serviços e, sem adequada preceptoria, acabam expostos à má prática, são desatendidos, acabam “desaprendendo” e aumentando ainda mais a desilusão quanto ao trabalho na saúde pública. A função de mediador, por parte dos preceptores de diferentes níveis de conhecimento, aponta a necessidade de estabelecer

relações e posturas pedagógicas e éticas, ou seja, relações que conduzem a aprendizagem prática do aluno.

Observemos o diálogo a seguir:

Aluno a: Talvez seja educação de casa mesmo.

Aluno b: É uma questão de ética, de caráter de, de, enfim [...].

Aluno c: Ele acha melhor do que você. Ele tem um olhar mais competitivo. O pior que é isso!.

Aluno b: Tem muito preceptor que você ver, ele, ele lhe ver como um, um, um adversário, um adversário, porque você é tão profissional. Que ele acredita que [...] não sei no que ele acredita né, mas enfim [...], Não cobrar! Tipo assim, eles poderiam ver as deficiências e agregar, e não assim achar que a, a , que a deficiência é culpa do aluno.

A abordagem sobre o tema da ética profissional deve ser tratada com prudência já que este tema é fundamental para o bom convívio entre os indivíduos no processo civilizatório da sociedade. E temos que ter clareza como é percebida por todos os atores, num mundo competitivo e de mercado, através do processo laboral (relações de trabalho). Isto pode salientar o não reconhecimento do trabalho colaborativo/proteção, a partir da integralidade do cuidado da população, no processo de formação do profissional.

Referente à questão, a pesquisa de doutorado de Inácio (2013) analisa a percepção do trabalhador sobre o mundo do trabalho. Ele afirma que as condições sociais de produção da espécie humana são determinantes, quando referente ao julgamento de valor (ético), mas não são determinantes quando se referem às condições do dia a dia, nesses casos, o que prevalece, segundo o pesquisador, é o julgamento moral. Entende ainda que as condições de subsistência e sobrevivência têm um ponto importante na percepção do que é valor efetivamente e isto provoca, muitas vezes, contradições entre o pensar (desejo) e o fazer (prática) no mundo laboral.

Ao valorizar o tecnicismo nas estruturas que sustentam o mundo do trabalho, observamos que se engessa o homem ao utilitarismo (o que útil) e esta passa a ser a lógica instrumental da contemporaneidade. Onde se constrói um limite tênue entre o desejado, propósito “ético” ideal, e sua sobrevivência.

Isto, muitas vezes, não é percebido pelo profissional/trabalhador, pois há um limite tênue entre emprego e desemprego mediado pela necessidade da sobrevivência, risco permanente que ocasiona medo. Caracterizando uma insalubridade nas relações que excluem ações consensuais, colaborativas solidárias e educativas.

Outro aspecto observado foi a falta de interdisciplinaridade e integração de conteúdo dos respectivos módulos/disciplinas e eixos:

Pra mim o ponto negativo principal foi que a ideia na grade no papel era transformar as matérias em eixos. E aí eles juntaram né, pegaram, vamos juntar neuro, respiratória e traumato e formou um bloco. E aí a ideia na grade era pra que isso integrarem [...] E a gente tivesse questões que embolassem as três áreas. E acabou que isso não ocorreu. A gente tinha um professor que vinha durante dois meses, dava tudo da neuro [...] E aí fazia uma prova daquele conteúdo. Tá, o próximo Professor vem, deu a traumato, fez a prova da traumato [...] Próximo Professor veio, deu reumato. Tipo, isso não é integrar...

Para os participantes, a fragmentação e desvinculação de conteúdos provocou prejuízo no aprofundamento técnico do conhecimento, porém, acreditam que a integração e a interdisciplinaridade são necessárias e importantes, e que esta deficiência deve ser superada nas próximas turmas. Outra questão colocada pelos estudantes foi a falta de inter-relação e dissociação entre diferentes práticas dos estágios curriculares, pois não houve interligação entre eles. Os estágios foram percebidos como se fossem ações estanques; como fragmentados e isolados uns dos outros, valorizando, desta maneira, um fazer específico do fisioterapeuta. Isto nos induz a afirmar que, relativo à integração entre diferentes áreas no estágio, ainda há uma visão biomédica, onde partes específicas do corpo são trabalhadas isoladamente e não o todo. Portanto, é necessário que seja repensado o estágio da forma como está sendo realizada, promovendo práticas articuladas e integradas entre si, dentre outros cursos e serviços.

Para Pimentel (2015), o estágio curricular deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. Assim, a diversificação de cenários de prática deve estar presente ao longo de toda a formação, permitindo que os estudantes tenham a oportunidade de aprender e trabalhar em todos os espaços onde ocorre a atenção à saúde.

A diversificação do cenário de prática, para Pimentel, deve acontecer, principalmente, quando se fala em ensino na saúde, permitindo ao aluno uma vivência bem próxima da que encontrará na vida profissional. O processo de ensino e de aprendizagem está atrelado à forma de pensar a saúde, por meio da integração, do compromisso com a atenção, integralidade do indivíduo, do trabalho em equipe e das ações interdisciplinares, baseadas nos princípios do SUS.

Araújo (2008) registra que, para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva da integralidade, é necessária uma aproximação integral entre sujeitos que prestam os cuidados. Ou seja, estabelecer uma prática de comunicação entre profissionais de saúde como estratégia para o enfrentamento dos conflitos, rompendo com as antigas estruturas hierarquizadas, tão presentes no modelo de saúde hegemônico.

Desta maneira, Albuquerque (2008) afirma que, quando à integração ensino-serviço acontece de forma efetiva, unindo docentes, estudantes e profissionais de saúde com foco central no usuário e, de modo integrado, a relação conflitiva e, por vezes, contraditória, entre o ensino e a produção de integralidade do cuidado em saúde, é amenizada.

Tipo assim, você hoje vai começar no HDT aí tal o dia acaba o HDT. E quando você vai pra o outro setor, é como se você fosse obrigado. Tipo acabou: agora é tudo novo. E na verdade, eu acho que as coisas deveriam se complementar né? Não ser tão setorizado [...] que poderia estar em todos esses lugares. Esse mesmo paciente poderia ter passado no HDT, e agora você pode encontrar ele na clínica ou no Pontal na atenção básica [...].

Mas, assim, apesar da gente ser cobrado, com relação à função da funcionalidade na prática. A nossa formação teórica ainda é muito voltada pra doença.

Dos locais que a gente passou, 70%, digamos, a gente teve experiências de como não ser, do que como ser como algumas pessoas [...].

Para os alunos que participaram do estudo, um dos grandes problemas é que a proposta do currículo a partir da DCN defende uma mudança de prática e percepção da saúde, ou seja, um novo paradigma que tem como base a integralidade do cuidado, considerando a real necessidade do indivíduo/coletivo, respeitando o pluralismo cultural, equidade, excelência técnica e capacidade de comunicação. Esta mudança foi implantada sem uma requalificação do corpo docente e preceptores das unidades os quais, na sua maioria, continuaram a ensinar como foram ensinados, não assumindo as mudanças propostas pela DCN de fisioterapia:

Eu acho assim, apesar de todas essas mudanças, que todo mundo já falou. Nós vamos [...] vamos formar fisioterapeutas ainda com o olhar muito voltado pra reabilitação. Apesar de todas as mudanças que abriu nossa mente, abriu nossa cabeça, mas ainda assim, toda raiz da [...] da teoria e da prática, tá voltada para o perfil reabilitador.

Ao finalizar as falas entre os alunos, um deles acrescentou que, apesar do curso ainda apresentar limitações, são necessárias mudanças, e que, nem todas as limitações foram corrigidas pela instituição de ensino. Mas, ressaltou que encontraram uma postura propositiva por parte dos membros responsáveis pela gestão do curso:

Algumas coisas a UNCISAL, quer dizer a coordenação continua sem mudar. Mas, estou dizendo que a gente reclamou e que eles já aplicaram uma mudança, acho que eles já realizaram melhoras.

Podemos observar que os estudantes compreendem e identificam as limitações e dificuldades existentes na formação, porém demonstraram, que, apesar desses obstáculos, sentem-se mais qualificados e seguros para exercerem a profissão a partir das novas realidades do fazer do fisioterapeuta exigido pelas atuais necessidades dos indivíduos e da sociedade contemporânea. Desta maneira, conquistando a autonomia e o empoderamento social.

5.4 O TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA

Quando foi direcionada a discussão dos alunos quanto ao trabalho do fisioterapeuta na prática cotidiana, na atenção à saúde, obtivemos narrativas e respostas em que os discentes comentam e referenciam conceitos de saúde e doença a partir de uma perspectiva do conceito ampliado de saúde e, a organização da atenção em saúde, a partir dos níveis primário, secundário e terciário. Todavia, por intermédio das falas não fica claro se percebem a organização do Sistema de Saúde a partir de redes de cuidado, conforme proposto pelo SUS:

[a prática profissional] está articulada na prevenção e os agravos, [...] é de acordo com a demanda local e atuar na promoção da Saúde e na capacitação [...] no profissional capacitado para atuar nos três anos, nos três níveis.

E ainda continua a aluna sobre a prática do profissional de fisioterapia:

[...] examina o corpo todo, vai atuar até na prevenção, tipo assim na promoção de saúde né, tipo visando a educação e saúde para prevenir certos agravos, infecção de danos, riscos à saúde. [...] de forma individual e coletiva [...].

Nestes dois trechos, pode-se perceber que, por parte da aluna, há uma aproximação aos conceitos do paradigma da “Integralidade do Cuidado”, que pode ser entendida, segundo Paim (2009), como sendo a inter-relação dialética

entre excelência técnica e relevância social. Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas em saúde, quer como princípio orientador da organização do trabalho, ou também como organização das políticas. A integralidade implica na recusa ao reducionismo, negação à objetivação dos sujeitos e, talvez, na afirmação da abertura para um diálogo possível.

Na narrativa anterior, quando menciona que a ação do fisioterapeuta “*é de acordo com a demanda local e atuar na promoção da Saúde e na capacitação*”,[...] “*examina o corpo todo*”, demonstra uma aproximação do conceito ampliado em saúde, negando a visão reducionista e biomédica de saúde como ausência de doença/patologia, sem valorizar a reabilitação. Também demonstra uma aproximação à compreensão e importância dos determinantes sociais em saúde, privilegiando a ação do fisioterapeuta a partir das demandas e da realidade local. Como comentou a seguir “vai atuar na prevenção [...] prevenir certos agravos, infecção de danos, riscos à saúde.” “de forma individual e coletiva”.

O conceito de saúde como direito à vida requer mudanças na compreensão e nas práticas da área de Saúde, de modo a ter sua centralidade e foco, no cuidado, prevenção de agravos e riscos, centrado no sujeito enquanto ser histórico social e econômico, construtor da sua história, percebido de modo integral e ativo no processo de saúde-doença individual e coletivo. Portanto, como exaltado por Paim (1991), a compreensão de saúde como vida, vida com qualidade, vida com intensidade.

Ainda com referência a este tema, outro discente comenta em seguida:

[...] eu acho que não precisava desvincular o papel de Promoção e prevenção, por exemplo, da traumato, da neuro e de outras matérias

A promoção e prevenção, entendidas aqui como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p13). A promoção é vista na perspectiva de empoderamento do

indivíduo/cidadão e a prevenção como conhecimento técnico científico que permite a autonomia na tomada de decisões no seu processo de cuidado.

Então acho que a ideia não era a gente ter agregado agora, o perfil profissional do Fisioterapeuta no ambiente da Saúde Pública, nesse nível primário só o da saúde da sociedade era pra ter sido também aplicada a outras matérias e a gente só teve, eu acho que, [na disciplina de] saúde da mulher [...] E [na de] saúde da criança.

Os princípios da promoção e da prevenção, geralmente discutidos nas ações de saúde pública, ou só na atenção básica de saúde deveriam, segundo as falas, estarem presentes em todos os momentos da formação e na prática assistencial. Nesse sentido, das ações de atenção no cuidado até naquelas que utilizam tecnologias mais voltadas para a cura e reabilitação como neurologia e traumatologia nas UTI's, deveria ser uma prática comum no serviço de forma permanente.

Neste sentido, o profissional de saúde torna-se operário da produção de saúde; ocupando-se das atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, Além disso, produz a possibilidade do bem-estar individual e coletivo. (BRASIL, 2002).

Apesar dos discentes não terem total clareza e domínio dos conceitos e visões implicadas na concepção de saúde promovida desde a constituição de 1988, por meio das falas, ficou clara certa aproximação a tais conceitos por partes dos alunos como nas seguintes expressões: “examina o corpo todo”, “vai atuar até na prevenção”, “educação e saúde para prevenir certos agravos, infecção de danos, riscos à saúde.” “de forma individual e coletiva”. Nestas se concebe o indivíduo como um todo; e o cuidado a partir desse entendimento do indivíduo como ser integral, cuja proteção deve estar aliada à prevenção. Esta prática serve para evitar que o paciente não sofra processos de adoecimento e não apenas a cura depois de ter adoecido, visando a reduzir danos à saúde do paciente e favorecendo o cuidado do usuário do sistema de saúde em todos os níveis de atenção e proteção. Tais proposições são destacadas por Paim referente à sua defesa do SUS (2005) e modelos de atenção em saúde (2009).

Em relação à postura do profissional de fisioterapia frente às várias áreas de atuação a partir do contexto local, eles ressaltam a importância de uma visão crítica:

[...] eu acho que esse perfil crítico, essa [...] esse olhar crítico pra essas, pra essa **nova realidade da [...] da profissão**, eu acho que já é um aspecto bem marcante.

Há uma percepção e compreensão de que a fisioterapia deve adequar-se à nova realidade da profissão que incentiva novas formas de ver e de sentir, principalmente o das práticas a partir do conceito de Saúde promovido pelo SUS. A percepção da necessidade deles serem formados para terem um perfil mais crítico, criativo e engajado como profissionais no campo da fisioterapia, foi outro elemento que apareceu entre os resultados.

Sobre ética profissional e o mundo do trabalho, encontramos apenas uma referência quando questionam a irrelevância por parte de alguns preceptores na formação deles, destacando que alguns destes veem os estudantes como concorrentes, competidores no mercado.

[...] Tem muito preceptor que você ver, ele, ele lhe ve como um, um adversário, um adversário, porque você é tão profissional. Que ele acredita que [...] não sei no que ele acredita né, mas enfim [...].

O discente acrescenta que é uma questão de “ética” vinculada ao caráter e à formação familiar. Nós não percebemos a afirmação como perspectiva da ética profissional ou bioética, e sim, como competição de mercado, entre oferta e procura.

Talvez seja educação de casa mesmo. É uma questão de ética, de caráter de, de, enfim [...].

Em relação à autonomia profissional, observamos que ainda há uma dificuldade dos discentes em distinguirem o que é ser fisioterapeuta do que é se sentirem fisioterapeutas; de desenvolverem identidade profissional e, portanto, contribuírem para valorizar a profissão. Principalmente referente a

campos de atuação não tradicionais mais voltados à reabilitação. E sim às novas áreas e cenários a serem trabalhados a partir da promoção da saúde e da prevenção de agravos através de novas especialidades como na dermatologia e na ergonomia. Ou seja, pensar a inserção do fisioterapeuta não só na atenção primária, secundária e terciária, mas, principalmente, no cuidado e proteção da saúde a partir dos níveis universal, primário, secundário, terciário e quaternário, como defendido por Moreira e Dias (2001), (2015) (2017).

Observemos, a seguinte narrativa a respeito:

A gente ama a profissão nova, mas, o que falta é uma realmente uma identidade profissional da gente se reconhecer desde o início enquanto fisioterapeuta. A gente vai aprendendo. Agora eu sei assim [...] alguém diz assim: tu estuda [...] eu fico muito triste assim, com a fala até de fisioterapeutas mesmo. Você estuda cinco anos pra trabalhar na dermato? É uma área reconhecida, é uma área que precisa ser estudada tanto quanto, agora você não pode é querer fazer de qualquer jeito e desvalorizar a sua profissão. Mas, eu acho que independente da área que você escolher, você tem que saber se reconhecer [...] Não! Isso aqui é meu! Se você estiver fazendo, pode até fazer uma coisa errada, mas isso aqui é meu, isso aqui não é meu! [...]. Então eu acho que o que falta é ter uma identidade profissional, dentro do curso assim...

Ainda no que diz respeito ao tema do mundo do trabalho, percebemos também que esteve presente nas respostas dos participantes do GF um entendimento que nos leva a identificar que houve compreensão da integralidade do cuidado, que nos conduz ao conceito ampliado de saúde e aos determinantes de saúde enquanto vida.

Nas falas dos discentes, não percebemos variáveis e categorias importantes propostas pela DCN, pelo menos de forma explícita, como as seguintes: temas sobre a comunicação (diálogo) no trabalho (com outros profissionais e usuários), trabalho em grupo (equipe) interprofissional. Estas são questões fundamentais da prática laboral a partir da integralidade do cuidado promovida pelo SUS e, portanto, devem estar presentes em todos os

processos de ensino e de aprendizagem, como defende Pimentel (2015). No mundo do trabalho, os profissionais têm que ter uma comunicação permanente interprofissional e com os usuários nas práticas e ações cotidianas. Portanto, devem reconhecer e valorizar o trabalho em grupo, em equipes interprofissionais colaborativas. No momento em que nossas práticas têm como referência a integralidade do cuidado de usuários do sistema, é indispensável o trabalho em equipes de saúde. Isto pressupõe que profissionais de diferentes áreas vinculadas à saúde dialoguem, permanentemente, na busca de soluções conjuntas frente aos problemas ou agravos detectados. Obviamente, a experiência dos discentes no mundo do trabalho ainda é incipiente, já que esta aproximação ocorre através do estágio. Porém, acreditamos que estes temas devam ser compreendidos e implementados nas ações pelos futuros fisioterapeutas de modo mais concreto. Esta mudança de atitude deve ser discutida durante toda a formação profissional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os alunos participaram no curso do processo de aprendizado que lhes permitiu, de forma explícita ou implícita, uma aproximação e compreensão prática e teórica de uma nova realidade da ação do profissional de saúde, proposta pelo SUS, a partir da constituição de 1988 e reafirmadas a partir das diferentes leis orgânicas da saúde e orientadas pela DCN.

Tomando como parâmetro as categorias básicas: promoção da saúde, integralidade do/no cuidado e conceito ampliado de saúde contidas na DCN da fisioterapia, pudemos observar que, para os discentes, houve uma compreensão razoável e aceitável destes temas e práticas.

Neste estudo, os alunos percebem a importância de trabalhar sobre a funcionalidade de forma integral (função, necessidade e satisfação) e não somente sobre a reabilitação do “órgão ou parte” em situação de agravo ou “disfunção”, além de perceberem e compreenderem a saúde a partir da amplitude e integralidade.

A aprendizagem pelo trabalho e inserção desde os primeiros anos nos diferentes cenários pertencentes ao mundo do trabalho foram as categorias que mais ficaram evidenciadas pelos estudantes.

Observaram ainda, a falta de articulação entre professores e preceptores, havendo descompasso entre ações nas unidades de saúde e o proposto para a formação.

Em relação à autonomia profissional, foi percebido que os discentes têm uma visão anti-hegemônica do que deve ser o fisioterapeuta e compreendem que há uma nova identidade será redefinida e construída no processo laboral. Esta compreensão faz com que os estudantes se aproximem da vida profissional com menos receios e inseguranças.

No tocante ao pluralismo cultural e equidade, não houve identificação clara, por nossa parte, sobre estes temas. Isto pode ser identificado como um hiato na pesquisa ou no material norteador utilizado que não conseguimos incentivar a discussão destas categorias. Portanto, não sabemos se eles consideram se estes temas fazem parte de suas vidas.

Por fim, a percepção dos graduandos em fisioterapia sobre a formação baseada na DCN, implantada a partir da reforma curricular foi positiva, aceita e compreendida pelos discentes.

Temos consciência dos limites encontrados, mas este trabalho provoca e facilita novas discussões e ações em busca de maior integração e qualificação entre ensino e serviço na defesa do SUS.

7. PRODUTO

7.1 INTRODUÇÃO

A partir das considerações finais da pesquisa “Formação para Atenção à Saúde sob a ótica de estudantes de fisioterapia tendo como parâmetro as Diretrizes Curriculares Nacionais” (Hita, 2019) e como parte da produção do trabalho final do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), observamos a possibilidade de elaborar vários produtos educacionais que fortaleçam, em alguma medida, o processo de ensino e de aprendizagem. Inicialmente pensamos em um curso de qualificação para docentes e tutores, sobre necessidade de mudança na percepção do paradigma da integralidade do cuidado. Também cogitada a possibilidade de elaborar um vídeo sobre o tema que poderia ser fonte motivadora para futuros aprofundamentos.

Porém, percebemos que, por hora, o produto mais imprescindível deveria ser um manual que auxilie a coordenação dos Cursos e dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) para avaliar permanente e rapidamente a percepção dos discentes sobre sua formação. A ideia seria criar um instrumento que pudesse coletar dados continuamente, favorecendo a pesquisa avaliativa, a partir da percepção do discente. Esta pesquisa pode estar vinculada à matrícula dos alunos anualmente ou através de outros mecanismos.

O produto, nos anexos do presente trabalho, é resultante da pesquisa que teve como objetivo conhecer a percepção dos graduandos em fisioterapia sobre a formação em atenção à saúde tendo como referência as DCNs. Ao final da pesquisa, verificamos a importância de ampliar o diálogo criativo e construtivo nos processos de ensino e de aprendizagem na busca permanente da requalificação dos docentes/tutores na formação dos discentes.

Neste sentido, a avaliação passa a ser um contínuo repensar sobre os fins e propósitos da instituição e seus projetos pedagógicos, abrangendo a determinação de critérios e parâmetros previamente estabelecidos que façam

referências às mudanças pretendidas nas políticas educacionais, nos projetos de desenvolvimento institucionais, nos projetos políticos pedagógicos dos cursos e convencimento e comprometimento dos atores envolvidos (DIAS & KETZER, 2007).

Segundo Bento, Modena e Cabral (2018), para a construção de um material educativo é fundamental conhecer os sujeitos, ou seja, suas dúvidas e relatos, a fim de que o conteúdo seja significativo e produza reflexões e mudanças. Neste sentido, a elaboração de um manual que permita aos coordenadores de curso e membros do núcleo didático assistencial a construir instrumentos de pesquisa que permita aos discentes avaliar o curso e suas práticas, como também, facilite à instituição/cursos tendo esta avaliação o poder de se repensar e se recriar, propondo ações de melhoramento (cursos, oficinas, rodas de conversa, etc.)

A ferramenta, será um manual de como elaborar uma pesquisa para perceber a visão dos alunos sobre sua formação e, deste modo, os resultados encontrados podem fazer parte importante de uma avaliação integrado do curso. O produto é consequência da pesquisa e dissecções que realizamos até o momento através do trabalho sobre “Formação para Atenção à Saúde Sob a Ótica de Estudantes de Fisioterapia Tendo como Parâmetro as Diretrizes Curriculares Nacionais”

7.2 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao analisar alguns debates sobre práticas de políticas públicas no cenário da educação brasileira, identificamos três eixos inter-relacionados e que deveriam ser tratados individualmente: o currículo, a formação de professores e a avaliação, que são pilares e pressupõem estreita articulação entre si.

7.2.1 O Currículo

A especificidade de cada processo educativo se manifesta no currículo que, segundo Sacristan (2000), é a relação e instrumentalização de um determinado sistema social condicionado e contextualizado historicamente com

particularidades e singularidades de cada realidade que faz da escola um sistema social específico.

Para o autor, o currículo é meio de acesso ao conhecimento definido histórica e socialmente, não podendo esgotar seu significado em algo estático, vez que está articulado, particularmente, com aspectos culturais, sociais e políticos.

Segundo Silva E.M (2016), as teorias educacionais compreendem o currículo como maneira institucionalizada de transmitir cultura, valores, práticas e saberes de uma sociedade. Ressaltamos que há um envolvimento político/ideológico, pois, o currículo, como a educação, está ligado a uma política social, particular, nacional e, muitas vezes, globalizada. Porém, temos que lembrar que são campos de produção/ação de cultura/política/economia e, por isso mesmo, passíveis de contestação, crítica e negação.

O currículo é onde se concretizam relações de saber e poder, apresentação e domínio, discurso e regulação. “É também no currículo que se condensam relações de poder que são cruciais para o processo de formação de subjetividades sociais. O currículo corporifica relações sociais” (SILVA, 1996 p. 23).

O currículo é um campo impregnado de ideologia, cultura e relações de poder. Nesse sentido, por ideologia, segundo Moreira e Silva (1997), pode-se afirmar que “é a veiculação de ideias que transmitem uma visão do mundo social vinculada aos interesses dos grupos situados em uma posição de vantagem na organização social”. PÁGINA 30 Ou seja, é um dos modos pelo qual a linguagem se materializa e produz o mundo social, político e econômico.

Devemos considerar que o currículo se refere a uma realidade histórica, cultural e social, política e economicamente determinada, específica e para Jesus (2008) se reflete em procedimentos didáticos/pedagógicos, administrativos que condicionam prática e teorização. Enfim, a elaboração de um currículo é um processo social e político, no qual convivem lado a lado fatores lógicos, epistemológicos, intelectuais, além de fatores sociais, relações econômicas, relações de poder, interesses, conflitos simbólicos e culturais, propósitos de dominação/aceitação, dirigidos por fatores ligados à classe, raça, etnia e gênero, fatores determinantes de realidades históricas específicas.

7.2.2 Avaliação

A avaliação, neste produto, não será tratada a partir do campo do ensino e sua relação com a aprendizagem e o desempenho, e sim por seu objeto, do ponto de vista metodológico, será considerada a partir do campo análise das políticas públicas (MORORÓ, 2017). Podemos compreender e utilizar a avaliação como estratégia de análise da implementação e fortalecimento de políticas públicas, considerando os projetos políticos curriculares como política institucional, a qual, vinculada a políticas públicas específicas, deve sofrer avaliação permanentemente. Segundo Faria (2005), mesmo que apresentem caráter avaliativo, em geral, não é comum encontrar, entre pesquisas sobre política pública educacional, aquelas que utilizam o termo “avaliação” para designar a metodologia utilizada.

Conforme Moreira e Silva (1997), é possível que isso esteja atrelado a três razões: a primeira delas, pode ser, o fato de o campo da avaliação não ser isento de disputas de diferentes concepções e interpretações. Nesse contexto, em si mesmo, o processo de avaliação não pode ser reduzido ao conjunto de procedimentos de natureza metodológica, pois supõe determinadas concepções de um projeto de sociedade que se deseja fortalecer. E ainda, continuam os autores Moreira e Silva (1997), uma segunda razão pode ser que, em geral, uma pesquisa de avaliação requer que todos (ou pelo menos a maior parte) de os aspectos a serem investigados sejam considerados. Isto é, se a pesquisa for avaliar um currículo, será necessário analisar os documentos pertinentes: considerar o ponto de vista dos gestores, dos executores, dos usuários e, por vezes, dos próprios avaliadores. Utilizando multiplicidade de instrumentos e gerando uma grande quantidade de dados. Para eles, uma terceira razão seria que, este tipo de pesquisa pressupõe a existência de um grupo de trabalho comprometido com o processo de avaliação, já que não é serviço para apenas um pesquisador.

Portanto, para Souza & Reinert, (2010), perceber o grau de satisfação quanto ao ensino ofertado mostra-se importante, já que traz à tona o ponto de vista de cada sujeito, apurando referenciais, considerado as qualidades e visões, ligados ao que pode ser considerado como utilidade reconhecida e aceita por aqueles que dão sentido aos resultados do desempenho acadêmico.

Luckesi (2001) nos diz que “[...] para qualificar a aprendizagem de nossos educandos, importa, de um lado, ter clara a teoria que utilizamos como suporte de nossa prática pedagógica, e, de outro, o planejamento de ensino”. Logo, faz-se necessário implementar ações a partir da análise que fundamenta tomadas de decisões, o que fazer e, por isso, a avaliação deve ser contínua e permanente e não apenas no fim do processo. A partir destas avaliações, poderemos desenvolver ações que qualifiquem e favoreçam maior significância ao processo de ensino e de aprendizagem da instituição.

7.3 OBJETIVO

7.3.1 Objetivo Geral

Criação do manual a ser usado como instrumento para construir e elaborar pesquisas avaliativas que favoreçam a adequação e readequação das diretrizes e processo de ensino e de aprendizagem estipulados pela instituição.

7.3.2 Objetivos Específicos

- Permitir a avaliação da política pedagógica/didática proposta pela instituição;
- Favorecer a elaboração de medidas de intervenção nas práticas de ensino e de aprendizagem: cursos, treinamentos, rodas de conversa, dentre outros para discentes e preceptores;
- Auxiliar na elaboração de atividade de educação permanente para discentes;

7.4 PROCEDIMENTOS METÓDICOS

A escolha da elaboração de um manual, como produto final de nosso trabalho, ocorreu para facilitar aos gestores de cursos (coordenadores, professores e NDE) a produção de instrumentos de avaliação, que permita identificar a percepção de alunos sobre a formação em ensino saúde. Desta maneira, ser uma das ferramentas para a avaliação crítica do processo de

ensino e de aprendizagem na instituição. O manual de orientação para elaborar pesquisas sobre a percepção dos alunos sobre sua formação foi elaborado a partir do resultado da pesquisa realizada pelo autor.

Na elaboração deste manual, utilizou-se linguagem clara e acessível para facilitar a coleta de dados de forma simples e objetiva. Este manual poderá ser utilizado universalmente na avaliação de vários cursos vinculados a área de saúde.

Desenvolveu-se um passo a passo para orientar a elaboração de um questionário online, utilizando a plataforma já existente e gratuita do *Google* chamada formulários *Google*.

No manual também foram colocados critérios de análise formulados na pesquisa que resultou neste produto. Foram propostas perguntas norteadoras para o questionário que permitiram aproximar a percepção dos alunos sobre a integralidade no cuidado da atenção à saúde.

7.5 CONCLUSÃO

O recurso educativo deve ser sempre planejado e produzido a partir da realidade do público alvo, considerando o contexto e o objetivo a que se propõe. Na produção de material, três questões necessitam ser respondidas: o que?; para quem?; e como?

A primeira pergunta refere-se ao conteúdo a ser abordado, a segunda refere-se ao público a que é destinado e a terceira atribui-se a melhor estratégia a ser adotada. O manual permitirá planejar e implementar ações concretas e objetivas para potencializar o processo de ensino e de aprendizagem proposto pela política pedagógica institucional e objetivado no currículo.

O produto, nos anexos do presente trabalho, apenas aponta um caminho a ser seguido onde se propõe que profissionais responsáveis pela análise e avaliação do processo ensino/aprendizagem, assim como, pensar, permanentemente, de maneira dinâmica a avaliação a partir da percepção dos alunos.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS; Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). **Projeto Político Pedagógico do Curso de Bacharelado em Fisioterapia**. Maceió, 2008.

ALMEIDA FILHO, N. de. & JUCÁ, V. **Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse**. Ciência e Saúde Coletiva, 2002.

ALVES, V. S.; **Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no programa da saúde da família**. [Dissertação de mestrado]. Instituto de Saúde Coletiva Universidade Federal da Bahia, 2004.

ALVES, V. S.; **A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation**, Interface – Comunicação, Saúde, Educação. v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ALBUQUERQUE VERÔNICA SANTOS ET AL **A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde**. Revista Brasileira de educação Médica V. 357, V. 32, n. 3, p. 356 – 362, p. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10>

ANASTASIOU, L. G. C. **Ensinar, aprender, apreender e processos de ensino aprendizagem**, 2007. In: VASCONCELOS, M. et al. Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009.

ARAÚJO MBS, ROCHA MP. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, V. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARRÊTO ICHC, Oliveira EM, Andrade LOM, Martins Junior T, Osawa M, Vicente A, *et al.* **A Residência em Saúde da Família em Sobral: um ano formando especialistas em larga escala**. Sanare: Ver Políticas Públicas. 2000.

BARRETO VITOR HUGO LIMA; Marco Mario Alfredo De. **Visão de preceptores sobre o processo de ensino-aprendizagem no internato**, Rev. bras. educ. med. vol.38 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2014,

Print version ISSN 0100-5502. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000100013>.

BATISTELLA, C. **Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde, em Fonseca**, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. / por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo (Org.) – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BERTONCELO DERNIVAL, PIVETTA, HEDIONEIA MARIA FOLETO. **Diretrizes Nacionais para a Graduação em Fisioterapia**: reflexões necessárias. Cadernos de educação, saúde e fisioterapia. ccadedusaude e fis. 2015, V. 2, n. 4, Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/em>

BENTO SFV, MODENA CM, CABRAL SS. **Produção de vídeos educativos sobre saúde a partir da interlocução entre estudantes e pesquisadores**. Rev. Eletron. Comum. Inf. Inov. Saúde [internet]. 2018. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1357/2229>. <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v12i3.1357>

BRASIL, **Constituição Federal no Senado**. [.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88,Livro,EC912016.pdf?sequence=](http://leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88,Livro,EC912016.pdf?sequence=) Acesso em 05 de Junho de 2017.

_____ LEI Nº 10.172, DE 9 DE JANEIRO DE 2001 - Publicação Original, Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10172-9-janeiro-2001-359024-publicacaooriginal-1-pl.html>.

_____ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia** Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior, resolução cne/ces4, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>.

_____ **Saúde da Família**: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. Interface.2001, V. 5, No 9, p. 143-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-328320010002000102> Acesso 05 de junho de 2017.

_____. **Lei nº 9.394**, de 20 de setembro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em 23 janeiro de 2018.

_____ **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina** Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior, resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>

_____ **Resolução do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior nº 4**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

_____ **Parecer Concelho Nacional De Educação, CNE, Nº 776/97**, http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/superior/legisla_superior_parecer77697.pdf

_____ **Política Nacional de Promoção da Saúde**, (documento para discussão) Brasília 2002

Bispo EPF, Tavares CHF, Tomaz JMT. **Interdisciplinaridade no Ensino em Saúde: o Olhar do Preceptor na Saúde da Família**. Interface: comunicação saúde educação. Botucatu, 2014. DOI: 10.1590/1807-57622013.0158 <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130158.pdf>
Acesso em 09 de junho de 2019

BUSS, P. M.. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1, p. 163-177. ISSN 1413-8123. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt&nrm=iso&userID=-2 Acesso em 06 de setembro de 2018

CAMPOS, C. JOSÉ GOMES, **Análise de Conteúdo: Ferramenta para a análise de Dados Qualitativos no Campo da Saúde**. RevBrasEnferm, Brasília,(DF)2004, set/out; Vol. 57, n. 5, p. 611-4.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPONI, S. **A saúde como abertura ao risco**. In: CZERESNIA, D.& FREITAS, C. M. de. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CARVALHO. Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora. Fiocruz, 2007.

CECCIM RB, FEUERWERKER LCM. **Mudança na Graduação das Profissões de Saúde sob o Eixo da Integralidade**. Cadernos de Saúde Pública. 2004.

COELHO, M. T. Á. D.& ALMEIDA FILHO, N. DE; **Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault**. In: MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em saúde: conceitos e propósitos. Cogitareenferm., Curitiba , v. 14, n. 4, p. 773-776, dic. 2009 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362009000400026&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 20 de setembro de 2018.

CORDEIRO H, MINAYO C. **Saúde: concepções e políticas públicas**. In: Amâncio Filho AA, Moreira CG, (Org.) **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-61.

DAL'IGNA, M. C. **Grupo Focal na Pesquisa em Educação: Passo a Passo Teórico Metodológico**. In: MEYER, Dagma Estermann. PARAÍSO, Marluicy Alves. **Metodologias de Pesquisas Pós-Críticas em Educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012. p. 195-217.

DENER, C.D.R.; **Educação em Saúde Aspectos Históricos e Conceituais Unidade I**, In: Garinelli ,Maria Flavia; Dener, Carlos dos Reis; Marques, Rita de Cássia, **Educação em saúde: teoria, método e imaginação (Org.)** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

DIAS, A. M. I.,& KETZER, S. M. (Org.). **Memória do FORGRAD: 20 anos do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras: unidade na diversidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

FARIA, C. A. P. de. **A política da avaliação de políticas públicas**. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais. v. 20, n. 59, p. 97-109, 2005.

FEYERABEND, P. **Contra o Método**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

FEUERWERKER, L.C.M. **Algumas reflexões sobre o desenvolvimento do Programa UNI. Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 63-70, dez. 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 38ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2004.

GATTI, B. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber, 2005.

GERALDES, P. C. **Saúde coletiva de todos nós**. Rio de Janeiro: Livraria e editora Revister Ltda, 1992, .p. 103 – 109.

GIRONDI J, NOTHAFT S, MALLMANN F. **A metodologia problematizadora utilizada pelo enfermeiro na educação sexual de adolescentes**. Cogitare Enferm. 2006.

GOMES, S. R. **Grupo Focal: uma alternativa em construção na pesquisa Educacional**. Cadernos de Pós-Graduação. São Paulo, v. 4, Educação, 2005, p. 39-45.

GONÇALVES, M. C. et al. **Educação permanente em saúde: dispositivo para a qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Belém: UFPA, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>, Acesso em 06 de junho de 2018

GONZE G. G. **A Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde: Tecendo Saberes e Práticas**; Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

INÁCIO, José Reginaldo. **Ética e Trabalho: concepção de uma antítese social**. 2013. 324 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2013. https://www.franca.unesp.br/Home/Posgraduacao/ServicoSocial/inacio_jr_2013_30_11_2013_jri1.pdf.

JESUS, A.R., **Currículo e Educação: Conceito e Questões no Contexto Educacional**. Disponível: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/642_840.pdf Acesso em 20 julho de 2019.

KUNH, T. **Estrutura Das Revoluções Científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

KUSSAKAWA D. H. B., ANTONIO C. A. **Os Eixos Estruturantes Das Diretrizes curriculares Nacionais Dos Cursos de Medicina no Brasil**. 165 Rev. Docência Ens. Sup., Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 165-184, jan./jun. 2017,

KWAMOTO EE. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU; 1995 em MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em saúde: conceitos e propósitos. Cogitareenferm., Curitiba , v. 14, n. 4, p. 773-776, dic. 2009 . Disponível em Mohr, A.; Schall, V.T. Rumos da educação em saúde no Brasil e

sua relação com a educação ambiental. Cad. Saúde Pública v.8 n.2 Rio de Janeiro abr./jun. 1992.

LAMPERT JB. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: Tipologia das Escolas.** São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABEM, 2002.

LAPA, J. S; NEIVA, C. C. 1996. **Avaliação em educação:** comentário sobre desempenho e qualidade. In: DIAS, A. M. I.; KETZER, S. M. (Org). Memória do ForGrad: 20 anos do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras: unidade na diversidade. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

LUCKESI, C.C. **Avaliação da Aprendizagem – Componente do ato pedagógico.** São Paulo: CORTEZ Editora, 2011.

PIMENTA DN, LEANDRO A, SCHALL VT. **A estética do grotesco e a produção audiovisual para educação em saúde:** segregação ou empatia? o caso da leishmaniose no Brasil. Casa de saúde pública. 2007; 23(5):15-22 em Maciel, Marjorie Ester Dias. **Educação em saúde:** conceitos e propósitos. Cogitare enferm., Curitiba, v. 14, n. 4, p. 773-776, dic. 2009.

MACIEL, MED. **A educação em saúde na concepção dos agentes comunitários de saúde de Fátima do Sul-MS** [monografia]. Campo Grande (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2008.

MACIEL, M. E. D.. **Educação em saúde:** conceitos e propósitos. Cogitare enferm., Curitiba , v. 14, n. 4, p. 773-776, dic. 2009. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362009000400026&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 20 de setembro de 2018.

MAINARDES, J. **Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais.** In: Educ. Soc. v. 27, n.94, p. 47-69, 2006.

MARTINS, H. H. T. de S. **Metodologia qualitativa de pesquisa.** *Educ. Pesqui.* [online]. 2004, vol. 30, n.2, p.289-300. ISSN 1517-9702. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022004000200007>

MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade.** 18ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. da F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas.** Caderno de Saúde Pública [online]. 1997, vol.13, suppl.2, p. S21-S32. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>

MONTAGNA ERIK, SOARES C. R. **A formação acadêmica do fisioterapeuta para sua atuação na gestão em saúde**, Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – Santo André (SP), Brasil. 2 ABCS Health Sci. 2015, V. 40, n. 3, p. 252-256 <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.804>.

MOREIRA, C. O. F, DIAS M. S. DE A. **Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação**; ABCS Health Sci. 2015.

MOREIRA, ANTONIO FLÁVIO BARBOSA; SILVA, Tomaz Tadeu. (Org.). **Currículo, cultura e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

MOREIRA, ANTÔNIO FLÁVIO & SILVA, Tomaz Tadeu. Artigo: **Sociologia e Teoria Crítica do Currículo**: uma introdução. In: **Currículo, Cultura e Sociedade**. São Paulo, Cortez, 2001, p. 7-37.

MORGAN D. **Focus group as qualitative research**. Qualitative Research Methods Series. 16ª ed. London: Sage Publications, 1997.

MOHR, A.; SCHALL, V.T. **Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental**. Caderno de Saúde Pública v.8 n.2 Rio de Janeiro abr./jun. 1992.

MORORÓ, L. P. **Pesquisa avaliativa e política de formação de professores: considerações metodológicas**. In: MORORÓ, L. P., COUTO, M. E. S., and ASSIS, R. A. M., orgs. Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias [online]. Ilhéus, BA: EDITUS, 2017, p. 55-74. ISBN: 978-85-7455-493-8: <http://books.scielo.org/id/yjxdq/epub/mororo-9788574554938.epub>

NETTO L, SILVA KL. **Reflective practice and the development of competencies for health promotion in nurses' training**. RevEscEnferm USP. 2018, v. 52, 03383. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980220X2017034303383>

NICARETTA, E. I. **Problematizando Educação, Matemática (S) e Tecnologias Numa Prática Pedagógica no Ensino Fundamental**. 2013. 149 p. Dissertação – Mestrado Profissional em Ensino de Ciências Exatas. Centro Universitário UNIVATES. Lajeado. Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/ElisangelaNicaretta>

NÓVOA, A. **Universidade e formação docente**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. n. 7, p. 129-137, agosto 2000.

OLIVEIRA, L. M. P.; LEITE, M. T. M. **Concepções Pedagógicas**. Módulo Pedagógico. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. UNA-SUS UNIFESP, 2012.

OLIVEIRA, A. C. A. de. **Percepção discente quanto às mudanças implementadas após avaliação do curso de fisioterapia em uma instituição de ensino superior**. Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Alagoas 2014.

PAIM, J.S.; **Modelos de Atenção em Saúde**. In Giovanella, I.; (Org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. **O que é o SUS?** Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____. **Informação e comunicação social em saúde: janelas abertas para a arte e para a vida**. In: OPS/OMS Informação e Comunicação Social em Saúde. Brasília, 1995a, p. 55-58 (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 15).

PAIM, J., NUNES, T.C.M. **Contribuição para o Programa de Educação Continuada em Saúde Pública**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro: .Julho/Setembro, 1992.

PEIXOTO, M. C. L. **Avaliação institucional externa no SINAES: considerações sobre a prática recente**. Avaliação (Campinas), Sorocaba, 2011.

PEREIRA FWA, MANGUEIRA JO, MONTEIRO MPA, VERÁS MS, LIMA VCS, BARROCAS TCP, ET AL. **A inserção da fisioterapia na estratégia saúde da família em Sobral/CE**. RevSanare. 2004, v. 5, n. 1, p. 93-100.

PIMENTEL E C, et al. **Ensino e Aprendizagem em Estágio Supervisionado: Estágio Integrado em Saúde** UFAL, Maceió, AL, Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica, V. 39, n. 3, p. 352-358, 2015. Disponível em [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/1981-52712015v39n3e01262014](http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e01262014).

ROMANO, J.O; **Empoderamento: recuperando a questão do poder no combate à pobreza**. ActionAid Brasil, 2002.

SACRISTÁN, J. G. **O Currículo**: uma reflexão sobre a prática. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SILVA, E.V.M., et al. **Publicação do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS**, 2008. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbxtZXN0cmFkb2VzYXVlcGF8Z3g6MzBjMmQ4YWQzYWNINDZmZg> Acesso em 05 de Junho de 2017.

SILVA, E. MARINHO DA, **Currículo e Avaliação na Aprendizagem Escolar: desafios e perspectivas**, IICONEDU, congresso nacional de educação 2016 <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/>.pdf Acesso em 29 de julho de 2019.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Identidades terminais: as transformações na política da pedagogia e na pedagogia da política**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SILVA I D D, SILVEIRA M D F D A. **A humanização e a formação do profissional em fisioterapia** Ciênc. saúde coletiva V. 16 supl.1. Rio de Janeiro, 2011 *Print version* ISSN 1413-8123 Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700089>.

SOUZA, S. A.; REINERT, J. N. **Avaliação de um curso de ensino superior através da satisfação/insatisfação discente**. Avaliação: Rev. Aval. Educ. Sup. Campinas, Sorocaba, 2010.

SOUZA MIC, Maia KD, Jorge RR, Berlink T, Ramos MEB. **Análise discente da contribuição do preceptor e do estágio na formação do aluno de graduação da FO UERJ**. Revista da ABENO, V. 11, n. 2, p. 57-62. Disponível em <file:///C:/Users/cliente/Downloads/65-129-1-SM.pdf>

STELLA RCR, Puccini RF. **A Formação Profissional no Contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina**. In: Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA. **A Formação Médica na Unifesp: excelência e Compromisso Social**. São Paulo: Unifesp, 2008.

TEIXEIRA, R. C. **Projeto pedagógico dos cursos de fisioterapia da região Norte: (des)caminhos da aderência, potencialidade e fragilidade**. 2010. 227p. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

APÊNDICE
PARECER DO CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
ALAGOAS - UNCISAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Percepção do Perfil Profissional de Graduandos de uma Universidade Pública do Estado de Alagoas e as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Pesquisador: Luis Fernando

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91918218.3.0000.5011

Instituição Proponente: Campus sede

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.833.499

Apresentação do Projeto:

A fundamentação de saúde enquanto vida, felicidade, provoca um novo desafio a ser enfrentado pelo paradigma da integralidade do cuidado, que é a inter-relação dialética entre a excelência técnica e a relevância social. Evidencia-se, a partir da integralidade do cuidado, a necessidade de conter um modelo flexneriano, cartesiano, biomédico e tecnicista que fragmenta o indivíduo, e é focado na doença (patologia), e a construção de um modelo que nos "conduz a formação de profissionais de saúde, assim como a construção de novas práticas a partir da saúde"(Lampert 2002 p.23), da vida, por meio de concepções metodológicas baseadas na integralidade e complexidade.

Nessa passagem de milênio, uma das tarefas intelectuais mais instigantes será a de fundamentar uma concepção e uma prática vinculada à ideia de saúde. Saúde como modo inédito de contemplar a vida, doença como forma de vida recusada pela vida. Saúde como alegria, gozo, estética, prazer, axé, solidariedade, qualidade de vida, felicidade enfim. (PAIM, 1995 pag. 6).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, afirmam que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e, segundo o Ministério da Saúde, a integração entre ensino e serviço constitui-se como o eixo estruturante da política de formação de recursos humanos na saúde. A discussão sobre a formação dos profissionais de saúde, a partir do conceito ampliado de saúde, assumido com a criação do

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

UF: AL

Telefone: (82)3315-6787

Município: MACEIO

Fax: (82)3315-6787

CEP: 57.010-300

E-mail: comiteedeeticauncisal@gmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
ALAGOAS - UNCISAL



Continuação do Parecer: 2.833.499

Sistema Único de Saúde (SUS) e preceitos constitucionais de 1988, tendo saúde como direito a vida, requer mudanças paradigmáticas da área, de modo a ter na sua centralidade e foco, o cuidado centrado no sujeito enquanto ser histórico social, percebido em sua integralidade e ativo no processo de saúde-doença. Se a integralidade da atenção é um princípio norteador das políticas de saúde, e a formação para a área uma responsabilidade do SUS, como analisa Gonze:

cabe relacionarmos ambas as questões, partindo da premissa de que uma maneira de formar profissionais voltados para a realidade do SUS, bem como para seu ideário, é voltar a formação para o princípio da integralidade. (Gonze, 2009 pag14).

Para concretizar e implementar as mudanças necessárias no processo de formação de profissionais que possam se adequar e refletir o novo paradigma centrado na integralidade e universalidade do cuidado, preconizado pelo SUS, fez-se necessário parcerias entre os setores de Saúde e Educação, provocando e promovendo mudanças curriculares dos cursos de graduação que compõem a área. Dessa forma, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a área de saúde, foram definidas dentro de um contexto que reflete os interesses e orientações do sistema público de saúde, democrático, que busca a universalidade e integralidade da atenção, e como analisam Stella e Puccini (2008) essas diretrizes se constituem uma mudança paradigmática na construção dos currículos dos profissionais da saúde.

As DCNs para os cursos de graduação da área de saúde são um conjunto de proposições e indicadores que servem como referência para a construção e avaliação dos processos de formação e qualificação, a serem implementados pelas Instituições de Ensino Superior (IES).

As DCNs, como a da Medicina, apontam como necessidade, a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva dos profissionais, como consta no artigo 3º:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (DCN Medicina 2002).

Considerando que na Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), nos últimos anos, foram redefinidos e/ou construídos novos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) e

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113
Bairro: PRADO CEP: 57.010-300
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3315-6787 Fax: (82)3315-6787 E-mail: comitedeeticauncisal@gmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
ALAGOAS - UNCISAL



Continuação do Parecer: 2.833.499

Propostas Curriculares, para os cursos de graduação em saúde (Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina e Terapia Ocupacional), provoca-nos o desafio de questionarmos: os cursos de graduação em saúde formam profissionais com perfil adequado e em consonância com as diretrizes curriculares nacionais. Por ainda ser um desafio a implantação das DCN dos cursos de graduação em saúde, observa-se a importância de se compreender a estruturação dos currículos de formação profissional e entender em qual paradigma o egresso está sendo formado.

A relevância da análise do perfil dos egressos dos cursos de graduação em saúde, nos permitirá refletir sobre as práticas curriculares pedagógicas e metodológicas, e perceber até que ponto houve uma real mudança de paradigma na formação do profissional, considerando a formação para cidadania, o trabalho em equipe Inter profissional, de forma colaborativa na perspectiva da integralidade do cuidado e da qualidade da comunicação entre a equipe, usuários/famílias/comunidade, promovendo autonomia dos indivíduos e empoderamento dos cidadãos.

A partir do exposto anteriormente, acreditamos que é fundamental uma aproximação dialética "do perfil de competências dos profissionais de saúde com as necessidades dos processos de trabalho" (Barreto,2000,pag.25). Profissionais formados no modelo biomédico têm dificuldades para atuar no novo contexto, já que estes modelos se opõem filosoficamente.

Como resultado desta análise, construiremos um instrumento com parâmetros e indicadores de avaliação que facilitem e permitam aos gestores do curso da Saúde, avaliar os mesmos de forma processual, e assim, realizar adequações de rumo ou mudanças radicais nos Currículos e Projetos Políticos Pedagógicos (PPP).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Conhecer o perfil profissional, dos alunos do último ano dos Cursos de graduação de Fisioterapia

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-6787

Fax: (82)3315-6787

E-mail: comitedeeticauncisal@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.833.499

e Medicina de uma universidade pública de Maceió Alagoas, no tocante a competências e habilidades específicas na atenção a saúde, tendo como referência as DCNs.

Objetivos Específicos

- Analisar as DCNs dos cursos de fisioterapia e medicina no tocante a atenção a saúde
- Identificar a percepção dos discentes sobre o perfil formado;
- Descrever a análise crítica dos discentes sobre a formação/ estrutura curricular;
- Correlacionar as competências e habilidades dos discentes frente as DCN.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Relação risco-benefício da pesquisa

A pesquisa apresenta riscos mínimos, uma vez que não serão realizados procedimentos invasivos, nem de caráter experimental, apresentando riscos mínimos. Dentre esses: desconforto que eventualmente poderá acontecer em responder algumas perguntas Os desconfortos e os riscos que eventualmente poderão acontecer são de ordem subjetiva, como sentimentos ou sensações desagradáveis, mas transitórias, de ansiedade no momento dos debates/diálogos. Esses riscos serão solucionados mediante total sigilo nas respostas, informando aos participantes que não precisarão respondê-las caso não se sintam à vontade Para minimizar esses riscos, os participantes que, caso apresentem esses sintomas, serão atendidos pelo psicólogo colaborador da pesquisa.

A participação ou a sua negação em participar por parte dos discentes em responder de alguma das perguntas Motivadoras e totalmente livre

Outro risco que, porventura poderá ocorrer diz respeito ao sentimento de constrangimento diante de algumas das discussões que possam ocorrer, porém, esse risco será minimizado ,na própria roda de conversa.

Além disso, para a redução dos riscos, o contato preliminar e a aplicação dos instrumentos de coleta de dados seguirão os critérios de natureza ética preconizados pela resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

O benefícios diretos e indiretos para os participantes da pesquisa quanto para a sociedade será que ; Durante a realização da pesquisa os acadêmicos terão a possibilidade de poderem analisar sua

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-6787

Fax: (82)3315-6787

E-mail: comiteeeticauncisal@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.833.499

formação, percebendo os pontos ou interesses onde eles terão que investir em uma educação permanente e construir novas ou diferentes perspectivas frente a suas possibilidades infinitas de Futuro. Os acadêmicos que mostrarem alguma alteração subjetiva /afetiva serão auxiliados pelo psicólogo colaborador da pesquisa.

Construiremos no final da pesquisa, um Seminário onde se debatera com os participantes é interessados, onde os mesmos receberão informações sobre o estudo realizado e poderão questionar e avaliar e criticar, abrindo novas possibilidades para a realização de novos estudos e partir para novas perspectivas.

Outro Veneficio Indireto será a possibilidade por parte dos gestores dos Cursos reavaliar e promover mudanças nos mesmos se for necessário

A equipe também se responsabiliza na construção de um instrumento de avaliativo que contenha indicadores e parâmetros que permitam aos gestores implementar ações que concretizem as DCNs nos cursos; Além de artigos vinculados a Pesquisa este Instrumento sera entregue para todos os gestores e seu NDEs.

O desenvolvimento de todo o processo será realizado nas dependências da UNCISAL

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

sem pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Nesta oportunidade, lembramos que o pesquisador tem o dever de durante a execução do experimento, manter o CEP informado através do envio a cada seis meses, de relatório consubstanciado acerca da pesquisa, seu desenvolvimento, bem como qualquer alteração, problema ou interrupção da mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-6787

Fax: (82)3315-6787

E-mail: comitedeeticauncisal@gmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
ALAGOAS - UNCISAL



Continuação do Parecer: 2.833.499

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1152990.pdf	14/08/2018 15:36:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_final.docx	14/08/2018 15:33:35	Luis Fernando	Aceito
Outros	Declaracao_do_Psicologo.pdf	14/08/2018 15:30:43	Luis Fernando	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.pdf	14/08/2018 15:27:03	Luis Fernando	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_para_realizacao_de_Pesquisa.pdf	13/06/2018 12:24:05	Luis Fernando	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	13/06/2018 12:23:42	Luis Fernando	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	12/06/2018 15:51:58	Luis Fernando	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_isencao_de_conflito_de_interesse.pdf	11/06/2018 16:13:44	Luis Fernando	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoderesponsabilidadeecompromissodopesquisador.pdf	11/06/2018 16:08:01	Luis Fernando	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 21 de Agosto de 2018

Assinado por:
Ana Lúcia de Gusmão Freire
(Coordenador)

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113
Bairro: PRADO CEP: 57.010-300
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3315-6787 Fax: (82)3315-6787 E-mail: comitedeeticauncisal@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo :A visão de Graduandos de uma Universidade Pública do Estado de Alagoas sobre o Perfil Profissional e as Diretrizes Curriculares Nacionais e sub título Atenção à saúde e as DCN sob a ótica de estudantes de fisioterapia e medicina de uma IES pública, que será realizada na UNCISAL , recebi do Sr Luis Fernando Hita , Cientista Social-Sociólogo , Professor Auxiliar , responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Este estudo se destina a Analisar o perfil profissional, no tocante a conhecimento, competências e habilidades específicas atenção a saúde, dos alunos do último ano dos Cursos de graduação de Fisioterapia e Medicina de uma universidade pública de Maceió alagoas tendo como referência as DCNs. Descrever a percepção dos discentes sobre o perfil formado, Descrever a análise crítica dos discentes sobre a formação/ estrutura curricular; Analisar a percepção e análise dos discentes frente as DCNs; Avaliar a percepção e análise dos discentes frente as DCNs.; considerando que a importância deste estudo é a relevância da análise do perfil dos egressos dos cursos de graduação em saúde, nos permitirá refletir sobre as práticas curriculares pedagógicas e metodológicas, e perceber até que ponto houve uma real mudança de paradigma na formação do profissional, considerando a formação para cidadania, o trabalho em equipe Inter profissional, de forma colaborativa na perspectiva da integralidade do cuidado e da qualidade da comunicação entre a equipe, usuários/famílias/comunidade, promovendo autonomia dos indivíduos e empoderamento dos cidadãos; tendo início planejado para começar em 30 de Julho de 2018, depois de ter sido aprovado pelo CEP/CONEP; e terminar em 30 de Julho de 2019

3.O (a) Senhor (a) participará do estudo como membro componente participante nas rodas de conversa, discutindo e manifestando suas percepções sobre sua formação acadêmica na UNCISAL e confrontando-as com as sugeridas pela DCNs Sabendo que os possíveis riscos à sua saúde física e mental são Os desconfortos e os riscos que eventualmente poderão acontecer são de ordem subjetiva, como sentimentos ou sensações desagradáveis, mas transitórias, de ansiedade no momento dos debates/diálogos. Para minimizar esses riscos, os participantes que, caso apresentem esses sintomas, serão atendidos pelo psicólogo colaborador da pesquisa. Outro risco que, porventura poderá ocorrer diz respeito ao

sentimento de constrangimento diante de algumas das discussões que possam ocorrer, porém, esse risco será minimizado, na própria roda de conversa

4. Os benefícios previstos com a sua participação são durante a realização da pesquisa será possibilidade dos acadêmicos poderem analisar sua formação e construir novas ou diferentes perspectivas frente a suas possibilidades infinitas de conseguidos através de “Construiremos no final da pesquisa, um debate com os participantes, onde estes receberão informações sobre o estudo realizado e poderão questionar e avaliar, desta forma a realização de novos estudos e a partir de novas perspectivas; para isso o (a) Senhor (a) poderá contar com a assistência

5. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

6. A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

7. O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

8. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “**A Formação para Atenção a Saúde Sob a Ótica de Estudantes de Fisioterapia Tendo como Parâmetro as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)**”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

Ciente,

_____ DOU O
MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO
OU OBRIGADO.

Endereço do(a) participante voluntário(a):

Residência: (rua).....Bloco:

.....

Nº: complemento:

.....Bairro:

Cidade:CEP:Telefone:

.....

Ponto de referência:

.....

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa, pertencente UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP.:57010-382. Sala 203, segundo andar, Prédio Sede. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico: comitedeeticaucisal@gmail.com . Website: <https://cep.uncisal.edu.br/> Horário de funcionamento: diariamente no horário de 13:00 as 19:00 horas.

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador principal

Luis Fernando Hita

**Assinatura ou impressão digital do(a)
voluntário(a) ou responsável legal**

Assinatura de testemunha

(rubricar as demais folhas)

Assinatura de testemunha

(rubricar as demais folhas)

ANEXOS

TRANSCRIÇÃO - RODA DE CONVERSA – CURSO DE FISIOTERAPIA 2018

Observações sobre os símbolos:

[...] significa sem relevância ou inaudível. [?] significa importante, mas inaudível.

00:24

Prof.: A primeira pergunta que eu faço, eu vou fazer pra vocês é, quais os trabalhos que vocês aprendem na prática cotidiana em assistência, em relação a atenção a saúde, pra vocês [...] Pra vocês qual é o trabalho de vocês, como se aprende na prática em atenção em saúde?

00:51

Aluno (a): Não, pode começar [...] Está articulada na prevenção e os agravos, não é vai, é de acordo com a demanda local e atuar na promoção da Saúde e na capacitação [...] no profissional capacitado para atuar nos três anos, nos três níveis [...] secundários e terciários

Prof.: ele só consegue não é?

Aluno (a): Isso. É nós,

Prof.: [...] Tem que se assumir agora

Alunos: daqui uns dias. É verdade.

Prof.: Que mais é? Para vocês seria isso? Teria mais alguma coisa? Como na prevenção, como?

Aluno (a): Como [...] falou [...] examina o corpo todo, como cabeça [...] Na prevenção ele vai atuar até na prevenção, tipo assim na promoção de saúde né, tipo visando a educação e saúde para prevenir certos agravos, infecção de danos, riscos a saúde.

Prof.: De forma individual?

Aluno (a): individual e coletiva, coletiva também.

Prof.: Pode falar [...] Ah depois mais tarde, se quiserem repetir, podem repetir, agora a pergunta, já. Como foi sua formação no curso de Fisioterapia pra vocês? [...]

Aluno (a): Tipo assim como foi o curso? O curso em geral?

Prof.: O curso em geral, porque depois vou perguntar, aspectos arcaicos e aspectos positivos e negativos [...] mas se quiser falar tudo... Porque na outra pergunta é aspectos marcantes nessa formação [...] e que você acha que faltou nessa formação ou foi negativo ou positivo [...].

Aluno (a): Com a mudança da grade curricular a gente viu que assim teve uma migração, é do perfil do profissional Fisioterapeuta formado pela UNCISAL, que antes era mais voltado tipo pra áreas mais específicas, tipo é respiratória, neuro, e a gente vê hoje até como a ementa de saúde e sociedade, o quanto a visão foi mudada, assim pra se voltar para a saúde coletiva. Até a gente acha que se a gente for olhar os trabalhos de conclusão do curso a maioria está voltado pra saúde coletiva, teve essa alteração, até nas disciplinas que a gente até sentiu falta de algumas áreas, que tipo aprofundar. O bom [...] A integralização dos conteúdos na teoria teve, mas na prática não se alcançou esse objetivo, de integralizar os conteúdos.

Aluno (a): Também acho. Teve essa dificuldade de integralizar os conteúdos, principalmente na saúde coletiva, mas não só relacionada a ela, mas em diversos outros.

Aluno (a): Pra mim o ponto negativo principal foi que a ideia na grade no papel era transformar as matérias em eixos. E aí eles juntaram né, pegaram, vamos juntar neuro, respiratória e traumato e formou um bloco. E aí a ideia na grade era pra que isso integrarem[...] E a gente tivesse questões que embobassem as três áreas. E acabou que isso não ocorreu. A gente tinha um professor que vinha durante dois meses, dava tudo da neuro[...] E aí fazia uma prova daquele conteúdo. Tá, o próximo Professor vem, deu a traumato, fez a prova da traumato[...] Próximo Professor veio, deu reumato. Tipo, isso não é integrar. Isso é fatiar uma pizza. E cada um pega sua fatia. E a fatia ficou, bem menos, reduzido quando a gente comparou com os outros anos que a gente viu o tanto que perdemos na matéria específica. Eu acho que a ideia foi legal, a ideia foi necessária, mas foi mal aplicada. Pode ser que melhore nas próximas turmas, mas pra gente não foi tão boa não.

05:15

Aluno (a): Deixou a desejar. Nos primeiros anos a saúde e sociedade é muito teórica muito distante de como colocar em prática aquilo só no quarto ano é que a gente conseguiu colocar isso em prática e ver como seria realmente essa atuação do profissional atuar Ficamos muito preso a teoria [...] foi a mais construtiva foi que de fato agregou [...] as várias horas de teoria de carga horária que a matéria tinha muitas horas mas tipo o que ficou dessa matéria? O que ficou mais de saúde e sociedade foram dos últimos anos. E uma outra ideia da Matriz nova era conscientizar a participação do Fisioterapeuta nesses três níveis em todas as áreas então assim eu acho que isso também deixou a desejar no caso desses eixos em que eram as aplicadas eu acho que não precisava desvincular o papel de Promoção e prevenção, por exemplo da traumato da neuro de outras matérias isso realmente não existiu, ficou [...] como Nicolas falou, eles mudaram no papel mas não [...] Não se colocaram no dever de mudar a forma com que eles aplicariam aquela matéria pra gente né? Eu acho que faltou um compromisso dos professores em se renovar quando a matriz se renovou. Então acho que a ideia não era a gente ter agregado agora, o perfil profissional do Fisioterapeuta no ambiente da Saúde Pública nesse nível primário só da saúde sociedade era pra ter sido também aplicada a outras matérias e a gente só teve eu acho que saúde da mulher [...] E saúde da criança, somente. Eu acho que até a própria formação dos profissionais que fazem com que a gente aprenda as, as específicas não tiveram isso [...] Vão se adaptando e é isso. Acho que seria necessária talvez [...] E uma aceitação, porque a gente percebe que eles não é só uma falta de conhecimento, é uma

resistência em se colocar nesse, nessa nova metodologia, então tem muitos que não querem e simplesmente acham que [...] É aquilo [...] Que eles veem o indivíduo com diagnóstico, né? Exato.

07:51

Aluno (a): Pra mim, outro ponto muito negativo da grade foi o eixo Pesquisa, que a gente teve cinco anos de pesquisa mas[?] Pelo menos só para mim é o que ficou, que é uma matéria que é dada no primeiro ano, acabou se repetindo no segundo, se repetiu no terceiro que se repetiu no quarto e quando chegou no quinto a gente não tinha nada [...] Foi uma ideia legal da gente, a ideia maravilhosa da gente começar a pesquisar no primeiro ano para continuar no segundo se eu tiver errado vocês me corrijam [...] A gente entra muito imaturos no primeiro ano você já vai [...] Não tem como, não tem como você ter conhecimento das áreas [...] Precisa ser reformulada do ponto de vista de como ela foi implementada na nova grade, que a gente, também é uma perda de tempo na verdade, foi uma perda de tempo da gente, de desgaste, foi carga horária desnecessária, dispensa. Não ficou nada [...] Se fossem em dois anos bem dado Pesquisa, quarto e quinto ano, terceiro e quarto ano tinha sido mais aproveitado, do que esses cinco anos [...] Mas tipo, o que é a pesquisa? [...] Que fique claro pelo menos a metodologia da coisa, da pesquisa [...] E não tipo no primeiro ano, você vai trabalhar a introdução, ééé[...] A gente nem usou o tema né? Não existe isso.

09:28.

Aluno (a): Outra coisa, eu achei que eles poderiam ter direcionado mais a qual regra era aplicada aqui no nosso, se a ideia do da matéria era preparar a gente pra o a conclusão do curso, trabalho de conclusão do curso, que tivessem dado esse enfoque ao a regra que é daqui a ABNT [...] Eu acho que a gente viu muito mais Wancouver, o tempo inteiro, pra no final saber que nosso TCC era na ABNT [...] Sim mais a gente passou quatro anos vendo Wancouver, mudaram a um ano e pouco. Ou seja, passaram o um bom tempo, perda de tempo né?

10:09.

Aluno (a): E também é tipo pesquisa e saúde ter vários, vários professores [...] Eles não se comunicavam. Tipo cada um dava o mesmo assunto, às vezes [...].

10:48.

Prof.: Vocês estão dia-a-dia agora mais [?] nas práticas, como vocês se sentem?

10:58.

Aluno (a): Eu assim no estágio, até achava, até relatei, em alguns momentos que, éé no início do ano fiquei muito apreensiva, tipo ficava com muito medo, pô agora eu vou tá a um passo de ser o profissional, né? O estágio assim tem a segurança de está ali um preceptor, está ali para nos ajudar, tirar nossas dúvidas e tal, mais é um passo pra se tornar o profissional Fisioterapeuta. Eu fiquei com muito assim, com muito medo, tipo será que eu vou conseguir lembrar? Eu assim, graças a Deus eu consegui, assim colo, aplicar na prática, o que eu vi na teoria. E assim a gente vem tendo prática assim, desde o terceiro ano, salvo eu ca gente vem tendo a vivência na crítica, no quarto ano a gente teve aulas práticas, pra quando chegar agora no quinto ano, a gente tá mais assim amadurecidos, com as técnicas quanto às teorias para se colocar na prática, e também a gente aprendeu muitas coisas que nem toda prática veio da teoria ou vice-versa. A gente aprendeu assim, pelo menos que

eu aprendi muito, muito, muito com, durante o estágio, fiquei assim acho que muita gente eu [...] pensava que só ia colocar o que viu na teoria [...] mas eu aprendi muitas coisas que, nos, nos quatro anos [...].

12:28.

Aluno (a): Acho que na verdade, acho que ninguém vai chegar no quinto ano de fato sabendo, preparado 100% pra todas as áreas sem prática né? É independente disso, acho que é, são coisas que se agregam com a própria experiência. Têm coisas que [...] Imaginem quantas situações éé diferentes podem acontecer diante no atendimento e, o realmente você não tem como se preparar para todas elas antes só com a teoria. Acho que é só vivendo, que realmente você vai ter esse aprendizado, até como profissional. É, mais assim, eu acho que quanto a essa vivência prática a gente deve, acho que a ideia da matriz nova é bem interessante, porque antes o pessoal de repente coloca diante um paciente no estágio [...] Você já é um Fisioterapeuta hoje, do nada, assim [...] A gente já vem aprendendo isso desde o terceiro ano a lidar com o paciente [...] Quando a gente chega no estágio bem mais acostumado a lidar com essas situações. Porque são vários aspectos, para você chegar de fato no paciente, então acho que a gente vai fazendo isso por etapas, e eu acho que isso foi produtivo para gente tipo a gente no começo viu como fazer uma triagem que é o mínimo. Como ter uma relação fisioterapeuta-paciente, e isso foi somando, somando, somando até chegar no quinto ano eles deram a gente a independência de elaborar uma conduta éé programar uma alta ou admitir o paciente no serviço, então assim eu acho que foi bem gradual e seria uma, uma sequência lógica né? Assim do mínimo pra o essencial né? Então quanto essa vivência prática, eu acho que isso funcionou [...].

14:25.

Aluno (a): Eu acho que o poderia melhorar era com os preceptores que a gente tem contado no último ano, eles participaram dessa formação, que muitas das vezes o que a gente aprendeu nos quatro anos não era meio que condizente com a conduta do preceptor que não foi nosso professor... Eles nem sabiam, tipo eles chegavam, oia façam isso e isso, aí a gente [...] Quem não sabia disso? E aí a gente ficava, como você não sabe disso? Porque a gente nunca aprendeu isso. E eu acho que o que agente teve mais, as dificuldades que tiveram [...] As [...] A pessoa que avalia a gente, é a pessoa que deu o assunto. Isso pelo menos não aconteceu... Em vários, em vários. Aí meio que, eu acho, é algo que precisava ser mais, se readequar para os próximos anos. Que é difícil uma pessoa dar uma disciplina durante quatro anos e outra pessoa que nem conhece avaliar.

15:20.

Aluno (a): E acho que o outro detalhe, quanto a isso do preceptor é ele está disposto a serpreceptor, porque assim houve alguns setores em que as pessoas eram colocadas como preceptores por obrigação eles eram o profissional daquele ambiente e também de repente era preceptor e ele não tava assim nem prepara nem capacitado pra quilo e nem disposto [...] E eles diziam na cara: eu não sou pago pra isso, eles jogam vocês aqui e vocês podem fazer o que quiser, podem faltar [...] Porque eles são pagos para ser Fisioterapeutas do hospital, aí eles não têm a visão de que têm que ensinar também, têm que dar assistência [...] Têm que dar assistência né? Nem que seja a mínima. Então eu acho que quanto a isso tem muito, bastante.

16:13

Prof.:[?] Teria mais alguns aspectos marcantes ou que faltou [?]

Aluno (a): Assim eu digo [...] Uma coisa que foi uma fala, uma professora nossa que eu acho que essa fala poderia acontecer mais vezes, mas que não aconteceu, que foi na experiência do [...] do trabalho, a gente teve que fazer um, uma atividade, um produto de saúde e sociedade volt, independente do local que a gente estivesse e teve, a gente fica seis meses no hospital e seis meses na parte do ambulatório. O que desenvolveu a gente, pra a gente fazer o trabalho foi voltado mais pra educação e saúde [...] Foi a realidade que a gente viu no aí no HDT. E a fala que eu gostei da professora foi que ela disse: "Vocês conseguiram identificar o problema no setor terciário e vocês desenvolveram educação e saúde no na atenção básica" E eu acho que isso deveria ser, uma coisa assim que deveria ser tipo mais estimulado pela gente porque a gente tem uma formação muito biomédica [...] Tipo assim, você hoje vai começar no HDT aí tal o dia acaba o HDT. E quando você vai pra o outro setor, é como se você fosse obrigado. Tipo acabou, agora é tudo novo. E na verdade, eu acho que as coisas deveriam se complementar né? Não ser tão setorizado [...] que poderia estar em todos esses lugares. Esse mesmo paciente poderia ter passado no HDT, e agora você pode encontrar ele na clínica ou no Pontal na atenção básica [...] Eu acho que a gente teve como ponto positivo que assim uma outra instituição de ensino, eu vejo isso porque a maioria, a maioria dos Professores que dão aula aqui também dão aula nessa outra instituição de ensino, mas na outras, nas outras que eu acho que eles não têm um pouco da bagagem que a gente tem é de tá quebrando aos poucos esse, essa formação biomédica, a gente aos poucos, a curtos passos a gente tá conseguindo ver o paciente de um maneira melhor, e agente ver muito dentro da nossa grade matérias específicas e professores que realmente lutam pra quebrar com esse padrão e dá pra gente uma maneira de, de ver o, o paciente no modelo [?].

18:54

Aluno (a): [...] Eu acho que isso devia ser como já foi dito, tem professores que tem a oportunidade de ter a capacitação, mas que não querem e vai ficar naquilo mesmo. E o ruim é isso, você poder dizer que tem uma área que é muito forte nisso, mas tem outra área que você vai continuar sendo formado pra tratar aquilo ali e pronto.

Aluno (a): E eu acho que outro aspecto marcante é justamente um pouco disso que Alice colocou. Eu acho que uma coisa que a gente pode terminar o curso tendo é [...] Assim [...] Se orgulhando digamos assim, é ter esse perfil crítico. Eu acho que a gente e meio a tudo isso, eu acho que só da gente conseguir enxergar que há essas falhas, e que poderia ser diferente e que nessas coisas deveria ser melhor e deveria [...] eu acho que esse perfil crítico, essa [...] esse olhar crítico pra essas, pra essa nova realidade da [...] da profissão, eu acho que já é um aspecto bem marcante. Eu acho que quase todo mundo da turma, isso vai ficar presente. Então apesar dos professores ter sido falho, de ter algumas coisas, os que se aplicaram a realmente trazer essa mudança pra profissão fizeram tão bem feito que despertou esse olhar crítico em todo mundo. Então acho que esse aspecto marcante que vai [...] vai ficar em todo mundo, assim [...] depois dessa conclusão que eu vou terminar aqui [...].

20:32

Aluno (a): Eu acho que outra questão também é a carga horária, que às vezes, há um excesso de carga horária e como vai [...] o conteúdo, em si né? [...] tipo [...] eu que tenho muitas aulas e muitas aulas e muitas disciplinas [...] e só pra cumprir carga horária [...] e que tem passado [...] o que tem que ser transmitido fica até falho.

21: 56

Aluno (a): Positivo! [...] Podia ser passado em um fim de semana que tem 20 horas, botam oitenta horas, e aí já tem muita matéria empurrada cá barriga né? [...].

Aluno (a): E a gente percebe tem alguns, assim, né analisando, conversando com outro [...] muita gente [...] Apesar de que tem muitos professores que usam metodologia que era usada quando nossos professores eram alunos e hoje ainda [...] Entendeu!? Tipo [...] há uma necessidade da questão da educação continuada [...] Muitos professores também [...] como já foi falado aqui [...] E isso acaba interferindo na gente né? [...] Porque há assim [...] Eita! O professor vai cobrar isso e isso na prova e a pessoa caba decorando e tira um dez. E não muda né!.

Aluno (a): E não muda!

21:50

Aluno (a): Pelo menos hoje em dia conversar com quem já se formaram e eles falam: há tá o professor vai fazer isso, isso e isso A aula vai ser assim, assim e assim [...] E exatamente igual [...] Até o slide é o mesmo. [...].

22: 03

Aluno (a): Eu acho assim, apesar de todas essas mudanças, que todo mundo já falou. Nós vamos [...] vamos formar fisioterapeutas ainda com o olhar muito voltado pra reabilitação. Apesar de todas as mudanças que abriu nossa mente, abriu nossa cabeça, mas ainda assim, toda raiz da [...] da teoria e da prática, tá voltada para o perfil reabilitador. E não também de promoção e prevenção. Apesar das mudanças.

22:35

Aluno (a): É porque eu acho que isso a Débora quer dizer [...] é um pouco [...] eu acho que falta um pouco do Debroche tinha colocado. Que é essa questão de você vê a teoria com as pessoas e chegar no 5º ano e ser avaliado por outra. E então o que é que acontece [...] Pelo menos comigo e assim pelo menos com a pessoa que eu converso acontece muito! Muita gente faz uma coisa agora no estágio, mesmo sabendo que, por exemplo: Poderíamos fazer mais, poderíamos ter um outro olhar, poderíamos sair desse protocolo, poderíamos abordar outros aspectos, ver um paciente como um todo [...] só que a gente tá sendo avaliado por uma pessoa que não quer isso! Ela quer que você simplesmente reabilite [...] Se for um joelho, o joelho vai ser com a tendinite, com a tendinite e ponto. Então assim, você meio que fica numa condição submissa e tendo que se adaptar a quem está lhe avaliando. Então, eu acho que é por isso, que pode ser que a gente ainda termine com essa questão de achar que precisa reabilitar ou somente, reabilitar. Apesar, de que mais uma vez enfatizo o fato de ter essa noção né, só acho, que só da gente olhar e dizer: não! Não precisava só fazer isso! Eu acho que isso já é um ganho.

23: 53

Aluno (a): Só da gente saber isso, de compreender isso, já [...] Como você disse é um ganho!

23:58

Aluno (a): A circunstância não permite que você pratique aquilo, mas, já é um ganho.

24:03

Aluno (a): Eu acho que na realidade, a gente acaba sendo ponderada aqui, em relação a você querer atuar como [...] eu acho [...] como justamente por aquilo que ela falou, questão de há! Nota. Tem nota! Se eu vou fazer desse jeito que ele não gosta desse jeito, mas eu sei que é o certo, eu vou ser punida. Entendeu? Mas, eu acredito que [...] Aí voltando a questão de é um ganho quando já tem esse olhar é um ganho. Acredito que muita gente aqui vai fazer quando [...] quando tiver essa liberdade vai fazer diferente.

24:34

Aluno (a): E eu acho que existe uma mudança muito grande, comparando com a turma anterior, que foi da grade antiga em relação a saúde coletiva [...] É visível o quanto que a gente tem um olhar diferente que eles, até os professores comentam: Olha vocês tem uma facilidade não quanto a função. Mas quanto a funcionalidade, quanto esses aspectos, que eram totalmente diferente da outra, bem mais [...] Que hoje a gente vai sair com essa visão, na antiga era muito pior. Era focado nisso, e acho que a semente de [...] de [...] focar na integralidade foi plantada.

25:16

Aluno (a): E a gente conseguiu ver isso de perto, essa diferença com a turma antiga porque a gente pôde é [...] é [...] Acompanhar os atendimentos dele né, por um tempo a gente ficou como estágio de observar o atendimento deles. E aí a gente muitas vezes, via a diferença assim né.

Aluno (a): Discordava de coisas que eles estavam fazendo que a gente não faria, não em relação a técnicas, mas, abordagem.

Aluno (a): Objetivando sempre a função do paciente que foi [...], que mudou muito, que até professores, que assim, que a gente ver mais que assim, trace a conduta objetivando a função do paciente que ele vai exercer. Tipo até na triagem o que a gente aprendeu, que até o paciente quer o que você pretende ganhar pra agora. E não foi isso que a gente aprendeu!? E aí gente vai focar no que o paciente quer.

Aluno (a): E antes era assim, qual o seu diagnóstico? Artrose de joelho. E vinha com um diagnóstico médico e disse a gente traçava uma conduta. Hoje em dia, a gente nem precisa saber o diagnóstico clínico dele.

26: 32

Aluno (a): Mas, assim, apesar da gente ser cobrado, apesar da gente ser cobrado, com relação a função da funcionalidade na prática. A nossa formação teórica ainda é muito voltado pra doença. Então, assim por exemplo, eu tô muito na neuro agora, puxar a sardinha pro meu lado, é [...] A gente pega um paciente com AVC lá é [...] a gente vai tentar encontrar naquele paciente com AVC, o que de dificuldade ele têm. Qual atividade ele não consegue fazer. Só que na sala de aula, a gente estuda o que é um AVC, o que é a doença AVC e não o que ele pode trazer de dificuldade. Então, acho que tem um pouquinho de contraste ainda do que a gente aprende na teoria, e do que a gente é cobrado na prática. A gente é vê muito isso na esportiva, também né? Que a gente vê muita coisa na sala e lá é uma coisa totalmente diferente do que a gente vê aqui na realidade. Na, na sala de aula, teoria. Então acho que [...]

Acho que esse conteúdo teórico aí poderia ser um pouquinho melhor adequado no que a fisioterapia realmente faz.

27:34

Aluno (a): Do que vai exigir da gente. E eu acho assim, o Felipe falando agora eu lembrei. Tem matérias que são, por exemplo: a chave de uma boa conduta terapêutica é você saber uma avaliação. Então, ele falando agora do que a gente vê, questão de se cobrar mais a funcionalidade no ambulatório, mas dentro de uma sala de aula é muito teórico que não casa os dois. E eu acho que a gente poderia ver mais assim, na aula de avaliação, seria uma avaliação realmente pra funcionalidade. Mas quando a gente vai numa aula de avaliação, é quais são os reflexos dele? O que é? [...] coisas que ele apresenta, mas [...] O que é que aquilo ali vai [...] Fazer uma avaliação médica. Uma avaliação médica, não é avaliação [...] Um teste é um teste. Ainda é uma avaliação muito segmentada [...] Quantos graus [?] eu tenho de ombro? E cotovelo? De joelho? Isso não me diz tanta coisa, eu preciso ver a função e [...] no lugar que o individuo tá inserido. Principalmente um braço, uma perna [...] Eu acho que o que falta dentro da grade, realmente, mesmo assim com tantos anos [...] A gente ama a profissão nova, mas, o que falta é uma realmente uma identidade profissional da gente se reconhecer desde o início enquanto fisioterapeuta. A gente vai aprendendo. Agora eu sei assim [...] alguém diz assim: tu estuda [...] eu fico muito triste assim, com a fala até de fisioterapeutas mesmo. Você estuda cinco anos pra trabalhar na dermato? É uma área reconhecida, é uma área que precisa ser estudada tanto quanto, agora você não pode é querer fazer de qualquer jeito e desvalorizar a sua profissão. Mas, eu acho que independente da área que você escolher, você tem que saber se reconhecer [...] Não! Isso aqui é meu! Se você estiver fazendo, pode até fazer uma coisa errada, mas isso aqui é meu, isso aqui não é meu! Como tem coisas que você sabe em áreas hospitalares dentro da UTI, que o meu conselho não permite que eu faça, mas você tem que fazer. Então eu acho que o que falta é ter uma identidade profissional, dentro do curso assim, muito forte vocês estão sendo formado pra isso e que não façam nada além disso!

29:43

Aluno (a): Então eu acredito assim, que em relação no caso avaliação. Essa avaliação assim, é imprescindível pra traçar uma conduta mas, sim que a gente não pode ser cobrado quanto a função só no momento do estágio. Isso já vinha sendo falado, durante as teorias oh! O AVE é isso, mas, só que vamos trazer profissionalidade? Sempre fazer esse *link* com a funcionalidade. Eu tenho que avaliar assim, [?] Vamos trazer pra funcionalidade. O que isso vai acarretar quanto função, não só esperar chegar no 4º e 5º ano e dizer oh! É função, vocês tem que ver função, tem que analisar função.

30:17

Aluno (a): Conhecer tudo isso é importante, mas, a gente precisa tirar o foco dessa.

30: 20

Aluno (a): A gente tem que tirar o eixo. Não tem uma matéria que a gente precisa ter um eixo de método de avaliação?

Aluno (a): Com a carga horária super-extensa. É isso.

Aluno (a): Testes médicos, uma avaliação médica, os reflexos [...] E assim, [...]. O paciente chegou pra você, ele já foi avaliado na triagem, então assim, não tem muito sentido e ao mesmo tempo é negligenciado outras coisas além

desses aspectos da funcionalidade, levando também pra outras áreas da fisioterapia, como o setor da [...] hospitalar respiratória, foi negligenciado. Por exemplo, a gente precisa ter [...] ter um conhecimento muito bom de um exame de imagem e isso foi negligenciado, foi completamente assim [...]

Aluno (a): Foi igual uma matéria que tiraram do Diagnóstico da grade pra incluir no eixo de métodos de avaliação, mas [...].

Aluno (a): O Métodos de avaliação [...].

Aluno (a): Saúde mental também que foi tirado da nossa grade. Porque a gente tem que ver o paciente como um todo e a gente vai lhe dar com o pacientes com déficit, com é [...] com doença mental, a gente encontrou no HDT [...] Aí ficou muito preocupada e aí [...] e agora [...] Foi tirado isso da gente. Como se a gente fosse trabalhar só com reabilitação, a gente não pode reabilitar um paciente com doença mental? Sim! A gente não tem que tá nos três níveis?

Aluno (a): E apesar que a gente teve matéria de psicologia né?

Aluno (a): Mas, só que também fugiu completamente do objetivo da matéria. Porque assim, quer dizer, até hoje fica o questionamento da matéria, porque a gente não entendeu o objetivo da matéria. Quer dizer, a gente deduziu que o objetivo da matéria seria a gente entender [...] Entender é [...] como se posicionar diante certas, certos conflitos mesmo. Porque não só assim, doente psicológico, mas assim, outros aspectos que envolvem né? Assim, um, um, um comportamento de eu preciso né, reconhecer né?

Aluno (a): Reconhecer e lhe dar com isso, e como saber lhe dar com isso.

Aluno (a): Pra fisioterapia, a psicologia tem que ser voltada pra nossa atuação depois. Do que a gente vai fazer da saúde mental dentro da psicologia. Depressão, ansiedade, sono, e não trazer casos de Freud, de Skinner, de [...] da psicologia do psicólogo. Eu acho que pra medicina eles dão, psicologia como o psicólogo aprende. Porque praticamente a gente vê os casos de Freud, a gente apresentou os casos de Freud. Foi a Psicanálise.

Aluno (a): Praticamente não! A gente viu assim.

Aluno (a): Foi a psicanálise. Pegar o livro de psicanálise pra estudar pra prova. E caiu no complexo de Édipo, tipo [...] que isso influencia na minha fisioterapia.
33:10

Aluno (a): Ou na minha abordagem com o paciente que apresente algum transtorno psicológico.

Aluno (a): É! Nada!

33:16

Aluno (a): Eu acho que isso precisa ser reavaliado. E em relação ao método de avaliação, pra mim foi [...] Não sei de quem foi a ideia, mas que Deus abençoe grandemente! De começar métodos de avaliação no 2º ano, se não me engano, o pessoal de medicina tem Semiologia médica, que é no 2º ano também. Só que aí, o que eles fizeram com a fisio? Eu moro [?] no curso de medicina e eu sou conturbado ao o que a gente aprende [...] E aí o que eles fizeram com a gente. A gente começou com métodos de avaliação numa matéria só, né? Primeiro foi geral, que foi aquela de púlpito normal, de flexo, respitório e depois veio [...] Aí depois vem uma professora: Eu vou dar a parte de órtese. No 2º ano lembro como hoje. Aí chegou outra e vou dar avaliação de pediatria, chegou outra, eu vou dar avaliação de neuro, chegou outra eu vou dar avaliação [?] e a gente ficou tipo [...] é né? Vamos fazendo. Chegou no 4º

ano. Sim cadê as avaliações que a gente fez no 2º ano? Que no 4º e 5º é que chegaram os pacientes.

34:15

Aluno (a): E ainda mais [...] Nesse caso tem nem como colocar a culpa pelo fato de ter sido professores diferentes na prática e na teoria, porque eram os mesmos.

Aluno (a): Eram os mesmos! E quando cobrava uma coisa, nada haver o que tinha cobrado na aula. Tipo [...].

34:34

Aluno (a): Com a Valeska botou [...] Com essa parte tipo do [...] do que aplicou a teoria não avaliar eu acho que assim é viável, seria assim uma ideia. Tipo, se por preceptor que tá lá com o preceptor do 5º ano, ele não foi professor? Que ele participe junto com o professor das nossas práticas. Do [...] Da elaboração do cronograma pra o preceptor saber o que é que vai ser dado durante [...] no decorrer dos quatro anos. Pra quando ele chegar no 5º ano não cobrar coisas que as vezes chega a ser é constrangedor. Quando chega no 5º ano a gente chega nervosa. Será que vou saber, não vou saber e quando chegar lá, há a gente não sabe.

Aluno (a): Ou mesmo introduzir um preceptor da universidade, por exemplo, no ambiente da UTI, no HDT.

35:29

Aluno (a): Na UTI não tem.

Aluno (a): Mas então deveria ter, o erro já tá aí!

35:34

Aluno (a): Isso! Agora que assim, deveria ter lugares tipo na esportiva mesmo. Eles não participaram do nosso [...] Do conteúdo programado da formação. E tipo a formação deles é totalmente diferente do que o professor que tá dando a teoria tem. Então, eu acho que eles deveriam assim, se a professora que tá dando teoria, o professor que tão dando a teoria, não pode não pode estar lá na vivencia prática, que chamasse os preceptores, oh! O conteúdo programado abordado foi esse, eles estudaram foi isso, foram passados isso pra eles pra quando chegar lá, se eles quiserem a apresentar alguma coisa, ótimo! Muito massa! Mas, que não venham cobrar, exigir, assim cobrar coisa assim mirabolantes. Não assim, não exigindo assim cobrar, mas de cobrança mesmo! Tá! A gente tá li pra estudar, vamos buscar conhecimento. Beleza! Mas tipo, saber como abordar o aluno.

Aluno (a): Agregar né isso!

36:26

Aluno (a): Não cobrar! Tipo assim, eles poderiam ver as deficiências e agregar, e não assim achar que a, a, a, que a deficiência é culpa do aluno.

Aluno (a): Isso! Isso! Quando na verdade, a gente não tem culpa de não ter visto aquele coisa que a gente achava que [...] Até porque assim, eu acho que falta um pouco no preceptor é ele entender que ele é uma pessoa e não um mundo onde ele acha que ele acredita que você deveria saber aquilo, então você deveria. Quando na verdade, é só um olhar dele e não necessariamente [...] Uma outra coisa que a gente trás, é, é, que não se aplica a todos os preceptores, mas, em alguns é [...] você poder entender que nó estamos nos formando fisioterapeutas generalistas, e as vezes eles cobram um, um, um conhecimento de carreira [...] Isso é entediante [...]. E se você perguntar uma coisa de outro setor eles não vai querer saber responder, mas, ele quer que

você no setor deles seja tão especialista quanto ele. Mas, assim, são [...] eu acho que é, são problemas que vão além do, do da grade, são coisas [...].

Aluno (a): Talvez seja educação de casa mesmo.

37:44

Aluno (a): É uma questão de ética, de caráter de, de, enfim [...].

37:48

Aluno (a): Como diz nosso conselho, que é a gente não seja avaliado pelo preceptor e sim por professor. Eu acho que se resolvesse isso [...].

Aluno (a): Já seria um bom também, porque o professor tem um olhar didático né? O preceptor tem apenas o profissional, desafiador.

Aluno (a): Ele acha melhor do que você. Ele tem um olhar mais competitivo. O pior que é isso!

Aluno (a): Tem muito preceptor que você ver, ele, ele lhe ver como um, um, um adversário, um adversário, porque você é tão profissional. Que ele acredita que [...] não sei no que ele acredita né, mas enfim [...].

Aluno (a): Futuro concorrente. Ele vive, ele vive assim, ali no jogo e você fica naquela assim, [...]. Já o professor, quando a gente tá ali a gente vê que ele tem aquele compromisso didático em agregar alguma coisa na sua, no seu perfil profissional né. Talvez realmente seria uma solução bem [...] que facilitaria bastante, essa, essa obrigatoriedade de, colocar algum professor.

Aluno (a): Pelo menos junto com o preceptor. Na [?], funciona assim, um professor e um preceptor. Sempre funciona. Agora tem estágios que a gente só tá com o preceptor, eu acho isso um absurdo! Então a pessoa tá com quem nem conhece.

Aluno (a): E ele não sabe que é preceptor, ele às vezes nem sabe que é preceptor, as vezes a gente chega e diz pra ele que ele é preceptor. Você avisa a ele que é preceptor.

Aluno (a): Pontos positivos da formação [...].

39:31

Aluno (a): Em meio a tudo isso, eu acho que [...] acho que experiências boas ou ruins, como teve ruins, é [...] a gente aprende do mesmo jeito até mais né! Nas experiências ruins [...].

Aluno (a): E uma coisa, eu não sei se com você já apareceu, mas no nosso grupo de estágio, a gente falou é! Dos locais que a gente passou, 70% digamos que a gente teve experiências de como não ser, do que como ser como algumas pessoas [...].

Aluno (a): O que tem experiências ruins com pessoas, a gente vai aprender alguma coisa né! Pra olhar assim e dizer: É isso não é tão legal fazer né, melhor não fazer isso. Então [...].

40:08

Aluno (a): E eu acho que já existe mudança entre a gente e as turmas anteriores, eu acho que eles já tem uma visão, como foi adaptada a partir de uma avaliação feita por nós, eles já foi adaptado, já melhorou com eles, eu acho que nas práticas mesmo de em relação a saúde coletiva, que eu tive experiência com monitoria de saúde da criança, a gente faz sempre ações de educação e saúde. Eu acho que eles tão bem mais embasados, bem mais preparados do que a gente, nós estávamos na época, no ano passado, eles tiveram uma formação melhor. Eles conseguem desenvolver melhor do que a gente.

40:46

Aluno (a): Algumas coisas a UNCISAL, quer dizer a coordenação continua sem mudar. Mas, estou dizendo que a gente reclamou e que eles já aplicaram uma mudança, acho que eles já [...] melhoras. Acho que existe algumas coisas que persistem né! E o erro vai se [...].

41:06

Aluno (a): Acho que em relação ao profissional ser muito resistente pra isso, tem coisas que foge mesmo de [...] assim [...].

Prof.: Eu acho que tá bom. Tem mais alguma pessoa que quer falar mais alguma coisa?

Aluno (a): Eu acho que é isso!

Prof.: Todo mundo falou e eu acho que isso é importante!