

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Madson da Silva Matos

A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA PARA A ATUAÇÃO NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: como fica a promoção da saúde?

Rio de Janeiro

2018

Madson da Silva Matos

A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA PARA A ATUAÇÃO NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: como fica a promoção da saúde?

Dissertação apresentada à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
parcial para a obtenção do título de Mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Arlinda Barbosa  
Moreno

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

M434f

Matos, Madson da Silva

A formação do profissional fisioterapeuta para a atuação no Sistema Único de Saúde: como fica a promoção da saúde? / Madson da Silva Matos. - Rio de Janeiro, 2018.

69 f.

Orientadora: Arlinda Barbosa Moreno

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

1. Educação Profissionalizante. 2. Fisioterapia.
  3. Saúde Coletiva. 4. Promoção da Saúde.
- I. Moreno, Arlinda Barbosa. II. Título.

CDD 370.113

Madson da Silva Matos

A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA PARA A ATUAÇÃO NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: como fica a promoção da saúde?

Dissertação apresentada à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
parcial para a obtenção do título de Mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 27/08/2018

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Arlinda Barbosa Moreno (ENSP/FIOCRUZ)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Cavalcanti Raposo Lopes (EPSJV/FIOCRUZ)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica de Rezende (UFF)

*Dedico este trabalho a Deus por tudo; aos meus pais Gelson Matos (in memoriam) e Josinar Matos; a minha esposa Danielle Matos e a minha filha Júlia Matos.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de realização de um sonho e à Prof<sup>a</sup>. Dra. Arlinda Barbosa Moreno por me conduzir pelas estradas do conhecimento - não há palavras que consigam expressar a gratidão e admiração que tenho por esta profissional.

Sou grato pela minha família, pela minha esposa Danielle Matos que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos e muito me ensina a cada dia a arte de acreditar em si. À minha filha Júlia Matos que mesmo no auge dos seus oito anos, tenta compreender esse importante momento na vida do pai. Ao meu pai Gelson Matos que mesmo *in memoriam*, encontra-se tão presente em minha vida me fazendo lembrar todos os ensinamentos passados por ele. À minha mãe por ser minha mãe e por tanto se preocupar comigo. À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla Maria Mendes pela grande e preciosa amizade. A todos que de forma direta ou indireta contribuíram com este trabalho.

## RESUMO

O fisioterapeuta é um profissional de nível superior que realiza métodos e técnicas fisioterapêuticas com finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente. Tradicionalmente, ele tem orientado a sua atuação para o terceiro nível de assistência, que privilegia a cura e a reabilitação, sendo pequena a sua participação no nível primário, que tem como base a promoção da saúde e a prevenção de doença. Acredita-se que um dos motivos que leva a isso é o próprio histórico da profissão, que nasceu com um perfil reabilitador por excelência. E, por outro lado, a própria formação que ainda é pouco norteada pelas disciplinas de saúde coletiva. Existe, portanto, uma exigência por parte dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) de que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar em todos os níveis de assistência não ficando restritos a um nível somente. Além disso, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Fisioterapia realiza algumas orientações no que diz respeito à promoção da saúde. O presente estudo teve por objetivo principal a discussão da formação do fisioterapeuta para atuação no SUS, em face dos preceitos da promoção da saúde. Para tanto, realizou-se pesquisa qualitativa, na qual foram analisados documentos oficiais, como as DCN instituídas no ano de 2002, no que tange à promoção da saúde, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB nº 9.394/96), Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, Decreto-Lei nº 938/69, a Constituição Federal do Brasil, de 1988, e uma revisão bibliográfica dos periódicos publicados acerca do assunto. Adicionalmente, foram selecionadas duas instituições privadas de ensino superior em fisioterapia, localizadas no Estado do Rio de Janeiro e os seus currículos para o curso de fisioterapia foram observados à luz do arcabouço legal e intelectual. Os resultados obtidos apontam para a escassa oferta de disciplinas e temas acerca da Promoção da Saúde nos currículos de formação profissional e para uma grande quantidade de disciplinas voltadas exclusivamente para a reabilitação.

Palavras-chave: Fisioterapia. Formação Profissional. Saúde Coletiva. Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

In Brazil, the physiotherapist is an undergraduate professional who performs physiotherapeutic methods and techniques with the purpose of restoring, developing and preserving the physical capacity of the patient. Traditionally, this professional has been oriented its activities on the high complexity level of care, in favor of healing and rehabilitation, with a small participation in the primary health care, based on health promotion and diseases prevention. It is believed that one of the reasons that lead to this is related with the historical of the profession. The physiotherapy grew up focus on rehabilitation profile. On the other hand, the physiotherapy training is still little guided by the disciplines of public health. There is, nevertheless, a requirement on the part of the principles and directives of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) that health professionals must be able to act at all levels of health care and not on just one level only. In addition, the Brazilian Physiotherapy Curriculum Guidelines (Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN) regulated some guidance regarding health promotion. The main objective of this study is discuss of the educational formation of the physiotherapist to work in the SUS, according the precepts of health promotion. A qualitative research was carried out, using official documents were analyzed, - DCN instituted in 2002, focusing on health promotion orientations, the Brazilian Law of Directives and Bases of Education (LDB no. 9,394 / 96), Brazilian Law of Health no. 8,080, Decree-Law No. 938/69, the Brazilian Federal Constitution (1988), and a bibliographic review of papers published on the subject. In addition, two private institutions of higher education in physiotherapy, located in the State of Rio de Janeiro, were selected and their curricula for the physiotherapy course were observed in light of the legal and intellectual framework. The results obtained point to the scarce offer of matters and themes about health promotion at undergraduate educational curricula and underline a great number of disciplines exclusively dedicated to rehabilitation.

**Keywords:** Physiotherapy. Educational Training. Public Health. Health Promotion.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	08
<b>1 A PROFISSIONALIZAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA</b> .....	09
1.1 O PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA.....	09
1.2 A FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA NO BRASIL.....	10
1.3 O FISIOTERAPEUTA E O MUNDO DO TRABALHO .....	15
<b>2 O CURRÍCULO EDUCACIONAL</b> .....	19
2.1 HISTÓRICO DA FORMAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL .....	19
2.2 HISTÓRICO DA FORMAÇÃO CURRICULAR.....	24
2.3 ESTRUTURA CURRICULAR.....	26
2.4 O CURRÍCULO DO CURSO DE FISIOTERAPIA.....	27
<b>3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b> .....	33
3.1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A FISIOTERAPIA .....	45
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	48
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	53
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	60
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	62
<b>APÊNDICE A - Cartas de Apresentação às Instituições</b> .....	68

## INTRODUÇÃO

A formação dos profissionais de saúde nem sempre tem sido discutida de modo a atender às demandas sociais e principalmente cumprir o que determina a proposta política do Sistema Único de Saúde (SUS).

A fisioterapia é uma profissão relativamente nova quando comparada a outras da área de saúde. Foi regulamentada como profissão de nível superior no país em 1969, através do decreto Lei 938/69, que define o “[...] fisioterapeuta como profissional de nível superior que realiza métodos e técnicas fisioterapêuticas com finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (BRASIL, 1969, p. 12).

No Brasil, como em outros países, a profissão nasceu primeiramente como nível técnico, antes de tornar-se de nível superior. A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo iniciou o primeiro curso de formação em reabilitação. A maioria das pessoas que procuravam o curso tinha como principal fator de incentivo a própria situação epidemiológica da época (o pós-Primeira Grande Guerra Mundial), em virtude dos sequelados que retornavam do conflito precisarem ser reinseridos no mercado de trabalho.

A atuação do fisioterapeuta não está restrita apenas à reabilitação onde atua nas áreas de fisioterapia neurofuncional, pneumologia, cardiologia, traumato-ortopedia, terapia intensiva, saúde coletiva, dermatologia. O profissional também amplia o seu atendimento à prevenção das mais variáveis patologias, estando estas diretamente ligadas ao movimento ou não e atua na promoção da saúde. Porém, o que se vê na atualidade é um fisioterapeuta ainda mantendo uma visão muito restrita à reabilitação, estando o mesmo em dissonância com relação às diretrizes e princípios do SUS estabelecidas no movimento de reforma da saúde brasileira.

O presente estudo teve por objetivo principal a discussão da formação do fisioterapeuta para atuação no SUS, em face dos preceitos da promoção da saúde.

# 1 A PROFISSIONALIZAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

## 1.1 O PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA

A fisioterapia desde o seu surgimento no final do século XIX, está intrinsecamente ligada ao mundo do trabalho, seja para reabilitar o homem e reintegrá-lo à cadeia produtiva, seja para tratar os agravos de saúde trazidos pela mesma que impediam uma melhor qualidade de vida ou até mesmo influenciavam em sua subsistência. Sendo assim, a fisioterapia nasce da práxis de resolver problemas que muitas vezes eram considerados pela medicina como insolúveis, pois no final do século XIX e início do século XX havia pouca valorização das terapias físicas, sendo o uso de medicamentos o principal tratamento para todas as mazelas que afetavam o homem. (OLIVEIRA, 2005).

A primeira e segunda guerras mundiais foram eventos importantes que impulsionaram o crescimento da fisioterapia no mundo, pois as condições insalubres em que se encontravam os combatentes favoreciam a instalação das doenças. Convivendo com a chuva e o frio sem as devidas proteções; vivendo em trincheiras infestadas de ratos e vermes, que levaram ao surgimento de doenças que afetavam os pés, predispondo a deformidades, adormecimentos, sépsis e gangrena.

Devido à própria natureza do combate, onde se utilizavam armas e explosivos, que quando não matavam causavam amputações e perfurações, ou então fraturas, paralisias e lesões musculares e nervosas. Todo este quadro configura o surgimento de pacientes especiais, que não responderiam a uma terapêutica medicamentosa, precisando de um tratamento que abordasse o físico e readaptasse a funcionalidade das estruturas que foram afetadas.

É importante enfatizar que, bem antes do final do século XIX, a fisioterapia já tinha nascido na Inglaterra sob outra vertente no ano de 1894, onde a massoterapia foi uma grande incentivadora da consolidação da profissão. Durante o século XVII a massoterapia era atribuída a práticas imorais utilizadas nos prostíbulos e casas de banhos sendo condenada fortemente pela sociedade. Porém, os resultados terapêuticos da prática da massagem eram defendidos pelos adeptos que relatavam melhoras das dores físicas que lhes afligiam. Ela renasce no século XVIII com um forte apelo terapêutico, sendo muito indicada para diversos tipos de quadros clínicos.

Procurou-se fundamentar a profissão de massoterapeuta, descaracterizando a imagem anterior difundida entre a população. Desta forma, cria-se uma nova profissão, a fisioterapia,

que, entre outros recursos, utilizava a massagem. A partir da criação da fisioterapia, estabelece-se um cunho científico à massoterapia, estimulando o surgimento das escolas de treinamento, com cursos que duravam de quatro a seis meses. Criam-se as escolas de reabilitação, impedindo, inclusive, que as propagandas de ofertas de massoterapia sejam realizadas em jornais periódicos, sendo apenas permitidas nos jornais médicos (ESPINDOLA; BORENSTEIN, 2011).

Nos Estados Unidos da América (EUA) a fisioterapia surge em meio aos problemas de saúde que a Primeira Grande Guerra Mundial causou como mutilações, problemas musculares, ortopédicos e neurológicos. Durante o período de 1914 a 1918 a fisioterapia se estabelece como uma profissão de grande importância voltada exclusivamente para reabilitação e que naquele momento seria, sobretudo, importante para permitir que os combatentes pudessem voltar aos campos de batalha. A fisioterapia nos EUA tem uma participação muito importante das mulheres, onde foi criada uma entidade denominada Mulheres Auxiliadoras dos Cuidados Médicos, que posteriormente recebeu o nome de Auxiliares de Reabilitação. O curso de formação tinha como base os conhecimentos oriundos da medicina, educação física e enfermagem (OLIVEIRA, 2005).

É importante ressaltar que outro fator que motivou o crescimento da fisioterapia no mundo foi a grande epidemia mundial de poliomielite que assolou os EUA, Europa e Brasil desde o final do século XIX até meados do século XX. A grande quantidade de crianças com sequelas neurológicas que necessitavam de um tratamento especializado crescia de forma significativa e a fisioterapia através de exercícios físicos adequados apresentava muitas vezes o único resultado diante da grande quantidade de sequelados. Portanto, foi a reabilitação física que levou ao reconhecimento e ao prestígio da fisioterapia, ao mesmo tempo em que estimulou pesquisas sobre quais exercícios poderiam ser utilizados nas doenças neurológicas e ortopédicas durante o século XIX e XX. (BARROS, 2008).

## 1.2 A FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA NO BRASIL

A formação dos profissionais para atuação no âmbito da saúde vem sendo discutida, de modo a atender às demandas sociais observadas. No que diz respeito ao Sistema Único de Saúde (SUS), essa discussão toma contornos mais complexos, considerando-se a proposta político-filosófica existente que determina que o SUS deve assegurar o direito à saúde alicerçado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (PAIM, 2009).

A formação em fisioterapia no Brasil seguiu o caminho do ensino transmitido oralmente para a prática e subordinado ao saber médico, nos anos de 1929 até 1969 não tinha um caráter autônomo sendo praticada de acordo com a demanda apresentada ora agindo nos períodos pós-guerras, ora atuando nas repercussões causadas pela epidemia de poliomielite. Geralmente suas condutas eram orientadas por médicos ortopedistas que tinham em sua equipe o fisioterapeuta atuando de modo a complementar a conduta médica. (MARQUES; SANCHES, 1994).

No Brasil, a formação em fisioterapia nasceu muito voltada para a prática, tendo o seu berço na Faculdade de Medicina de São Paulo onde, em 1919, foi criado o Departamento de Eletricidade Médica, mas ainda não existia um curso estruturado e regular que ensinasse os conhecimentos para a prática, os mesmos eram passados no dia-a-dia de acordo com as necessidades impostas pelas situações clínicas. (MARQUES; SANCHES,1994).

Em 1929, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, foi criado o primeiro serviço de Fisioterapia por um médico, Dr. Waldo Rolim de Moraes, sendo também responsável em 1951 pela criação do primeiro curso de fisioterapia no Brasil, na Faculdade de Medicina de São Paulo, com uma formação no nível técnico educacional, com duração de dois anos (REBELLATO; BOTOMÉ,1999). O primeiro curso superior em fisioterapia foi criado em 1967 também na Universidade de São Paulo com duração de três anos permanecendo neste modelo até o ano de 1979. (MARQUES; SANCHES,1994).

A principal motivação das pessoas que procuravam o curso técnico em fisioterapia no início do século XX, que então recebia o nome de fisioterapeuta, era a própria situação epidemiológica da época - o pós-Primeira Grande Guerra Mundial, que seguia a mesma lógica do que ocorria em outras partes do mundo onde pessoas com sequelas que retornavam de conflitos precisavam ser reinseridas no mercado de trabalho. A fisioterapia, então, surgiu e cresceu durante períodos mundialmente muito turbulentos causados ora pelas Guerras, ora pelas grandes epidemias. (OLIVEIRA, 2005).

Nas últimas décadas, com o aumento da expectativa de vida da população aliado às melhorias socioeconômicas e ao próprio desenvolvimento de outras áreas de saberes da saúde, a fisioterapia foi tomando novos contornos. Entretanto, chegou a tanto seguindo a lógica das especializações e do modelo praticado nos Estados Unidos da América (EUA), onde, em 1910, foi lançado o relatório Flexner, que tinha como função direcionar a formação profissional médica com alguns critérios, dentre os quais, destacam-se a redução de discentes em cada turma, a articulação do ensino teórico à prática clínica, a pouca importância para os

aspectos relacionados à prevenção e à promoção da saúde, a criação do hospital-escola e a especialização o mais precocemente possível. (FREITAS, 2006).

A partir desse relatório, as profissões da área de saúde deixam de apresentar um caráter “artesanal” (um tanto empírico, sem fundamentação científica) na sua prática e vão se configurando com uma base dita mais científica (de laboratórios). No que diz respeito à fisioterapia, a sua atuação não se restringe apenas a uma área, como por exemplo, a traumatologia ortopédica que é historicamente a mais conhecida e que, de certa forma, permite um maior reconhecimento do fisioterapeuta pela sociedade, mas se amplia para a fisioterapia neurofuncional, a fisioterapia em pneumologia e cardiologia, a fisioterapia em terapia intensiva e a fisioterapia em dermatologia.

O relatório Flexner é considerado pelos especialistas como o maior responsável pela reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA) levando a profundas implicações para a formação médica e medicina mundial (PAGLIOSA; ROS, 2008). O relatório criado por Abraham Flexner é até os dias de hoje muito discutido entre defensores e detratores do mesmo, porém não se pode discutir currículo de formação médica, sem que haja referência a esse relatório. Diversas mudanças são formuladas e implantadas como, por exemplo, as escolas médicas devem ter uma base científica, estabelecidas nos currículos de formação, o ingresso dos candidatos aos cursos de graduação médica deve ocorrer após um rigoroso processo seletivo, o currículo em um ciclo deveria ser de quatro anos.

Após 1969, a fisioterapia no Brasil alcançou status de nível superior, dois anos após a criação do primeiro curso superior e seguindo a lógica de formação da saúde aderida ao modelo Flexneriano. A profissão vai se consolidando e crescendo aos poucos, com uma pequena procura pelo curso durante a década de 1970 e 1980. Durante as décadas de 1990 e 2000, a procura pelo curso de fisioterapia aumentou significativamente (BISPO JUNIOR, 2009). Ocorre também um maior reconhecimento da fisioterapia por parte da sociedade e crescimento científico com estímulos a pesquisas e ao desenvolvimento de técnicas fisioterapêuticas, criação de tratamentos que até então não existiam. Aumenta também a procura dos fisioterapeutas por cursos *stricto sensu* fortalecendo a profissão com conhecimentos acadêmicos.

A fisioterapia que tem o seu berço exclusivamente no processo de reabilitação já nascendo como uma profissão especializada que atuava quando a doença já estava instalada também vê uma necessidade de agir antes da doença, na prevenção das mais variadas patologias, estando estas diretamente ligadas ao movimento corporal. O fisioterapeuta na

atualidade ainda mantém uma atuação muito restrita à reabilitação, necessitando ampliar seus serviços para a prevenção primária, estando mais adequado às diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecidas no movimento de reforma da saúde brasileira que levou à criação e implantação do SUS (BISPO JUNIOR, 2010).

O crescimento da fisioterapia, ocorrido desde os anos 1980 até os dias de hoje, reflete uma procura cada vez maior da população pelos seus serviços. Um estudo de Bispo Junior (2009) demonstra que em 1969 existiam no Brasil seis cursos de fisioterapia e que em 1984 já se contabilizavam 22 graduações na área. De 1984 até 1995 há um total de 63 cursos, e de 1995 a 1998, este número subiu para 115, correspondendo a um crescimento de aproximadamente 80%. É interessante observar que, nos anos subsequentes, o número de cursos cresceu ainda mais, saltando de 115 para 298, com um aumento de 159%. Registros apontam para a existência de 479 cursos de fisioterapia no Brasil no ano de 2008.

Dados mais recentes do Ministério da Educação demonstram que atualmente existem 482 instituições de ensino superior que ministram o curso de fisioterapia no Brasil, destas, 30 são instituições federais. No Rio de Janeiro, à época de realização dessa dissertação, existem 24 instituições de ensino privadas que ministram o curso de fisioterapia e duas instituições de ensino federais. (BRASIL, 2016).

Os dados acima apontam que a maioria dos cursos de fisioterapia existentes no Brasil é ofertada por instituições privadas de ensino. Além disso, segue a lógica atual do “mercado de ensino universitário” privilegiando o horário noturno, favorecendo a formação de um aluno com pouca vivência de pesquisa e extensão, pois grande parte do tempo esse aluno passa em sala de aula recebendo instrução. Outro importante fator observado diz respeito ao estágio, que em grande parte é realizado na clínica escola ou em instituições privadas. Poucos são os centros de reabilitação mantidos pelo governo que ofertem vagas para realização do estágio em fisioterapia. Devido ao grande crescimento de cursos noturnos e à mudança do perfil do aluno de fisioterapia que, em sua maioria, são pessoas que trabalham durante o dia e estudam à noite, o estágio acaba sendo também realizado neste horário (CASTELLANOS, 2013).

Nos primórdios do curso superior em fisioterapia no Brasil, a grande maioria dos docentes não eram fisioterapeutas, tampouco os estudos científicos, além da literatura utilizada sobre fisioterapia eram produzidos no Brasil, pois a Europa era grande produtora de conhecimento nessa profissão. Estes produtos chegavam mais facilmente nas mãos dos médicos, por apresentarem melhores condições de acesso aos mesmos. Sendo assim, durante muitos anos a literatura utilizada na formação desses profissionais descrevia, por vezes,

realidades muito diferentes quando comparadas com as do Brasil (OLIVEIRA, 2005; FREITAS, 2006).

O crescimento da profissão de fisioterapeuta, o status de nível superior e a maior demanda por parte da população, permitiram o surgimento das especialidades em fisioterapia que aos poucos foram sendo reconhecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia (COFFITO) a partir da resolução COFFITO 219/2000 (CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 2ª REGIÃO, 2000) onde reconhece primeiramente a acupuntura e posteriormente as outras especializações de acordo com as suas resoluções específicas. As outras especialidades são: fisioterapia cardiovascular, fisioterapia dermatofuncional, fisioterapia desportiva, fisioterapia do trabalho, fisioterapia neurofuncional, fisioterapia em oncologia, fisioterapia respiratória, fisioterapia traumato-ortopédica, fisioterapia em saúde da mulher, fisioterapia aquática, fisioterapia em terapia intensiva, fisioterapia em perícia judicial, osteopatia e quiropraxia. Apesar do fisioterapeuta também atuar na saúde coletiva, não existe ainda a especialidade de fisioterapia em saúde coletiva ou fisioterapia sanitária.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) foi instituída pela portaria ministerial nº 397, de 9 de outubro de 2002, tendo a finalidade de classificar as profissões utilizando um registro que as identifica no mercado de trabalho. Uma das características marcantes da CBO é seguir o dinamismo das profissões, atualizando as ocupações sempre que se fizer necessário (BRASIL, 2002b).

O fisioterapeuta segundo, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), é classificado sob o nº 2236, sendo a numeração 22 a numeração atribuída ao profissional da medicina, saúde e áreas afins, e 36 é número específico da profissão de fisioterapeuta. Outros números são adicionados à CBO 2236, de acordo com a especialização do profissional. Os números são os seguintes: 05 - fisioterapeuta geral, 25 - fisioterapeuta respiratória, 30 - fisioterapeuta neurofuncional, 35 - fisioterapeuta traumato-ortopédica funcional, 40 - fisioterapeuta osteopata, 45 - fisioterapeuta quiropraxia, 50 - fisioterapeuta acupunturista, 55 - fisioterapeuta esportivo, 60 - fisioterapeuta do trabalho.

Segundo a CBO, o fisioterapeuta é o profissional que tem as seguintes funções: trabalha nas áreas de saúde, de educação e de serviços sociais, em caráter liberal e/ou com vínculo empregatício ou, ainda, na prestação de serviços terceirizados de forma individual ou em equipes multiprofissionais. Atua em consultórios, hospitais, ambulatórios, clínicas, escolas, domicílios, clubes, comunidades, escolas e indústrias. Trabalha em ambientes



fechados ou abertos, em horários diurnos e noturnos e também permanece em posições desconfortáveis por longos períodos ou se expõe a elementos biopatogênicos.

### 1.3 O FISIOTERAPEUTA E O MUNDO DO TRABALHO

O fisioterapeuta tem tido uma participação significativa no mundo do trabalho, onde cada vez mais amplia seu campo de atuação e o desenvolvimento da profissão. Durante as últimas quatro décadas no Brasil, nota-se uma vultuosa evolução tecnológica, associada ao desenvolvimento científico o que possibilitou o crescimento de profissões novas, como é o caso da fisioterapia.

O desenvolvimento da fisioterapia enquanto profissão se dá durante o século XX bem como a sua consolidação no mercado de trabalho. Durante décadas a fisioterapia enfrentou entraves que prejudicaram o seu desenvolvimento como: ser considerada historicamente uma profissão voltada exclusivamente para a reabilitação, profissão com baixa capacitação profissional, pequena ou nula participação na área acadêmica e/ou de pesquisa, baixa remuneração profissional. Esse estigma levava a profissão a um caráter de submissão profissional, com pouca valorização, em parte pelos componentes de outras equipes de saúde.

Um estudo realizado por Oliveira (2002) evidencia que durante a construção da identidade profissional da fisioterapia as lutas eram constantes, principalmente em relação ao médico fisiatra que considerava o fisioterapeuta como um servo obediente às suas condutas e prescrições. O fisioterapeuta era impedido de ser responsável pelo seu espaço de atuação como uma clínica ou consultório e, além disso, não tinha autonomia para avaliar, prescrever condutas e tratar o paciente.

É importante frisar que os profissionais ansiavam por mudanças no perfil profissional e para isso havia grande necessidade de começar pela base, ou seja, pela formação do fisioterapeuta. Um dos grandes militantes desta causa foi Sanchez, que junto com um grupo de fisioterapeutas objetivou criar a Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF) que prezava o reconhecimento profissional da fisioterapia (MARQUES; SANCHES, 1994). A instituição tinha uma representatividade nacional e sendo assim a visibilidade pela sociedade seria maior e também a sua força política. Aos poucos as conquistas legais foram surgindo. Desta forma, o primeiro documento oficial significativo foi o Parecer 388/63, emitido pelo Conselho Federal de Educação, que trata especificamente da habilitação única e específica dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (MARQUES; SANCHES, 1994).

A construção da profissionalização da fisioterapia vem sendo reformulada durante todo o século XX, levando em consideração a própria evolução científica que colaborou para o maior envelhecimento da população e aumento da sobrevivência de doentes graves, bem como para a modernização terapêutica observada na medicalização do processo saúde e doença. Por tudo isso, nota-se em diferentes momentos autores definindo “quem é o profissional fisioterapeuta”.

A fisioterapia durante o seu crescimento enquanto profissão foi tomando corpo e se tornando conhecida da população, porém ainda havia uma certa confusão no que diz respeito a sua atuação profissional; sobre quem é o fisioterapeuta. Oliveira (2002) faz uma relação das definições da fisioterapia que, por ora se apresentavam como conflituosas e ambíguas, para isso cita autores que tradicionalmente tiveram o desafio de definir a profissão.

Para Shepard e Jensen (1997), a fisioterapia é uma profissão da área da saúde que tem por objetivo a promoção da saúde e da função do corpo humano, pela aplicação da teoria para identificar, avaliar, remediar, ou prevenir disfunções dos movimentos humanos.

Rebelatto e Botomé que a Fisioterapia não é uma área de conhecimento, mas um campo de atuação profissional, “[...] que visa intervir sobre o movimento ou por meio dele em todos os níveis em que possa se apresentar” (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 290).

Segundo o COFFITO, a fisioterapia é: “É uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade” (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1987).

Existe, portanto, uma confusão epistemológica em relação ao objeto da fisioterapia, onde ora se restringe à questão do movimento em todas as suas possibilidades, sendo utilizado para a reabilitação e ora a elege como uma profissão que valoriza a promoção da saúde como o seu objetivo principal. A fisioterapia então cresce em meio as outras profissões da área da saúde, dando suporte e criando métodos baseados em movimentos e recursos naturais. Por muitas vezes a fisioterapia ainda é utilizada como complemento a um determinado quadro terapêutico.

É importante enfatizar que a fisioterapia durante os séculos XIX e XX resgata o uso de muitos recursos que durante séculos foram utilizados de forma empírica e já eram muito conhecidos da população em geral. Na grande maioria das vezes, o tratamento médico era restrito a uma pequena parcela da população enquanto grande parte não tinha acesso. Sendo assim, a população via nos recursos naturais uma aliada para suas mazelas. É bom lembrar,

que os próprios médicos utilizavam esses recursos naturais que formaram a base da fisioterapia. Barclay (1994), porém, sustenta que a fisioterapia em todo o mundo foi estabelecida através de seis pilares: hidroterapia, exercícios terapêuticos, eletroterapia, termoterapia, fototerapia e massoterapia. Oliveira (2002) faz um apanhado dos recursos mais utilizados durante as épocas e para quais fins eram utilizados.

A hidroterapia é o tratamento por meio da água, sendo um dos recursos mais antigos utilizados pelos povos. Foi largamente empregada em toda Europa durante os séculos XVIII e XIX. A partir de 1738, foram criados na Inglaterra alguns balneários que utilizavam água mineral rica em sulfato de sódio, sulfito de hidrogênio, cloreto de tília e sais de ferro. Eram atribuídas propriedades curativas as águas. Os médicos eram os responsáveis por fazerem o controle desses espaços (OLIVEIRA, 2002).

No início do século XIX ocorre o retorno ao uso de exercícios considerados como terapêuticos, como andar a cavalo e de bicicleta, o que durante alguns séculos anteriores eram vistos como de pouca importância. Associado a isso, cresce também durante o século XIX o interesse pelo uso de exercícios terapêuticos ou ginástica médica e esses passam a ser utilizados por médicos em suas prescrições (OLIVEIRA, 2002).

As bases das ginásticas médica e terapêutica, também denominadas exercícios terapêuticos suecos, amplamente utilizadas na segunda metade do século XIX, seguiam os modelos de exercícios propostos pelo médico sueco Pehr Henrik Ling, cuja fundamentação baseava-se em princípios anatômicos e fisiológicos. Outra importante figura sueca foi o Dr. Gustav Zander, que inventou aparelhos mecânicos para exercícios musculares (OLIVEIRA, 2002).

Um outro recurso que levou à procura da população pela reabilitação, foi a eletricidade médica que era a aplicação da mesma como recurso terapêutico e que recebe o nome de eletroterapia. Foi muito grande a utilização deste recurso pelos massagistas na Inglaterra a partir do século XVIII devido ao desenvolvimento de geradores a fricção e condensadores. Esse recurso era indicado no tratamento de paralisias e disfunções neurológicas e também como analgésico ou estimulante muscular. Posteriormente os estudos de Henry Lewis Jones na Inglaterra permitiram a utilização de correntes para administrar drogas e minerais ao corpo.

Outro importante recurso natural utilizado em grande escala foi a luz solar, embora sendo conhecida desde a antiguidade, somente em 1800 foi descoberto o espectro de luz visível e em 1801 foram identificados os raios de alta frequência, alta energia e ultravioleta.

A terapia por meio da luz (fototerapia) e do calor artificial (termoterapia) só se tornou possível nos anos de 1880, quando foi inventado o bulbo incandescente. Em 1886, foi produzida na Inglaterra a corrente de alta frequência. Alguns anos depois, pesquisadores

alemães desenvolveram uma máquina, cuja corrente passava através da pele e gerava calor por resistência, num processo denominado diatermia. Este recurso passou a ser amplamente utilizado na Inglaterra após a II Guerra Mundial.

A massoterapia que foi a precursora da fisioterapia na Inglaterra, era muito indicada na Escócia para o tratamento de reumatismo, gota e torções. Em 1813, foi organizado o Royal Central Institute em Estocolmo (Suécia), onde os movimentos da massagem passam a ser estudados de forma científica abrindo caminho para o desenvolvimento de técnicas de ginástica médica e a cinesiologia (estudos do movimento humano).

Outras áreas da fisioterapia foram tomando corpo do ponto de vista prático e científico sendo criadas especialidades e subespecialidades da fisioterapia, seguindo a lógica que a medicina cada vez mais realizava. A fisioterapia respiratória associava exercícios que otimizavam as funções respiratórias e favoreciam a clearance das vias aéreas. Por outro lado, a fisioterapia neurofuncional contribuía com a melhora das funções neurofuncionais, permitindo uma melhor qualidade de vida da pessoa portadora de alguma desordem neurológica. Durante os séculos XIX e XX o mundo sofria com as epidemias de poliomielite que causavam na maioria das vezes paralisias irreversíveis. A fisioterapia neurológica então, desenvolve-se substancialmente nesta época criando e aprimorando técnicas reconhecidas até os dias de hoje.

Durante as últimas três décadas, observa-se uma ampliação significativa dos espaços de atuação profissional do fisioterapeuta, passando a ocupar clínicas, hospitais, asilos, unidades mistas de saúde, emergências, escolas, empresas, clubes esportivos e espaços comunitários. A fisioterapia em saúde pública ainda que timidamente, vem se desenvolvendo, ao mesmo tempo em que alimenta as reflexões sobre os níveis de atenção e a inserção do profissional fisioterapeuta na saúde coletiva.

Cabe então dizer, que o profissional fisioterapeuta atua com um perfil reabilitador por excelência e todo o seu ciclo de formação concentra-se num escopo centrado em disciplinas com essas características. As características da fisioterapia, fomentadas em seu histórico, bem como a evolução científica da profissão levaram o profissional a ocupar o nível terciário de assistência segundo (LEAVELL; CLARK, 1965). Foi visto, foi utilizado a de 1965 em inglês e 1976 em português Porém, o Sistema Único de Saúde (SUS), que em sua política enfatiza a importância do nível primário de assistência como uma de suas prioridades, levou as profissões de saúde a uma ampliação do seu trabalho, atuando nos três níveis de assistência, a saber: primário, secundário e terciário.

## 2 O CURRÍCULO EDUCACIONAL

### 2.1 HISTÓRICO DA FORMAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL

O estudo universitário é extremamente representativo para a formação de um profissional, levando-se em consideração que um indivíduo formado em curso de nível superior deve ser capaz de atuar nas diversas situações que possam vir a ser apresentadas. Para melhor entender como se constituiu a universidade brasileira, é importante estudar a história desde a sua implantação e o que esta representou para o Brasil.

A partir de 1808, deu-se início aos cursos superiores no Brasil. Isso só foi possível devido à transferência da corte portuguesa para o Brasil, pois, antes, os brasileiros que se interessavam por ingressar um curso de nível superior tinham que ir para a Europa, onde diversas universidades já apresentavam cursos bem estruturados. Havia uma preocupação muito grande da Coroa Portuguesa em relação à formação intelectual e política da elite brasileira. Portanto, ela procurava de todas as formas manter o Brasil como colônia, evitando quaisquer possibilidades de desenvolvimento de ideais de independência (MASETTO, 2000, p. 9).

Barreyros (2008), em seu estudo que mapeou o ensino superior privado no Brasil, descreve:

Os primórdios da educação superior no Brasil começaram em 1572 com a criação dos cursos de Artes e Teologia no Colégio dos Jesuítas da Bahia. Depois da expulsão dessa ordem religiosa, em 1759, houve a abertura de aulas de matérias isoladas até que, em 1776, uma faculdade foi criada no Seminário dos franciscanos no Rio de Janeiro e, em 1798, no Seminário de Olinda (op. cit., p.15).

A transferência da corte portuguesa para o Brasil em 1808 e a interrupção das comunicações com a Europa, fizeram surgir a necessidade de formação de profissionais que atendessem a essa nova situação. Sendo assim, foram criados cursos superiores que já nasciam com essa missão. Os primeiros cursos superiores datam também de 1808 quando foram criadas as escolas de cirurgia e anatomia em Salvador, escola de anatomia e cirurgia no Rio de Janeiro e a academia da Guarda Marinha também localizada no Rio de Janeiro. Em 1820 foi fundada a Academia Real Militar onde atualmente está a Escola Nacional de Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (MARTINS, 2002).

Os cursos superiores do Brasil, desde o seu início, foram direcionados para uma formação que tornasse o indivíduo capaz de exercer uma profissão. Assim, os currículos e

programas eram fechados, geralmente constando unicamente disciplinas que interessavam imediata e diretamente ao exercício da profissão. O método utilizado para a transferência de conhecimento era o mais tradicional possível, sendo o conhecimento e as experiências profissionais transmitidas de um professor que sabe para um aluno que não sabe, não existindo outro tipo de método que estimulasse os alunos na busca pelo conhecimento. Além disso, as pesquisas eram, ainda, inexistentes (BARREYROS, 2008).

É interessante enfatizar que, até a década de 1970, cultivou-se no Brasil a ideia de que os bons profissionais, renomados e experientes necessariamente seriam também bons professores. Entretanto, sabe-se que nem sempre aqueles que exercem uma atividade com perfeição, são bons professores. É importante ressaltar que o principal objetivo no ensino superior deve ser o aprendizado e não apenas o ensino de uma profissão (MASETTO, 2000).

Com o crescimento e consolidação do ensino superior, o corpo docente de nível superior teve que ser ampliado, com novas disciplinas criadas, a fim de fundamentar ainda mais o ensino superior. Aos poucos a pesquisa vai sendo introduzida como meio de enriquecimento do conhecimento e também uma forma de aplicabilidade dos saberes, frente às necessidades impostas pelo mundo (MASETTO, 2000).

O ensino que funda o nível superior no Brasil é de origem pública e a partir do final do século XIX surgem aos poucos novas instituições de ensino que vão se consolidando no país. Sendo assim, o ensino superior privado no Brasil só foi possível na República, quando em 1891 o ensino superior no Brasil foi descentralizado - até então era exclusivo do poder central. É importante enfatizar que a maioria das instituições era de confissão católica e a Faculdade Makenzie, a única presbiteriana. Os estabelecimentos pertenciam em sua totalidade às elites locais; até o final do século XIX existiam apenas 24 estabelecimentos de ensino superior com pouco mais de 10.000 alunos. No início do século XX havia um desejo por parte dos intelectuais de desvincularem o ensino do poder central para, assim, permitir uma maior autonomia no conhecimento e criar as primeiras Universidades brasileiras.

Na década de 1920 o debate sobre a criação de universidades não se restringia mais a questões estritamente políticas (grau de controle estatal) como no passado, mas ao conceito de universidade e suas funções na sociedade. As funções definidas foram as de abrigar a ciência, os cientistas e promover a pesquisa. As universidades não seriam apenas meras instituições de ensino, mas centros de saber desinteressado. Na época, o país contava com cerca de 150 escolas isoladas e as duas universidades existentes, a do Paraná e a do Rio de Janeiro, não passavam de aglutinações de escolas isoladas.

Foi com base nestes debates que o governo provisório de Getúlio Vargas promoveu, em 1931, ampla reforma educacional, que ficou conhecida como Reforma Francisco Campos (primeiro Ministro da Educação do país), autorizando e regulamentando o funcionamento das universidades, inclusive a cobrança de anuidade, uma vez que o ensino público não era gratuito.

A universidade deveria se organizar em torno de um núcleo constituído por uma escola de Filosofia, Ciências e Letras. Embora a reforma representasse um avanço, ela não atendia à principal bandeira do movimento da década de 1920 por não dar exclusividade pública ao ensino superior além de permitir o funcionamento de instituições isoladas (MARTINS, 2002).

A criação da universidade brasileira só foi possível após 1920, pois até então havia alguns entraves para a sua construção. No final do século XIX, duas correntes de intelectuais já divergiam em relação à criação da universidade: os positivistas eram contra a criação de uma universidade enquanto os liberais eram a favor. A primeira universidade brasileira foi a Universidade de São Paulo (USP), no estado de São Paulo, criada em 1933/34. É importante enfatizar que o modelo seguido não era muito eficaz, tendo a aparência de um grupo de cursos superiores.

O desejo dos intelectuais da época era criar um “espírito universitário”, favorecendo um ensino que tivesse em sua base a pesquisa e o desenvolvimento de saberes não só ligados à formação profissional, mas ao conhecimento, de modo geral.

Um dos fatos importantes na educação do Brasil, e que afetou de forma positiva o ensino superior, foi a criação do ministério da educação em 1930 que não se chamava apenas ministério da educação – era o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Este órgão estabeleceu normas para a organização das universidades, o que possibilitou avanços, principalmente com a promulgação do Estatuto das Universidades Brasileiras (Decreto nº 19.851/31, vigente até 1961), que organizava o ensino superior no país, permitindo as formas de universidade e institutos isolados. (BRASIL, 1931).

As universidades poderiam ser mantidas pelo governo federal ou pelos estaduais, portanto oficiais, ou constituírem-se em estabelecimentos “livres”, mantidos por fundações ou associações particulares. Mesmo o ensino oferecido pelo Estado, era pago. Essa “matriz de origem” do ensino superior (universidade/instituto isolado; poder público/iniciativa privada) mostra duas características importantes do sistema, que são relevantes até hoje (BARREYROS, 2008).

Após a criação da Universidade de São Paulo, outras foram sendo criadas sucessivamente. Com o decorrer das décadas, aos poucos também vão se implantando faculdades particulares no país, popularizando, ainda que timidamente, o ensino superior. O ensino privado no Brasil ganha muito incentivo durante o período da ditadura militar brasileira que ocorreu durante 1964 a 1985, principalmente durante a década de 1970 onde as reformas que foram implantadas no ensino superior permitiram o crescimento das instituições privadas.

Depois dessa década, o Brasil é marcado intensamente pela presença do ensino privado que culturalmente projeta a imagem de ser mais adequado e completo (MOTTA; AGUIAR, 2007). Por outro lado, o ensino público ainda convive com as mazelas que muitas vezes servem como entrave para estabelecer um ensino de qualidade. Mesmo assim, as instituições públicas sobrevivem e oferecem, ainda que em menor quantidade, uma formação dentro do que determina as normas da LDB:

Art. 43. A educação superior tem por finalidade:

- I – estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo;
- II – formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua;
- III – incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive;
- IV – promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação;
- V – suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;
- VI – estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;
- VII – promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição (BRASIL, 1996).

Após a década de 1970, o ensino privado foi criando corpo, inaugurando uma quantidade muito grande de instituições privadas. Segundo o censo realizado pelo Ministério da Educação (MEC) e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), em 2016, cerca de 87,5% das instituições de ensino no Brasil são privadas. Esses dados apontam para uma formação profissional de nível superior no Brasil que segue a



lógica do mercado de ensino, direcionando, determinando e implantando os currículos de ensino que se orientam de acordo com a oferta e procura do mercado de trabalho.

Segundo Cury (2008, p. 20), os programas curriculares sofreram razoável grau de dispersão no decorrer das últimas três décadas tornando-se fiscalizados pelo Estado e direcionados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). A quase supremacia do ensino privado na educação superior e principalmente em alguns cursos, como é o caso da fisioterapia, direcionou a formação para atuação em menor amplitude no serviço público e maior atuação no privado.

A partir da década de 1990, o advento do modelo neoliberal ocorrido de forma pioneira no governo de Margareth Thatcher na Inglaterra, seguido pelos EUA no governo de Ronald Reagan e posteriormente pelo Chile. O modelo neoliberal também acaba por influenciar as políticas econômicas brasileiras. Paulani (1999) lembra a historicidade do pensamento neoliberal, que foi idealizado pelo economista austríaco Friedrich Hayek durante a segunda metade dos anos 1930, onde defendia a ideia da teoria do “equilíbrio” que, sobretudo, consistia na lei da oferta e demanda onde a base principal para o crescimento e consolidação do mercado seria deixá-lo “livre”, permitindo que toda a demanda fosse prontamente atendida. O pensamento neoliberal exerce influência em todas as áreas, até mesmo no ensino e educação. Significa dizer que todo currículo também é construído levando em consideração os sinais que a economia e o mercado apresentam.

A formação profissional envolve no cerne de seu processo muitas nuances onde o maior destaque concentra-se na aptidão vocacional, nas condições socioculturais e na própria leitura que o futuro profissional faz de todo o caminho que conduz sua profissão. Sem dúvida, a maior preocupação de alguém que busca uma formação, se concentra nos conhecimentos que precisam ser aprendidos e como serão utilizados no dia-a-dia da profissão.

As primeiras perguntas de quem vai elaborar um currículo, segundo Lopes e Macedo (2011) são: O que vai ser ensinado? Qual a participação da instituição de ensino neste processo? Quais os saberes que devem ser relacionados diretamente ao mercado de trabalho? Qual a função do currículo? Tentando responder essas perguntas, os autores descrevem que o currículo (ou grade curricular) tem a função de organizar os conteúdos que devem ser ensinados, bem como as atividades que serão realizadas durante o período de formação profissional. Porém existem diversas questões que estão por detrás da criação de um currículo além de simples conteúdos que precisam ser transmitidos. O currículo também tem sua importância social e econômica e, por outro lado, uma relação com o mundo do trabalho e os interesses que esse apresenta. Durante a elaboração de um currículo outras perguntas vão

surgindo, como por exemplo: por que ensinar determinados conteúdos ao invés de outros? Quem os define e em favor do que é definido? Os conteúdos terão relação com o contexto histórico e social? Ou intrinsecamente estão voltados exclusivamente para o mundo do trabalho e crescimento da economia?

Na tentativa de responder aos questionamentos acima descritos existe uma tradição crítica do currículo guiada por questões epistemológicas, sociológicas e políticas. Sendo assim, é também atribuído ao currículo um papel de artefato social capaz de interferir na mudança de paradigmas presentes na sociedade.

Por ter uma importância significativa na formação profissional e na realização do trabalho, além de influenciar econômica e socialmente um país, o currículo sempre foi um elemento de estudo e de preocupação para os críticos que veem nele uma forma de aplicar conhecimentos que terão a função de formar profissionalmente, mas também transmitir conhecimentos para além dessa formação, saberes que estão relacionados com a cultura e costumes de um povo e que possam interferir de forma incisiva na vida econômica e social. Sendo assim, Moreira e Silva (2005) descrevem que o currículo pode representar inclusive uma resposta às transformações econômicas e políticas pelas quais passa um país e mais, que como um conjunto de saberes que devem ser ensinados, o currículo também é considerado um artifício social.

Devido à grande importância que o currículo representa para a sociedade que na grande maioria das vezes não conhece os detalhes envolvidos na sua construção, a partir da década de 1920 iniciam-se estudos sobre a formação curricular e suas particularidades no Brasil.

## 2.2 HISTÓRICO DA FORMAÇÃO CURRICULAR

Segundo Lopes e Macedo (2011), a primeira vez que houve menção à palavra currículo foi em 1633 onde, na Universidade de Glasgow, esse termo aparece em seus registros. O currículo era uma organização sistemática do curso inteiro e desde o seu surgimento os especialistas percebem um papel de escolha dado por aqueles que determinaram o que deve ser ensinado e o que deve ser descartado dos conteúdos que serão apresentados. A partir daí começa uma série de reflexões sobre a construção de um currículo, instigadas pelas perguntas: o que é determinante para tal escolha de conteúdos? Qual o critério de exclusão de determinados saberes?.

A palavra currículo nasce da palavra latina *scurrere* que significa correr, pista de corrida, mas numa definição etimológica, currículo significa o conteúdo apresentado para estudo. Barrow (1984, p. 3 apud GOODSON, 1995) faz uma importante menção sobre a questão do poder de quem elabora um currículo quando diz: “[...] o poder de definição da realidade é posto firmemente nas mãos daqueles que esboçam e definem o curso”. Sendo assim, o currículo pode representar mais do que conteúdos expostos para serem ensinados, pode estabelecer uma base para interferir na sociedade como um todo sendo até mesmo capaz e transformações significativas.

É interessante enfatizar que muitos autores têm dificuldade de definir o que significa a palavra currículo. Lopes e Macedo (2011) reafirmam isso quando dizem que não é possível responder o que é currículo, pois envolve sempre novas ideias e sentidos.

Segundo Moreira e Silva (2005), o currículo não é um instrumento despretensioso, ele está estabelecido em uma relação de poder, transmitindo visões sociais, particulares e interessadas, produzindo identidades individuais e sociais particulares. Por outro lado, o currículo é dinâmico e caminha junto com as transformações ocorridas no mundo do trabalho e na sociedade como um todo.

Devido à importância que o currículo representa desde o seu surgimento e as diversas reflexões que a sua formação produz, surgem durante a década de 1920 nos EUA críticas por parte dos intelectuais que, sobretudo, administravam a educação. O currículo é um instrumento dinâmico que reflete na escola as escolhas estabelecidas pelas elites e pela própria sociedade como um todo.

Segundo Silva (2007), as críticas à forma como se construíam os currículos começam a ficar consistentes numa época em que a industrialização e os movimentos migratórios se consolidavam, ou seja, a década de 1960. Esse período tem como característica principal as grandes mudanças culturais e também a produção de reflexões críticas aos “modelos” até então estabelecidos na sociedade. Sendo assim, nota-se, durante essa década fatos importantes como: os movimentos de independência das antigas colônias europeias; os protestos estudantis da França, movimentos de contracultura; o movimento feminista; a liberação sexual marca a década de 1960 como sendo de grandes mudanças e produção de reflexões críticas.

As duas principais escolas críticas observadas nos EUA, segundo Lopes e Macedo (2011), são: 1) o eficientismo social, que foi desenvolvido em 1910 e foi fortemente influenciado pelo comportamentalismo na psicologia e pelo Taylorismo na administração. As demandas sobre a escolarização nesta época aumentam de forma significativa, existe a

necessidade de trabalhadores para o setor produtivo onde o ensino deve ser voltado para o mercado de trabalho. O eficientismo defende o currículo como eficácia, eficiência e economia. Durante esse período que foi muito marcado pelas demandas industriais, a escola ganha novas responsabilidades: ela precisa voltar-se para a resolução dos problemas sociais que foram gerados pelas mudanças econômicas ocorridas na sociedade. A escola portanto, precisa ser útil, precisa preparar o aluno para a vida.

2) Uma corrente contrária ao eficientismo é o progressivismo, que via na educação uma forma de diminuir as desigualdades sociais produzidas pela sociedade sobretudo democrática. Os progressivistas acreditam que o “poder” na sociedade não é um fenômeno natural e sim uma construção social e que a educação é o melhor instrumento para essas mudanças. No Brasil, os nomes de maior importância no progressivismo são: Anísio Teixeira e Fernando Azevedo que desenvolveram o projeto “escola nova” e Darcy Ribeiro com a criação dos Centros Integrados de Educação Pública (CIEPs).

No Brasil, surge outra corrente contemporânea que é influenciada pela fenomenologia e existencialismo, propondo uma pedagogia baseada no diálogo entre quem ensina e aprende e quem aprende e ensina. Uma educação que se contrapõe à reprodução. Paulo Freire constrói essa teoria que segundo ele é focada na compreensão do “mundo da vida” onde o currículo será uma prática discursiva.

### 2.3 ESTRUTURA CURRICULAR

A estrutura curricular apresenta duas características que fundamentam os objetivos de quem deseja construir de forma sistemática um conjunto de conteúdos necessários para a formação profissional. Essas características são muito bem enfatizadas por Moreira e Silva (2005) quando dividem o currículo em duas partes:

A) tendência focada no aluno ou progressivismo. Essa característica, inclusive, serviu como influenciadora para o escolanovismo que, sobretudo, foi desenvolvido no Brasil a partir de 1882 por Rui Barbosa, mas só ganha notoriedade a partir da década de 1920.

O escolanovismo foi um movimento que tinha como objetivo a renovação do ensino, contrapondo-se ao modelo da escola tradicional. Diversas críticas relacionadas ao currículo têm origem nessa época. O movimento também era chamado de escola progressiva ou escola nova. Lopes e Macedo (2011) descrevem que no progressivismo a educação se caracteriza como um meio de diminuir as desigualdades sociais e permitir que todos tenham educação e chances de mudar suas realidades. O pensamento progressivista enfatiza que o poder na

sociedade não é dado como um fenômeno natural, mas é uma construção social onde a educação é o maior instrumento de mudança.

B) Tendência baseada no tecnicismo: durante a década de 1910 alguns avanços são notados na psicologia com o desenvolvimento do comportamentalismo, na administração o taylorismo. Esses avanços acabam influenciando o papel da escola, que não poderia ficar alheia às mudanças significativas que vinham ocorrendo e, por outro lado, deveria servir de veículo para o maior desenvolvimento da sociedade. Sendo assim, o currículo seria considerado um instrumento de controle social. Essa corrente defende um currículo como eficácia, eficiência e economia, o conhecimento precisa ser útil e resolver os problemas sociais que foram gerados pelas mudanças econômicas da sociedade. Segundo Bobbitt (apud LOPES; MACEDO, 2011), a escola deve ter um currículo cuja a função seja preparar para a vida.

#### 2.4 O CURRÍCULO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

O curso de fisioterapia vem apresentando nos últimos 40 anos mudanças substanciais em seu currículo, isso vem ocorrendo visivelmente desde que o curso ganhou status de nível superior ao mesmo tempo em que houve um aumento da demanda da população pelos serviços efetuados por profissionais formados nessa matéria. Assim como ocorreu em outros cursos da área médica, o grande estimulador das mudanças educacionais no campo do currículo foi Flexner que durante a década de 1910 produziu um relatório que levava seu nome e que causou diversas mudanças no olhar dos cursos da área médica.

Em 1907, Flexner escreve seu primeiro livro chamado “The American College: a criticism”, fazendo duras críticas ao sistema educativo norte-americano. Após a sua publicação em 1908, recebe o convite do presidente da Carnegie Foudation, Henri Pritchett, para realizar um estudo sobre a educação médica nos EUA e no Canadá. Flexner aceitou prontamente publicando em 1910 o seu relatório (PAGLIOSA; ROS, 2008).

O estudo realizado por Flexner para construir o seu relatório exigiu dele uma visita a 155 escolas de medicina nos EUA e Canadá durante o período de um ano e seis meses. As visitas realizadas por ele não duravam muito tempo, às vezes numa única e rápida vistoria, ele constata os déficits em laboratórios, anatômicos e bibliotecas.

É interessante enfatizar que o contexto educacional médico durante o final do século XIX e início do século XX não obedecia às regras da ciência moderna e os critérios para

abertura das escolas médicas eram caóticos. Por outro lado, não havia necessidade de concessão estatal para o exercício da medicina onde as abordagens terapêuticas eram muitas.

A proliferação de escolas médicas sem a mínima qualidade e sem vinculação a uma instituição universitária era muito comum e também não era uma exigência dos órgãos educacionais. Cada escola determinava o tempo de duração do curso e como seria desenvolvido seu currículo (PAGLIOSA; ROS, 2008).

Em contrapartida, as chamadas escolas de medicina não convencionais apresentavam uma organização estrutural muito melhor que as escolas ortodoxas. As principais disciplinas da escola médica não convencional eram a homeopatia e a fitoterapia que cultivavam por parte da sociedade uma grande aceitação de seus métodos e quase sempre andava na contramão da terapêutica convencional. Das 155 escolas visitadas por Flexner, a maioria foi reprovada, não estando aptas ao funcionamento. Apenas 31 escolas médicas foram consideradas por ele em condições para funcionar.

Segundo Pagliosa e Ros (2008), discutir a educação médica em qualquer lugar do planeta sem se referir ao Relatório Flexner - considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos - seria um grande erro. Durante o século XIX, as escolas médicas dos EUA e de outros países já discutiam a situação do ensino médico, porém foi Flexner que estabeleceu as normas e organizou as ideias que foram primeiramente implantadas nos EUA, local da publicação de seu relatório, e posteriormente no Canadá.

O modelo Flexneriano foi sendo ampliado e chegou a outros países como, por exemplo, o Brasil. Almeida Filho (2010) ressalta que o relatório apresenta pontos positivos que seriam necessários para que os cursos tivessem um padrão, uma linha criteriosa de assuntos que deveriam ser abordados em qualquer curso da área médica.

É necessário elencar alguns aspectos desse relatório que foram responsáveis por diversas mudanças nos cursos, principalmente no Brasil, onde, ainda que tardiamente, também sofreu a influência do Flexner. A proposta que ficou mais conhecida é a que determina que os cursos devem apresentar uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial, contendo disciplinas básicas seguidas por disciplinas voltadas para o ensino clínico. A preconização era de que os professores não participassem de práticas privadas e que deveriam ter dedicação exclusiva ao ensino.

A redução da quantidade de alunos por turma, criação de critérios para o ingresso nos cursos de medicina, especialização precoce dos profissionais, mesclar o ensino teórico com o ensino clínico em hospitais escola. O relatório valoriza também um currículo voltado para um

perfil curativo focando muito pouco os aspectos sociais que estejam ligados à gênese do processo saúde e doença (BRANCO JUNIOR, 2011).

Outros pontos do Relatório Flexner são valorizados por Pagliosa e Ros (2008) que, citando vários autores, enumeram alguns pontos como: o ensino médico deve se dar em grande parte no hospital, pois ali se encontram os doentes com suas mais variadas formas de síndromes, todos os programas devem ter uma base científica, o estudo da medicina deve ser centrado na doença e a mesma é considerada um processo natural e biológico.

A partir do Relatório Flexner, as escolas médicas durante todo o século XX apresentaram mudanças em sua estrutura, ampliando o estudo do corpo humano, favorecendo as especializações, criando novos campos de estudos e novas profissões. Durante o final do século XIX e até a segunda metade do século XX, novas profissões da área da saúde são criadas e/ou reconhecidas, como é o caso da fisioterapia, da fonoaudiologia, da psicologia e da terapia ocupacional. Os currículos de formação nessas profissões foram se agregando à área médica e seguindo também o modelo Flexneriano de educação médica.

No caso da fisioterapia no Brasil que durante o século XX passa a ser praticada, ensinada e regulamentada, seu currículo educacional apresentou um desenvolvimento muito grande, principalmente depois que se tornou profissão de nível superior. As mudanças ocorridas foram acontecendo seguindo as evoluções tecnológicas e também do mercado de trabalho.

Com o crescimento da profissão de fisioterapia não só no Brasil como nos EUA e Europa, é exigida também uma adequação do seu currículo e ampliação do processo formativo. Desta forma, o currículo vem sendo discutido, rediscutido, atualizado, criticado e ampliado nas últimas quatro décadas, enfatiza Signorelli et al. (2010).

Historicamente a formação em fisioterapia se dá como nível médio, no Rio de Janeiro e São Paulo, estados brasileiros nos quais são formados os primeiros profissionais. O curso, na época, era ministrado exclusivamente por médicos e durava dois anos. Apenas em 1964, quando o sistema de ensino é organizado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, e o Conselho Federal de Educação estabelece o mínimo de conteúdo e duração dos cursos, é que a fisioterapia passa a ter um documento que reconhece a formação em fisioterapia e em terapia ocupacional no Brasil (DIBAI FILHO; RODRIGUES, 2010).

É importante lembrar que a fisioterapia ganha um status de nível superior na década de 1960 mas, devido a um precário planejamento educacional e, por outro lado, o histórico da profissão (que era vista como um braço do serviço médico) favorece o surgimento de alguns problemas que prejudicaram a identidade da nova profissão de nível superior. Dentre eles

destacam-se: uma quantidade muito pequena de docentes fisioterapeutas, cerca de 5%; o restante 95% eram da classe médica.

A parte administrativa e coordenação do curso de fisioterapia era realizada, em sua totalidade, por fisiatras, ortopedistas e clínicos restando pouca voz ativa por parte dos fisioterapeutas, muitas instituições eram diretamente ligadas aos Centros de Reabilitação, que em sua maioria eram anexos às Faculdades de Medicina, muitos protocolos de tratamento eram criados por outros profissionais e não exclusivamente por fisioterapeuta, além disso, as instalações onde ocorriam as aulas eram precárias e muitas vezes provisórias (OLIVEIRA, 2002).

Diante desse cenário, Sanchez (1971) realiza um importante trabalho que chama muita atenção, pois descrevia as reais condições em que os cursos de fisioterapia estavam sendo ministrados no Brasil. Seu trabalho foi intitulado “Estudo Preliminar del Adiestramiento de Fisioterapeutas en el Brasil”, apresentado na Conferência de Rehabilitación del Invalído, promovida pela Organização Mundial da Saúde, na Cidade do México, em 1970. Sanchez foi um dos grandes articuladores para que a profissão tivesse um currículo independente e um reconhecimento por parte da sociedade.

Somente a partir de 1983 ocorre a regulamentação do currículo mínimo do curso de Fisioterapia, que foi dividido em quatro ciclos, através da Resolução nº 4, de 28 de fevereiro de 1983, decretada pelo Presidente do Conselho Federal de Educação. Estabelece-se como sendo de três mil e duzentas e quarenta horas a carga horária mínima, com o curso passando a ser ministrado em quatro ciclos, da seguinte forma: ciclo de matérias biológicas, ciclo de matérias de formação geral, ciclo de matérias pré-profissionalizantes e ciclo de matérias profissionalizantes (DIBAI FILHO; BARBOSA; RODRIGUES, 2010).

Esta resolução permaneceu vigente por 13 anos até 1996, quando os currículos mínimos são substituídos pelas diretrizes curriculares. Isso foi muito importante para o curso de fisioterapia, pois permitiu uma autonomia para as universidades que passaram a elaborar seus currículos. Dessa forma, a formação profissional poderia ficar melhor ajustada às demandas da sociedade (BRASIL, 2002a).

A partir de 2002, o curso segue as novas diretrizes estabelecidas neste mesmo ano com normas que deveriam ser contempladas nos currículos. O curso de graduação deveria permitir ao egresso uma formação generalista, crítica e reflexiva com um viés humanista. A formação capacitaria o futuro profissional a atuar em todos os níveis de atenção à saúde tendo como base um rigor intelectual e científico. O profissional deveria respeitar os princípios éticos, bioéticos e culturais do indivíduo e coletividades.



Um estudo realizado por Teixeira (2004) enfatiza que, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais, de 2002, a formação do fisioterapeuta passa a investir em um perfil profissional que excede os conhecimentos técnicos, qualidades e competências. Amplia-se o olhar para o ser humano como um ser biopsicossocial que, tanto no âmbito individual como no coletivo, necessita de uma atenção profissional integral. O fisioterapeuta, portanto, deve considerar todos os fatores envolvidos no “viver” humano, como a cultura, o mundo onde vive e as relações sociais, e como tudo isso pode interferir na saúde ou doença.

Um estudo revisando a literatura sobre o assunto “currículo do curso de fisioterapia”, realizado por Dibai Filho, Barbosa e Rodrigues (2010), aponta que diversos autores consideram que as Diretrizes de 2002 significam um grande avanço no que diz respeito ao ensino que instrumentaliza e atribui poder ao futuro profissional para tratar o ser humano, sem que este se afaste e/ou deixe de considerar as questões sociais, culturais e históricas que estão presentes em cada pessoa. Mas, apesar de todos os avanços que podem ser notados a partir das novas diretrizes de 2002, o que ainda parece prevalecer é o modelo biomédico no qual o fisioterapeuta prioriza sua atuação focando no corpo humano e dele trata com o objetivo maior de reestabelecer suas funções enquanto integridade física.

Seguindo uma tendência dos cursos de saúde, a fisioterapia realiza o modelo multifacetado do corpo, no qual o plano terapêutico consiste em avaliar e tratar um segmento corporal ou determinado órgão.

Compreender a doença não significa apenas conhecer as alterações orgânicas e fisiológicas encontradas no corpo que adocece, mas identificar as interfaces sociais que estejam também colaborando no processo saúde-doença.

Na tentativa de entender o complexo caminho que transita entre estar doente ou saudável, Vieira (2007) lembra que as alterações físicas nem sempre refletem uma relação apenas de causa e efeito, mas em muitos casos envolvem também fatores subjetivos - a lógica linear definida pela ciência clássica não consegue resolver essa demanda.

Um estudo realizado Paviani (2003 apud MARASCHIN; VIEIRA; SILVA, 2012), que realiza uma reflexão sobre os modelos de formação do curso de fisioterapia, reafirma que:

[...] o modelo tradicional, baseado na concepção cartesiana, que estabelece vínculo de natureza emissor-receptor entre professor e aluno e se fundamenta na transmissão, reprodução, cópia e memorização de informações, vem se mostrando insuficiente frente às transformações na maneira de construir, relacionar e interpretar os fenômenos e o conhecimento. (PAVIANI, 2003 apud MARASCHIN; VIEIRA; SILVA, 2012, p.1).

O modelo cartesiano de ensino tem uma característica linear onde, para compreender determinado assunto, procura-se fragmentar ou isolar o conteúdo ao invés de se ter uma visão do inteiro como partes que se entrelaçam de forma interdependente. Além disso, prevalecem também as características positivistas, deterministas, reducionistas e racionalistas. Esse modelo é muito criticado por diversos especialistas em educação, pois, na atualidade, a evolução em todos os campos dos saberes urge por um modelo de educação que valorize os aspectos sociais e subjetivos envolvidos na formação do conhecimento.

Paviani (2003 apud MARASCHIN; VIEIRA; SILVA, 2012) enfatizam que o ensino na atualidade deve valorizar a interdisciplinaridade e que a mesma é a condição básica para uma formação profissional flexível e adequada para o exercício das profissões, especialmente nos dias de hoje.

Maraschin, Vieira e Silva (2012) lembra que esse tipo de modelo de ensino parece ser o mais adequado para a formação na área de saúde e que há um consenso a respeito da interdisciplinaridade como fundamento da formação e do exercício profissional frente às necessidades sociais e transformações paradigmáticas do século XXI. O discente deve ser estimulado a pensar, dialogar, concordar e discordar, interagir. Para isso, o próprio papel do professor vem sendo repensado. No modelo cartesiano, o docente é visto como um intelectual que transmite informações não havendo muito espaço para contestações por parte do aluno e durante muito tempo no Brasil acreditava-se que um profissional considerado como um grande especialista na área técnica necessariamente seria também um bom professor.

Temos um ensino no Brasil voltado para perguntas prontas e definidas por uma razão muito simples: é mais fácil para o aluno e também para o professor. O professor é visto como um sábio, um intelectual, alguém que tem solução para tudo. E, os alunos, por comodismo, querem ter as perguntas feitas, como no vestibular. (MARASCHIN; VIEIRA; SILVA 2012, p. 3).

As discussões acerca do atual modelo da formação em fisioterapia servem de base para a compreensão da estruturação dos cursos e a presença da promoção da saúde, que serão objeto do a seguir.

### 3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A abordagem do tema saúde não pode ser vista de forma simplória apenas como ausência de doença. Segundo Scliar (2007) o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. O autor enfatiza que a palavra saúde não significa a mesma coisa para todas as pessoas e tem grande relação com a cultura de um povo, bem como suas crenças, seu momento histórico, valores religiosos e filosóficos. Assim como ocorre com a saúde, o termo doença também segue o mesmo raciocínio, mudando durante as épocas.

A preocupação do homem com a saúde surgiu a partir do momento em que ele a relaciona à melhoria da sua vida. Para isso, evitar as doenças passa a ser uma das suas principais lutas desde os primórdios da humanidade. Segundo Carvalho (2009), combate à doença e a busca pela saúde saíram do âmbito privado e de vidas individuais e foi tomando corpo, seguindo rumo ao âmbito coletivo.

Na antiguidade clássica, a doença tinha suas causas relacionadas a fatores metafísicos e surgia quase sempre como punição dos deuses ou desajustes do homem com a natureza. As doenças tinham causas pontuais e não multifatoriais como se observa nos dias de hoje. Da mesma forma, os tratamentos dos doentes também seguiam a lógica metafísica, sendo baseados em atitudes mágicas, poções e chás, além da utilização de sacrifícios e/ou exorcismos de espíritos que se apossavam das pessoas causando-lhes doenças. Ter saúde, portanto, era estar bem relacionado com o corpo, a natureza e o espírito, e a doença ocorria pelos desajustes destes fatores.

Durante muitos séculos, as causas das doenças eram atribuídas aos fatores acima descritos, porém um marco inicia a mudança desta lógica, os estudos de Hipócrates considerado o pai da medicina. Com Hipócrates, começa a ser inaugurada outra forma de ver as doenças e as terapêuticas utilizadas – não mais pelo prisma metafísico que durante tantos séculos orientou a medicina.

Hipócrates já apresentava uma explicação que se aproximava do fenômeno da própria vida: ou seja, a presença da saúde (ou a ausência da doença) era a forma pela qual a própria vida se manifestava. Segundo ele, o corpo sofria influência das estações do ano, dos ventos frios e quentes e postulou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: a bile amarela, a bile negra, o fleuma e o sangue, sendo assim, saúde era baseada no equilíbrio desses elementos (SCLIAR, 2007).

Hipócrates acreditava que a causa de muitas doenças estava também nas mudanças climáticas e nos fatores ambientais e, por isso, defendia um conceito ecológico de saúde-

enfermidade. Surge, então, uma teoria que durante muitos séculos permeou a medicina no que diz respeito à origem das doenças: a teoria dos miasmas (FINKELMAN, 2002).

Para Galeno apud Scliar (2007) (cerca de 130-210 DC), as causas das doenças estariam ligadas a fatores endógenos estando as mesmas presentes dentro do próprio homem.

Durante a baixa Idade Média, a forte influência do cristianismo atribuía às doenças uma ação divina. Quase sempre, as patologias se manifestavam não como um fenômeno da vida ou da resposta do corpo a uma agressão ambiental. A doença era fruto de uma ação divina ocorrida como punição por pecados realizados pelo indivíduo ou até mesmo por uma comunidade. É importante enfatizar que essa visão vai perdendo força a partir do Renascimento, que foi um movimento artístico e cultural ocorrido entre meados do século XIV e o fim do século XVI. Esse movimento foi responsável por diversas transformações ocorridas no campo do conhecimento, na arte em geral e nas formas de ver o mundo.

O Renascimento tinha como principal objetivo, a ruptura com um modo de vida baseado em credices, religiosidade e fanatismo. Daí decorre a visão humanista do mundo no qual o homem passa a ocupar o centro de tudo (humanismo) em total oposição a uma visão cristã que atribuía a Deus a criação e governo do mundo. O período do Renascimento é também chamado de o “século das luzes”, onde se observa um desenvolvimento mais consistente e interdependente de críticas à Igreja e à visão teocêntrica.

O Renascimento faz emergir uma visão onde a relação Deus-Homem (visão teocêntrica) é substituída por uma glorificação do Humano, Homem-Natureza. A busca por uma ruptura com o teocentrismo levava o homem a uma aproximação com as obras greco-romanas, como uma forma de conhecer a essência do homem. O Renascimento apresentou ao mundo nomes conhecidos até os dias de hoje como: Maquiavel, Camões, Shakespeare, Leonardo da Vinci, Miguel Ângelo, entre outros que foram de grande importância não só para a arte, como para a ciência de um modo geral. A igreja católica, por sua vez, não dialogava com a ciência, pois a visão científica tinha como maior objetivo racionalizar os fenômenos ocorridos no mundo desqualificando a explicação teológica que atribuía muitos fatos à fé (AQUINO et al., 1983).

Carvalho e Buss (2011), enfatizam que durante todo o século XVI houve um crescimento significativo do pensamento racional sobre todos os fenômenos que outrora se explicavam por mitos e credices ou pelos dogmas da Igreja católica. Porém, o renascimento também influencia de forma global na desnaturalização do mundo, contestando de todas as formas uma explicação para determinado fenômeno que não era provado e demonstrado

cientificamente. Inicia-se um rigor metodológico que não se contentava com explicações que não seguissem uma linha de raciocínio e comprovações dos fenômenos.

As maiores mudanças significativas no campo da saúde pública só ocorreram após os séculos XVIII e XIX. Neste período, o mundo sofria com diversas epidemias que dizimavam grande parte dos países da Europa. Uma das doenças de grande expressão nesta época era a cólera, seguida pela peste e uma série de doenças de fácil transmissão. Ao mesmo tempo em que as epidemias devastavam as cidades causando mortes em crianças, adultos e idosos, levavam a mudanças de paradigmas sobre o que diz respeito à causalidade das doenças. A situação epidemiológica da época instigou a busca por alternativas que explicassem como as epidemias se instalavam e quais os fatores que favoreciam o seu contágio e desenvolvimento.

A teoria dos miasmas perdurou até o final do século XIX. Essa teoria, ao atribuir a causa e a transmissão das epidemias às condições de higiene, ainda que inconsistente do ponto de vista científico, reunia alguns fatores que tentavam atribuir as doenças às condições insalubres das cidades e à falta de higiene. A água estagnada, esgoto e lixo favoreciam a emanção dos miasmas e aumentavam as chances das doenças serem facilmente transmitidas, sendo assim, já se nota durante o século XIX, ainda que de forma incipiente, um movimento do Estado no combate à desordem urbana em relação à falta de higiene (FINKELMAN, 2002).

É interessante enfatizar que as cidades massivas facilitavam a disseminação de doenças com um alto poder epidêmico e até então não era considerada uma concepção contagionista que explicasse a gênese da transmissão das doenças.

Segundo Lima-Costa e Barreto (2003), a visão contagionista dizia que uma doença poderia ser transmitida de um indivíduo ao outro através do contato físico ou de forma indireta através de objetos contaminados pelo doente ou pela respiração do ar circulante. A visão anticontagionista que tinha nos miasmas sua gênese transmissível, acabava por pressionar os governos a criarem medidas que afastassem as possibilidades das doenças surgirem. Inicia-se uma vertente que mescla a área da saúde com a política social. Segundo Vianna (2002), a política social é descrita como “modalidade de política pública e, pois, como ação de governo com objetivos específicos”. Lima-Costa e Barreto (2003), ainda reforça que tanto na visão contagionista como na anticontagionista, uma das características mais marcantes no período anterior à consagração da bacteriologia consistia na indeterminação da doença. O causador poderia ser a água, o ar, as habitações e a sujeira que era muito comum sobretudo nas cidades.

Pasteur é apontado como responsável por uma das maiores e mais importantes revoluções na saúde de todos os tempos, permitindo avanços que fizeram com que o homem começasse a solucionar o mistério das transmissões das doenças e as evoluções das epidemias. A bacteriologia descoberta por Pasteur na França utilizando a microscopia, foi o salto para um futuro, onde seria possível criar vacinas, afastar os micro-organismos e orientar, inclusive, os tratamentos médicos utilizados para os doentes. Porém, ao mesmo tempo em que se descobre os causadores efetivos de algumas doenças e a forma de combatê-las, surge também um abandono da importância das questões sociais e sua relação com a gênese das doenças. (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Medidas preventivas que visassem ao afastamento dos miasmas ou outras formas que não fossem baseadas em micro-organismos eram deixadas de lado surgindo, então, um deslocamento da observação do meio ambiente para experimentações restritas a laboratórios.

Durante o final do século XIX e início do século XX, começa a ocorrer um resgate da valorização dos fatores sociais e o combate a doenças e seus agravos passa a gerar uma mobilização intensa envolvendo saberes científicos que se mesclam com práticas incorporadas na rotina diária com objetivo de prolongar a vida e evitar os fatores que interferem na saúde. A bacteriologia não teria a resposta para tudo como uma solução mágica, era necessário ir além e para isso o estudo do ambiente e da relação do homem com ele passam a ser também um grande objeto de estudo.

Sem dúvida, a bacteriologia foi responsável nos séculos XIX e XX por grandes avanços científicos em diversas áreas, na saúde, abrindo-se, a partir dela, um leque de possibilidades para tratar muitas doenças que até então desafiavam a humanidade durante séculos, fazendo com que o homem tentasse de todas as formas desvendar as causas através do conhecimento que lhe era disponível. Os estudos de Pasteur influenciaram e instigaram não só a medicina, mas a biologia, que passa a ter um campo de conhecimento muito vasto no que diz respeito à bacteriologia.

Scliar (2007) lembra que foi através da descoberta de Pasteur que a medicina tropical foi impulsionada, pois os trópicos eram locais onde endemias e epidemias apresentavam um grande potencial de transmissibilidade. As doenças não só causavam danos à população, mas afetavam de forma significativa também o comércio exterior, fazendo com que muitos empreendimentos comerciais fossem descartados devido ao medo por parte dos comerciantes em adquirir doenças.

Scliar (op. cit.) ainda lembra que as descobertas de Pasteur geram uma área de conhecimento indispensável à epidemiologia, através do estudo realizado pelo médico inglês John Snow (1813-1858) sobre a cólera em Londres.

No futuro, a epidemiologia tornou-se de grande importância para as ciências e para as ações de prevenção e controle das principais doenças que afetavam as coletividades. Aliada à estatística e à matemática, a epidemiologia passa a computar doenças ao mesmo tempo em que estuda suas formas de transmissão e orienta as intervenções por parte dos profissionais de saúde.

O caminho das doenças não é só dado pelo estudo da infectologia e suas ações orientando a criação de medicamentos e vacinas, sem dúvida, isso tudo diminuiu significativamente a quantidade de casos, mas as causas de algumas doenças podem ir além da microbiologia e por isso, na Alemanha, Virchow liderou um movimento radical de reforma médica sendo orientado pela ideia de que a medicina é uma “ciência social e também política” (CARVALHO; BUSS, 2011).

Na Inglaterra, um livro de Mckeown e Lowe (1986) descreve que a redução da mortalidade neste país durante os séculos XIX e XX ocorreu mais pelas medidas como melhoria nutricional e educação para a saúde do que pelas intervenções médicas específicas que utilizam primordialmente vacinas e antibióticos. Isso significa dizer que se fazia necessária a ampliação do conhecimento sobre outros fatores que poderiam estar relacionados ao aumento de casos de doenças. Sendo assim, durante o século XX a valorização da medicina social foi tomando corpo e levou Leavell e Clark (1976) a reunirem os conceitos de promoção da saúde, prevenção de doença, cura e reabilitação criando um modelo conhecido como história natural da doença (CARVALHO; BUSS, 2011). Eles dividiram a história da doença em dois períodos a fim de facilitar o entendimento de todo o processo. O primeiro foi denominado de período pré-patogênese onde ainda não se nota a manifestação característica da doença, porém as condições para que a doença ocorra podem ser intrínsecas ao ambiente ou do patrimônio genético do indivíduo. O segundo é chamado de período patogênico quando já existe uma doença instalada.

Sendo assim, a saúde pública mundial durante todo o século XX reformulou as suas práticas e ampliou o seu olhar sobre a saúde das coletividades humanas deixando de ver a situação sanitária sob um único prisma, o campanhista, e passou então a considerar os aspectos sociais e econômicos que estão diretamente ligados à saúde e ao bem-estar da sociedade (PAIM, 2008).

O estudo sobre as doenças e sua causalidade tem sido uma preocupação muito grande para o homem, porém com o aumento das descobertas científicas e desenvolvimento dos saberes, surgiu uma pergunta que passou a ser também um objeto de estudo científico: o que é ter saúde? Com uma quantidade imensa de fatores que podem ser considerados para determinar o que é ter saúde ou o que significa ser saudável, especialistas de diversas nações se reúnem na tentativa de organizar um consenso sobre uma definição do que é saúde criando um conceito que fosse aceito por todas as nações. Segundo Scliar (2007), em um primeiro momento, os especialistas se reuniram formando a Liga das Nações, logo após a Primeira Guerra Mundial, porém, só conseguiram êxito após a Segunda Guerra Mundial, onde a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde facilitaram o consenso e a criação desse conceito. Ficou então definido que “[...] saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidades” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Após a criação do conceito de saúde, que teve como data o dia 07 de abril de 1948, em um documento denominado Carta de Princípios, as reflexões que durante o final do século XIX vinham tomando corpo no campo da saúde, e que tinham como base a medicina social contrapondo a visão baseada restritamente na microbiologia, estavam iniciando uma nova fase, um novo olhar sobre a saúde das populações. A doença teria outras causas que estariam ligadas a fatores sociais e ambientais, ou seja, a teoria dos miasmas não estaria totalmente refutada pela revolução pasteuriana.

Durante toda a primeira metade do século XX, e início da segunda metade, aumenta a preocupação por parte dos especialistas no que diz respeito à medicina social. No Brasil, sobretudo, a década de 1970 representou para a medicina social avanços significativos, principalmente após o trabalho do cientista Sérgio Arouca defendido em sua tese de doutorado, “O Dilema Preventivista”, considerado um marco para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ocorrida durante a década de 1970 e a primeira metade da década de 1980. A tese que fazia uma crítica da medicina preventiva propiciando prática teórica e prática política, valoriza a medicina social como um caminho promissor na saúde pública (PAIM, 2008).

Em seu estudo sobre a RSB, Paim (2008) divide esse importante movimento para a saúde brasileira em fases, utilizando a tese do Arouca citada anteriormente como base. São elas:

- a) A Reforma Sanitária como projeto que levaria a uma “totalidade de mudanças” sendo um conjunto de políticas articuladas.



- b) A Reforma Sanitária como movimento de democratização da saúde, um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que toma a saúde como referente principal.
- c) A Reforma Sanitária enquanto processo, como um conjunto de atos, com práticas sociais, econômicas, políticas e ideológicas.

A promoção da saúde é um movimento da saúde pública ocorrido a partir da década de 1970 em diversos países do mundo e que tem um olhar sobre as questões que envolvem a saúde e os fatores relacionados a ela, o movimento é considerado pelos especialistas como sendo uma concepção contemporânea da saúde. Segundo Branco Junior (2011), essa nova forma de olhar a saúde contemporânea foi utilizada pela primeira vez em 1946, por Sigerist e, de acordo com o momento histórico, o termo vai se revestindo de novos significados.

Segundo Carvalho (2004), o Movimento da Promoção da Saúde no Canadá desenvolve-se a partir da divulgação do relatório chamado: *The News perspective for the Health of Canadians*, que se tornou conhecido como o Relatório Lalonde. Ficou preconizado, então, que as ações de saúde devem ter como objetivo adicionar anos à vida e adicionar vida aos anos.

É importante enfatizar que o Relatório recomenda diversas ações com finalidade de valorizar a saúde como qualidade de vida, justificando que a melhoria da saúde do povo canadense depende da moderação de comportamento de riscos, melhoria do meio ambiente e ampliação do conhecimento sobre a biologia humana (LALONDE, 1974, apud CARVALHO, 2004). Por outro lado surgem também questões que ficariam por conta da responsabilização dos indivíduos e não apenas do Estado.

O chamado Informe Lalonde (1974), que inicia o movimento da promoção da saúde e estimula um novo olhar sobre os fatores que estão envolvidos no processo saúde e doença, transcende a ideia de saúde apenas como ausência de doenças.<sup>1</sup>

A base principal da promoção da saúde se fundamenta no eixo de fortalecer a autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais na busca do empoderamento, termo que tem origem no Canadá, empowerment (CZERESNIA; FREITAS, 2003). Os sujeitos e os grupos sociais devem ser capazes de alcançar a saúde através dos seus meios, sendo também responsáveis por ela.

A promoção da saúde parte de um discurso que integra a reflexão filosófica e educação nas práticas de saúde, porém o Estado deve participar através da criação de políticas

---

<sup>1</sup> A promoção da saúde no modelo descrito numa perspectiva da História Natural da Doença (HND) acaba focando na doença. Ter saúde é não ter doença.

públicas adequadas, formação das redes de atenção e deve integrar as equipes na busca pelas ações que permitam a promoção da saúde.

É importante ressaltar que a saúde pública que se desenvolveu após a segunda metade da década de 1970 tem como configuração uma valorização das questões sociais, da autonomia das pessoas e ampliação dos saberes. Procura se afastar do pensamento científico moderno que busca o reducionismo e estreitamento das questões na tentativa de conhecer os fatores relacionados à saúde e à doença (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

A promoção da saúde surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no próprio sistema de saúde no mundo. Após o informe Lalonde (1974), outros movimentos dão prosseguimento à ideia da promoção da saúde: O mais importante foi dado pela 30ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em 1977, que apresentou o lema “Saúde para todos no ano 2000” - Conferência Internacional sobre Atenção Primária -, na qual redigida a Declaração de Alma-Ata (1978), sendo considerada um dos mais importantes documentos da saúde pública contemporânea. Este documento influenciou de maneira importante praticamente todos os sistemas de saúde do mundo e no Brasil e, especificamente, instigou a criação de muitas ideias no Movimento da Reforma Sanitária da Saúde que ocorria no País.

Após Alma-Ata, o mais importante encontro entre especialistas foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida no Canadá em 1986, levando à criação da Carta de Ottawa. A Carta definia como base da promoção da saúde cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2003).

Outros documentos frutos de Conferências internacionais foram produzidos, como: a Declaração de Adelaide (1988), que enfatiza as políticas públicas saudáveis; a Declaração de Sundsväl (1991) sobre ambientes favoráveis à saúde; a declaração de Jakarta, que descreve o caminho para a promoção da saúde no século XXI.

De acordo com a Carta de Ottawa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986), a promoção da saúde é um processo que, dentre outras coisas, realiza a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde de seus membros. Os documentos que são produzidos em novas Conferências de promoção da saúde, após Ottawa, recebem o nome de Cartas da Promoção da Saúde e descrevem a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, que ocorrem no âmbito individual com a valorização dos hábitos saudáveis de vida e escolhas que estejam relacionadas a uma

melhor qualidade de vida e empoderamento; e no âmbito coletivo, onde serão valorizadas as questões socioculturais, do meio ambiente e criação de políticas públicas.

Para se alcançar a saúde em sua forma plena é preciso, sobretudo, uma articulação entre diversos setores, e não só uma iniciativa pessoal. Se faz importante e indispensável a participação também dos governos, dos setores da educação e da saúde e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social (BRASIL, 2015).

Segundo Buss (2003), para que os objetivos da promoção da saúde sejam alcançados, também se faz necessária a integração dos saberes onde são levados em consideração os fatores causadores das doenças que estão além das causas conhecidas e que, para serem identificados, é preciso uma grande observação (BUSS, 2003). Sendo assim, a promoção da saúde demanda um complexo de fatores que se tornam interdependentes na busca pela saúde plena.

No Brasil, a promoção da saúde é preconizada no princípio constitucional da integralidade, mas somente foi apresentado um projeto para atuação na sociedade no ano de 1998. A partir de então, Promoção da saúde passa a representar um novo modelo de atenção (FERREIRA NETO et al., 2013).

Em 2006, no Brasil, na política de promoção da saúde, foram apresentadas as bases para a realização da promoção, que deveriam envolver todos aqueles que trabalham com a saúde. Em 2014 essa política é revista na tentativa de descrever como as profissões deveriam ser adequar à promoção da saúde. (BRASIL, 2015).

É importante, portanto, enfatizar que a promoção da saúde valoriza, além das questões sociais e culturais que podem ter relações com as condições de saúde, as questões individuais. A pessoa também deve ser responsável por sua saúde, estando essa afirmativa descrita, inclusive, na Lei orgânica da saúde 8.080, que implanta o Sistema Único de Saúde, em 1990, no Brasil (BRASIL, 1990). No artigo 2º dessa lei, lê-se: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Em seu inciso 1º: “O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de seus agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário para a sua promoção, proteção e recuperação” e, no inciso 2º: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”.

Aparentemente quando se aborda o assunto promoção da saúde, é comum ocorrer uma confusão conceitual em relação ao termo prevenção de doenças. Segundo Czeresnia e Freitas (2003):

A promoção envolve a ideia de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, ela vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças singularidades dos acontecimentos. Enquanto que a prevenção de doenças é definida como uma intervenção orientada a evitar o surgimento de doenças específicas reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, trabalha com a redução dos riscos de doenças transmissíveis e degenerativas e conhecimento epidemiológico. Os projetos de prevenção e de educação em saúde se estruturam com a divulgação de informação científica, recomendações normativas e mudanças de hábitos (CZERESNIA; FREITAS, 2003, p. 47).

Desde a criação e implantação do SUS vêm sendo desenvolvidas políticas públicas de saúde direcionadas para a atenção básica como uma forma de estratégia para melhorar a resolutividade dos problemas de saúde que atingem a população brasileira. O discurso da promoção da saúde no Brasil leva à criação, pelo Ministério da Saúde do Brasil, da Política de Atenção Básica, através da portaria MS/GM nº687, de 30 março de 2006 (BRASIL, 2006). Este documento enfatiza o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e qualificação de ações de promoção da saúde no SUS. O documento descreve que, para a implantação das políticas públicas voltadas para a promoção da saúde se faz necessário o conhecimento sobre as características de cada população e quais as suas necessidades. Desta forma, não basta apenas conhecer, mas se faz imprescindível a atuação de uma equipe integrada focada na identificação e resolução dos problemas que afetam a população.

Ouverney e Noronha (2013) enfatizam que, para que as ações de promoção da saúde alcancem resultados, deve existir uma rede de sistemas integrados, ou rede de atenção à saúde, e que as mesmas vêm produzindo resultados significativos em diversos países, sendo apontadas como eficazes na resolução de problemas e dos desafios encontrados nas populações. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), inclusive, valoriza as redes de atenção e as descreve como necessárias ao aperfeiçoamento dos sistemas de saúde.

A evolução dos tratamentos médicos e a criação de medicamentos mais eficazes, aliadas à ampliação das profissões da saúde e à própria busca por uma vida mais saudável, levaram a população mundial a viver mais. O envelhecimento é um fator importante que ocorre no mundo e que não pode deixar de ser valorizado em qualquer planejamento de políticas públicas ou de estratégias sanitárias de um país.

No Brasil, segundo dados publicados no site do INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE, 2017), o número de idosos chegava a 28 milhões, ou 13,5% do total da população, em 2017. Estima-se que em dez anos chegará a 38,5 milhões (17,4% do total de habitantes). Lima-Costa e Barreto (2003, p. 190) enfatizam que “[...] o envelhecimento da população brasileira se impõe como um dos maiores desafios para a saúde pública brasileira, principalmente porque no Brasil em muitos casos ele ocorre em um ambiente de pobreza e desigualdade social favorecendo o surgimento de doenças e novos agravos”. Sendo assim, o Sistema de Saúde brasileiro tem, no decorrer dos anos, investido em atenção primária, a fim de melhorar os índices de saúde diante dos desafios. O Ministério da Saúde assumiu a Estratégia de Saúde da Família visando à reorganização do modelo tradicional, realizando uma reestruturação da atenção.

A criação do Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>2</sup> teve a função de garantir a assistência primária com o fortalecimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, permitindo também que houvesse um maior envolvimento da população com os assuntos relacionados à saúde, uma forma de responsabilização, percepção da necessidade do autocuidado.

As profissões da saúde devem se envolver e ampliar as suas ações para a atenção primária. No que tange à fisioterapia, a aproximação formal do fisioterapeuta para atuar na promoção da saúde e prevenção de doença se dá através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A criação do NASF ocorreu através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, tendo por objetivos principais a ampliação na abrangência das ações de atenção básica, além de avaliar a eficácia e eficiência das mesmas.

Ainda que recente a participação do fisioterapeuta atuando diretamente na atenção primária, algumas experiências têm sido importantes para pontuar os avanços e desafios que esse profissional vivencia no seu dia-a-dia.

Barbosa, Ferreira e Furbino (2010) descrevem a experiência de implantação da fisioterapia no município de Governador Valadares, em Minas Gerais, onde o fisioterapeuta tem em seu processo de trabalho o acolhimento, atendimento individual, atendimento domiciliar, atendimento em grupo e educação para a saúde. As atribuições do fisioterapeuta são descritas como: realizar o diagnóstico situacional, com levantamento dos problemas de saúde que necessitem de uma intervenção da reabilitação; realizar atendimentos individuais e

---

<sup>2</sup> Criado inicialmente como um “Programa” em 1994, a atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (por não se tratar somente de um programa), articula que o objeto de atenção em saúde passa a ser a família e o contexto em que esta vive, favorecendo uma compreensão mais ampla do processo de saúde e doença.

coletivos. Além disso, o fisioterapeuta também tem a atribuição de introduzir atividades que visem à prevenção primária, secundária e terciária nas diversas áreas do saber da fisioterapia, como ortopedia, cardiologia, pneumologia, pediatria, uroginecologia e geriatria.

É importante enfatizar que o trabalho do fisioterapeuta não ocorre de forma isolada e restrita, mas sua assistência é desenvolvida de maneira integrada com outros profissionais de saúde, com outras equipes que realizam pesquisas e ações específicas de saúde mental, estimulando o autocuidado, a consciência corporal, postura e o condicionamento físico.

Numa observação mais atenta da função do fisioterapeuta no NASF em relação à atenção primária, fica evidente a necessidade deste profissional ter uma formação que aborde os conhecimentos que valorizem as questões coletivas e individuais com reflexões filosóficas e sociais envolvidas com as mais variadas formas de se obter saúde ou prevenir doenças.

Silva e Ros (2007) afirmam que a formação acadêmica dos profissionais da saúde não contempla de forma satisfatória os modelos de uma ação integrada da saúde no âmbito do SUS. Nos últimos anos, tem-se notado uma necessidade de aliar a educação na área da saúde com a assistência prestada pelo profissional. As escolas de saúde precisam abordar em sua grade curricular conhecimentos que não apenas formem profissionais competentes tecnicamente, mas que valorizem os aspectos relacionados aos objetivos e requisitos do SUS.

A fisioterapia é uma das mais jovens profissões da saúde e durante as últimas quatro décadas apresentou um crescimento rápido que ocorreu ao mesmo tempo em que a medicina evoluiu técnica e cientificamente. Sendo assim, não existem muitos estudos que abordem atuação profissional relacionada à saúde coletiva e, por outro lado, como os temas são abordados durante os cursos de graduação e, posteriormente, como os profissionais depois de formados contemplam o fisioterapeuta atuante em saúde coletiva, bem como os principais entraves presentes nesta área.

Num estudo realizado por Silva e Ros (2007), no qual foram entrevistados docentes e alunos atuantes na saúde coletiva, foram apontados alguns aspectos importantes, como o número reduzido de profissionais fisioterapeutas interessados a ingressar no campo da saúde coletiva, dificuldade de identificar as atribuições do fisioterapeuta na prevenção primária e dificuldade de reconhecer conceitos básicos sobre o SUS como, por exemplo, a crença de que o mesmo é direcionado ao atendimento de pessoas de baixa renda e não de forma universal.

A fisioterapia é uma profissão que ainda tem muito que avançar, principalmente no que diz respeito à integralidade de suas ações, ampliando para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Faz-se, também, necessário que a inclusão do fisioterapeuta na saúde coletiva seja valorizada e apoiada pelos governos e não fique restrita a apenas um programa

específico ou a pequenos espaços geográficos. Por outro lado, as pesquisas no campo da saúde pública precisam incluir mais a fisioterapia, favorecendo o fortalecimento dessa categoria profissional diante da população que carece dos seus serviços e os encontra ainda de forma muito restrita no SUS.

O aumento da tecnologia ligada à medicalização, com a criação de medicações de última geração, favorecendo a melhora da expectativa de vida dos seres humanos, ampliou em muito a necessidade dos serviços de fisioterapia na população. A reabilitação nunca deixou de ser o objetivo central da fisioterapia, mas estender as ações para atuar em promoção da saúde parece ser um dos maiores desafios para a profissão na atualidade, indo desde a formação acadêmica até a ampliação para cursos ao nível de *lato sensu* e *stricto sensu*.

### 3.1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A FISIOTERAPIA

Frente à necessidade de valorização das questões referentes à saúde não só como ausência de doença, mas ampliando e valorizando a qualidade de vida, a prevenção primária oferece um importante avanço. Entender as categorias da saúde torna mais fácil conhecer e intervir de forma adequada, sendo assim, Leavell e Clark (1965) realizam um estudo sobre o modelo história natural da doença apresentando a prevenção primária, onde se encontra a promoção da saúde e prevenção de doenças; a prevenção secundária com diagnóstico e tratamento e a prevenção terciária com a cura e reabilitação.

Desde a Reforma Sanitária ocorrida durante a década de 1970 e 1980, e depois com a implantação do SUS em 1990, existe uma grande discussão sobre o modelo de saúde que privilegia a atenção primária, afirmando que a promoção da saúde e prevenção de doenças é um caminho importante para melhorar as condições de saúde da população, tanto no nível individual quanto no coletivo. A saúde de um país que privilegia a atenção primária em suas bases estruturais apresenta, a médio e a curto prazos, a diminuição dos custos com a saúde, o aumento da satisfação dos usuários, além da melhoria dos resultados em saúde, que confere a longo prazo o maior desenvolvimento de uma nação (PAIM, 2008).

O SUS tem como um dos seus objetivos, a valorização da atenção primária como meta para alcançar a melhoria dos índices de saúde, isso significa que as profissões da área de saúde devem ser adequadas para atuar em todos os níveis de atenção, sendo capaz de articular os princípios dos SUS na busca pela saúde no campo individual e coletivo, identificando os fatores de risco envolvidos na instalação das doenças e também valorizando a saúde não

apenas como ausência de doença, mas sobretudo como qualidade de vida (SILVA; ROS, 2007).

Segundo Bispo Junior (2010) é possível observar duas concepções de atuação na profissão do fisioterapeuta: uma reabilitadora, que vem como princípio da formação histórica e profissional do fisioterapeuta que atua no controle do dano buscando a cura das enfermidades que afetam o movimento humano ou a funcionalidade de determinado órgão, reabilitando o corpo das sequelas instaladas pelas doenças. A outra concepção é a da fisioterapia coletiva, que possibilita e incentiva o controle de risco, levando a um maior conhecimento sobre os fatores que favorecem o surgimento das doenças, tendo a possibilidade de intervir aliando a educação para a saúde e o conhecimento das condições sociais envolvidas no processo saúde e doença, não ficando a atuação do profissional restrita apenas ao indivíduo, mas se ampliando às coletividades.

O crescimento da população brasileira e as profundas mudanças na organização social, no quadro epidemiológico e na organização dos sistemas de saúde, exigem um redimensionamento do objeto de intervenção da fisioterapia, que deveria aproximar-se do campo da promoção da saúde e da nova lógica de organização dos modelos assistenciais, sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação (BISPO JUNIOR, 2009).

Segundo Silva e Ros (2007), os novos rumos que a saúde vem tomando desde o final da década de 1970, intensificam-se mais precisamente a partir do ano de 1978, quando ocorre a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Este encontro é considerado por diversos especialistas em saúde pública como um dos eventos mais significativos.

Depois de Alma-Ata o olhar sobre as questões relacionadas à saúde vem mudando, sendo valorizadas ainda mais as questões sociais relacionadas ao processo saúde e doença. A Conferência de Alma-Ata produziu um documento denominado Declaração de Alma Ata, que mais tarde, em 1986, estimulou a criação do termo Promoção da Saúde em uma outra importante Conferência ocorrida em Ottawa, no Canadá, tendo como produto final a carta de Ottawa, que definia a promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para alcançar a melhoria da qualidade de vida (SILVA; ROS, 2007).

No SUS, o fisioterapeuta trabalha em hospitais, clínicas especializadas e centros de reabilitação com uma atuação pouco abrangente ao nível primário, mantendo suas características voltadas para uma atuação que pouco se alinha à valorização da qualidade de vida e prevenção dos fatores que contribuem para a instalação das doenças que costumam causar sequelas tratadas pelo fisioterapeuta. O que ainda se nota é essa grande lacuna, ao



mesmo tempo em que crescem as reflexões sobre a atuação do fisioterapeuta nos programas que aos poucos vão inserindo-o em sua equipe multidisciplinar.

A primeira aproximação formal do fisioterapeuta com a atenção primária no SUS ocorre por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que realizará seu trabalho levando em consideração as diretrizes relativas à atenção básica. O NASF trabalha como uma ampliação do Programa Saúde da Família, que foi criado no ano de 1994, sendo definido como um modelo de assistência à saúde para desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade (FORMIGA; RIBEIRO, 2012; AGUIAR, 2011).

O NASF, criado em 2008, tem uma ampla proposta para a saúde da população, que sugere que as condutas realizadas na comunidade devem ter um caráter abrangente levando em consideração o espaço onde elas residem e suas capacidades, além disso, as propostas voltadas para a fisioterapia são: valorizar o potencial da comunidade considerando os seus saberes, onde o profissional deve adequar suas práticas levando em consideração essas realidades; desenvolver ações de reabilitação priorizando os atendimentos coletivos; desenvolver projetos e ações intersetoriais para a inclusão e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência; as ações de fisioterapia devem ser promovidas também através da integração dos saberes e permitir a reinserção social do indivíduo (BRASIL, 2008).

Formiga e Ribeiro (2012) exemplificam algumas atividades do fisioterapeuta em saúde coletiva, na atenção básica, onde podem ser desenvolvidas atividades para os grupos de idosos, atividades com gestantes, atividades preventivas para prevenir os problemas de coluna vertebral, atividades para crianças.

A atuação do fisioterapeuta na promoção da saúde não deve corresponder ao exclusivo desenvolvimento de ações de reabilitação, mas constituir-se de nova força para a transformação da realidade social e epidemiológica (BISPO JUNIOR, 2010). Sendo assim, a promoção da saúde não deve ser discutida na fisioterapia como uma aplicação de técnicas mas, sim, como uma maneira de repensar a assistência de forma coletiva.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho consiste num estudo exploratório, de abordagem qualitativa, sendo realizado através de um percurso pautado na seguinte ordem: revisão bibliográfica e análise de documentos. Esse tipo de pesquisa qualitativa consiste em realizar um levantamento de dados de fontes variadas a fim de alicerçar os conceitos que serão desenvolvidos na pesquisa. Segundo Lakatos e Marconi (1991), o material coletado é útil não só por trazer conhecimentos que ajudarão no campo de interesse que se pretende estudar, mas orientam a formulação de hipóteses.

A análise levou em consideração primeiramente a coleta dos dados existentes, ou seja, os documentos oficiais e a bibliografia, seguindo o que se fomenta em pesquisa qualitativa. Segundo Minayo (2004, p. 96) “Os dados qualitativos são importantes na construção do conhecimento e, também eles, podem permitir o início de uma teoria”. Por conseguinte, foi escolhida a metodologia qualitativa por ser mais adequada a esse tipo de pesquisa, devido à grande quantidade de particularidades que são difíceis de quantificar. Sendo assim, segue-se essa abordagem:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, 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, 2003, p. 22).

A pesquisa qualitativa apresenta características peculiares como: ser naturalística, ter dados descritivos, apresentar preocupação com o processo, ser indutiva. Turato (2003) reafirma as características da pesquisa qualitativa, acrescentando pontos importantes estruturais e indispensáveis: as significações dos fenômenos são o cerne para os pesquisadores qualitativistas, além disso, procurar capturá-los, ouvindo e observando os sujeitos da pesquisa, bem como dar as interpretações, são os seus objetivos maiores.

Os documentos oficiais selecionados foram os seguintes: Decreto Lei n 938 – de 13 de outubro de 1969 (BRASIL, 1969), que provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n. 9.394 de 1996 (BRASIL, 1996); Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988 (BRASIL, 1988); Lei orgânica da Saúde n 8.080/90, que provê sobre o Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1990); Diretrizes Nacionais para a Graduação em Fisioterapia de 2002. (BRASIL, 2002a).

O trabalho, portanto, teve a preocupação de realizar uma análise das Diretrizes Curriculares Nacionais, bem como da legislação que regulariza a fisioterapia no Brasil e do que preconiza a lei orgânica da saúde. Em um segundo momento, foram realizadas observações criteriosas dos currículos educacionais, levando em consideração as principais nuances observadas na formulação curricular, bem como o que preconizam as DCNS para o curso de fisioterapia, estabelecidas no ano de 2002.

Na revisão bibliográfica foram consultados livros, artigos científicos consultados na base de dados Bireme (Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), Lilacs (Literatura Latino-americana e Caribenha em Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library), além de revistas indexadas. Os documentos oficiais foram buscados em bases de dados do Ministério da Educação, Ministério da Saúde e dos Conselhos Federal e Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Todo o material selecionado levou em consideração os seguintes assuntos: Sistema Único de Saúde (SUS), fisioterapia e saúde coletiva, histórico da fisioterapia, promoção da saúde, currículos de formação profissional. A pesquisa também utilizou dissertações de mestrado e teses de doutorado que tinham como objeto de estudo assunto condizente com este trabalho e foram disponibilizadas no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

No que tange ao assunto profissão de fisioterapeuta, buscou-se consultar, além dos artigos e livros, documentos históricos da profissão que são disponibilizados no site dos Conselhos e Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Foram consultados também livros que abordam temas relacionados à fisioterapia e o seu desenvolvimento durante o final do Século XIX quando ocorreu o seu surgimento no mundo. No Brasil, desde 1929, até a sua regulamentação no ano de 1969, e como se apresenta na atualidade. Após a elaboração dos fichamentos do material para em seguida ser analisado, procurou-se relacionar a literatura técnica com o tema proposto por essa dissertação a fim de tornar a análise consistente.

Com objetivo de tornar esta pesquisa ainda mais consistente, utilizou-se como estratégia de exemplificação o estudo de currículos dos cursos de graduação em fisioterapia de duas instituições privadas de ensino superior no estado do Rio de Janeiro.

A instituição (a qual identificaremos como instituição A) possui sua sede localizada no município de Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense, além de outro campus em Itaperuna (Norte Fluminense), no estado do Rio de Janeiro, oferecendo um total de vinte e dois cursos de graduação, além de pós-graduações *stricto sensu*.

O curso de fisioterapia na instituição A foi implantado em 1997 e sua atual matriz curricular encontra-se vigente desde 2010, totalizando carga horária de 4.200 horas/aula.

A instituição (a qual identificaremos como B) é mais antiga, com sede localizada na Zona Norte do Rio de Janeiro, no bairro de Bonsucesso, região metropolitana do Rio de Janeiro. Além deste, possui campi em campo Grande e Bangu, na zona oeste, oferecendo um total de trinta e cinco cursos de graduação. Seu curso de fisioterapia foi criado em 1963. A atual matriz curricular encontra-se vigente desde 2010 e o curso totaliza carga horária igual a 4.017 horas/aula.

Neste estudo, foi também levado em consideração o próprio perfil do egresso/profissional, presente nas DCNs (BRASIL, 2002a, p. 4) com a seguinte orientação: “O fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual”, a fim de analisar os perfis dos currículos das instituições pesquisadas.

Vale lembrar, que as DCNs constituem orientações para elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Em seu texto assegura às instituições de ensino superior “[...] ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudo a serem ministradas” (BRASIL, 2002a, p. 2).

Explorando, portanto, os currículos educacionais estudados nesta pesquisa, com a intenção de facilitar a compreensão dos mesmos, categorizamos a formação do fisioterapeuta em ciclos. As disciplinas ministradas estão classificadas de acordo com as suas características:

1) As disciplinas do ciclo básico são aquelas que abordam saberes básicos da profissão e são relacionadas à formação essencial. Na instituição A, as disciplinas que podem ser categorizadas nesta descrição são: Biofísica, Biologia, Bioquímica, História e Fundamentos de Fisioterapia, Informática em Saúde, Metodologia do Estudo, Morfologia Humana I, Morfologia Humana II Antropologia, Ética e Deontologia, Biomecânica do Aparelho Locomotor, Fisiologia Humana, Morfofisiologia Neurológica, Farmacologia, Microbiologia e Parasitologia, Fisiologia do Movimento e do Esforço, Patologia, Metodologia Científica. Este ciclo possui carga horária total de 980 horas-aula.

Na instituição B, o ciclo básico é formado pelas disciplinas: Anatomia do Sistema Locomotor; Biologia Celular e Biologia Molecular; Histologia e Embriologia; Fundamentos Históricos e Legislação; Metodologia do trabalho Científico e Acadêmico; Leitura e Produção de Textos; Anatomia dos Sistemas; Bioquímica; Fisiologia do Sistema nervoso, Endócrino e Reprodutor; Fisiologia do Sistema Cardiorrespiratório, Renal e Digestório; Bases Farmacológicas; Fisiopatologia; Raciocínio Lógico: Fisiologia do exercício; Estudos Socioantropológicos; e Filosofia. Com carga horária de 1400 horas-aula

2) O ciclo biomédico instrumental agrupa as disciplinas que estão relacionadas com ensino das técnicas fisioterapêuticas e instrumentalização dos alunos. Na instituição A, elas são representadas por Avaliação em Fisioterapia; Cinesioterapia I e Mecanoterapia; Cinesioterapia II; Exame e Diagnóstico por Imagem; Hidrocinesioterapia; Eletroterapia; Psicologia Clínica. A carga horária total do ciclo corresponde a 420 horas-aula.

Na instituição B, as disciplinas do ciclo biomédico instrumental são: Cinesiologia; Psicologia em Saúde; Anatomia Palpatória; Exames Complementares; Interpretação de Sinais Biomédicos; Suporte Básico de Vida; Órteses e Próteses. A carga horária é de 280 horas-aula.

3) As disciplinas do ciclo biológico/práxis são aquelas que estão diretamente relacionadas à atuação profissional, sendo apresentadas as diversas técnicas de tratamento e formas de abordagem profissional. Na Instituição A, este ciclo é composto pelas disciplinas: Recursos Terapêuticos Manuais; Administração em Fisioterapia; Psicomotricidade; Fisioterapia em Neurologia; Fisioterapia em Reumatologia; Fisioterapia em Traumatologia-Ortopedia; Clínica e Fisioterapia Cardiovascular; Fisioterapia em Clínica Médico-Cirúrgica; Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher; Clínica e Fisioterapia no Idoso; Clínica e Fisioterapia Pneumológica; Próteses, Órteses e Estética Funcional; Clínica e Fisioterapia na Infância e Adolescência; Fisioterapia Intensiva; Fisioterapia na Disfunções Estéticas; Fisioterapia no Esporte; Fisioterapia Oncológica; Estágio Supervisionado I e II; Trabalho de Conclusão de Curso I e II. Carga Horária total: 1.360 horas-aula.

Na Instituição B: Empreendedorismo e Carreira Profissional; Cinesioterapia; Avaliação em Fisioterapia; Recursos Físicos Terapêuticos; Controle e Aprendizado Motor; Fisioterapia nas Alterações do Sistema Locomotor I e II; Fisioterapia nas Alterações do Sistema Nervoso I e II; Fisioterapia na Saúde da Criança I e II; Fisioterapia nas Alterações do Sistema Respiratório I e II; Fisioterapia nas Alterações do Sistema Cardiovascular; Fisioterapia no Paciente Crítico; Estágio Supervisionado em Clínica-escola I e II; Disciplinas Eletivas; Fisioterapia Oncológica e Cuidados Paliativos; Tópicos Especiais em Fisioterapia; Projeto de Conclusão de Curso; Fisioterapia no Esporte Convencional e Adaptado; Fisioterapia Dermatofuncional; Estágio Supervisionado em Fisioterapia Hospitalar; Trabalho de Conclusão de Curso. Carga horária total do ciclo: 1.620 horas-aula

4) As disciplinas do ciclo saúde pública/coletiva são aquelas que concentram os seus assuntos nos temas relacionados à saúde coletiva, elencando as políticas de saúde e

promoção da saúde, bem como a atuação profissional do fisioterapeuta. Na instituição A, estes temas são desenvolvidos em Saúde Pública e Primeiros Socorros; Fisioterapia em Saúde Pública; Política de Saúde e Sistema Único de Saúde; Fisioterapia Preventiva, num total de 180 horas-aula.

No que diz respeito à instituição B, o ciclo é desenvolvido com as disciplinas: Políticas Públicas de Saúde; Epidemiologia; Fisioterapia na Saúde do Trabalhador; Fisioterapia em Saúde Pública; Fisioterapia na Saúde do Idoso; Cidadania e Responsabilidade Social; Estágio Supervisionado em Atenção Básica; Gestão em Saúde. A carga horária total é de 390 horas-aula.

Observa-se que, na instituição A, o ciclo saúde pública/coletiva, principal foco de interesse para essa dissertação, corresponde a 180 horas-aula do total de 4.200 horas-aula da carga horária total do curso, ou 4,3%. Na instituição B, o percentual é de 9,7% em relação à carga horária total do curso, que é de 4.017 horas-aula.

Foram observados em quais momentos do curso de Fisioterapia apareceram os conteúdos relacionados ao assunto promoção da saúde e como ocorre a interação com outras disciplinas da saúde coletiva no âmbito do currículo e/ou estágio profissional.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo dos currículos das duas instituições de ensino superior indicou que: Na instituição A, encontramos as disciplinas de anatomia humana, histologia, biofísica, bioquímica, biologia, fisiologia humana, história da fisioterapia e fundamentos da fisioterapia, sendo a carga horária total de disciplinas no primeiro período de 400 horas-aula.

No segundo período, na instituição A, a carga horária total é de 380 horas-aula. Nota-se que, apesar das disciplinas do ciclo básico ainda ocuparem as 340 horas-aula do período, é oferecida a disciplina de Saúde Pública e Primeiros Socorros, que tem 40 horas-aula. Vale ressaltar que a quantidade de conteúdo, bem como o nível de complexidade dos assuntos das disciplinas do ciclo básico, representam o maior desafio para o acadêmico recém-chegado à faculdade.

Ainda analisando a instituição A, observa-se que, o tema promoção da saúde aparece no segundo período como um tópico de uma unidade da disciplina de Saúde Pública e Primeiros Socorros, chamada de “Serviços em Saúde”. É curioso, portanto, que a instituição mescle a disciplina de saúde pública com primeiros socorros, com uma carga horária total de 40 horas-aula. A quantidade de assuntos que as disciplinas oferecem para serem abordados neste curto período de tempo pode levar ao fracionamento de informações importantes e de grande relevância para o futuro profissional que irá atuar na área da saúde. O Brasil, por apresentar grande diversidade sociocultural (muitos grupos étnicos, disparidades econômicas, peculiaridades regionais, etc.), bem como, dimensões continentais, requer por parte do profissional de saúde um estudo minucioso sobre as diversas nuances envolvidas na prática do cuidado.

As DCNs do curso de fisioterapia possuem como um dos seus objetivos ampliar a atuação do fisioterapeuta suscitando a elaboração de estratégias, visando não só o nível terciário de assistência, mas estendendo suas ações para a saúde como um todo. Segundo essas diretrizes:

Art. 3º O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e

funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação (BRASIL, 2002a).

O fisioterapeuta, então, deve ser capaz de atuar no âmbito individual e coletivo e, para que isso seja possível, se faz necessária a inclusão de disciplinas no currículo de formação que tenham como função elencar os principais assuntos trabalhados em saúde coletiva. Apesar das diretrizes enfatizarem a importância disso, não se estabelece a carga horária mínima que o tema possa contemplar seus objetivos.

[...] assegura às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como nas especificações das unidades de estudo a serem ministradas e também assegura às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida (BRASIL, 2002a).

Dando prosseguimento ao estudo da instituição A, no terceiro período não é oferecida disciplina do ciclo de saúde pública/saúde coletiva, ficando a mesma concentrada nas disciplinas do ciclo básico. No quarto período, as disciplinas do ciclo Biológico/Práxis, que estarão diretamente ligadas à prática profissional fisioterapêutica, se intensificam totalizando uma carga horária de 260 horas-aula. Porém, neste período também são oferecidas duas disciplinas do ciclo saúde pública/saúde coletiva, são elas: a) Fisioterapia em Saúde Pública, com uma carga horária de 40 horas-aula. É interessante enfatizar que os assuntos abordados nesta disciplina enfatiza a História do SUS e de toda a construção que foi percorrida desde a Reforma Sanitária Brasileira até a VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986, que posteriormente culminou com a criação e implantação do SUS. Nota-se também que são abordados os Princípios e Diretrizes do SUS elencados na Lei Orgânica da Saúde 8.080. b) Políticas e Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com carga horária de 40 horas-aula e os assuntos abordados também se concentram nos Princípios e Diretrizes do SUS e nas políticas públicas voltadas para a área da saúde coletiva. Nesta disciplina encontramos a promoção da saúde ocupando uma unidade indicando a mesma como uma prioridade do SUS descrita na Lei Orgânica da Saúde.

Durante o quinto período do curso de fisioterapia da instituição A, a ênfase no ciclo biológico da práxis guarda semelhança com o quarto período e a carga horária também totaliza 280 horas-aula das disciplinas do ciclo biológico/práxis e 60 horas-aula da única disciplina do ciclo saúde pública/saúde coletiva - Fisioterapia Preventiva e do Trabalho.

Os assuntos abordados nessa disciplina ficam divididos em duas partes. Na primeira unidade são abordados novamente os conceitos de níveis de atenção e o SUS enquanto que,



em um segundo momento da disciplina, discute-se a prevenção em saúde, relacionando-a às técnicas que devem ser utilizadas pelo profissional fisioterapeuta para prevenir desarranjos que podem ocorrer ao nível escolar, com o idoso e também com os trabalhadores.

Após o quinto período não é ofertada mais nenhuma disciplina do ciclo saúde pública/saúde coletiva na instituição A. Os próximos períodos terão disciplinas voltadas para a práxis profissional e o estágio profissional.

Ao realizar o estudo tendo como material as disciplinas do primeiro período da instituição B observamos que a disposição das mesmas segue o perfil da instituição A, onde são ministradas as disciplinas de anatomia do sistema locomotor teoria e prática, biologia celular e biologia molecular, histologia e embriologia, fundamentos histórico e legislação profissional, metodologia do trabalho científico e acadêmico e leitura e produção de textos.

No primeiro período, portanto, a carga horária total é de 420 horas-aula e o assunto saúde pública, bem como promoção da saúde, não são abordados, ficando apenas com as disciplinas do ciclo básico. Já no segundo período, observa-se a presença da disciplina Políticas Públicas de Saúde, com carga horária de 40 horas-aula, e que aparece em meio às disciplinas de anatomia dos sistemas, bioquímica, fisiologia do sistema nervoso, endócrino e reprodutor do ciclo básico de formação.

O assunto promoção da saúde aparece na unidade dois da disciplina Políticas Públicas de Saúde com o título de “Conceitos de Promoção da Saúde.” As outras unidades têm como tópicos: História indígena no ambiente natural brasileiro, a influência da colonização na saúde do povo indígena, história das políticas de saúde no Brasil, reforma sanitária e sua importância para a política de saúde atual e, por fim, o SUS.

Durante o curso, o aluno terá, até o quarto período, uma quantidade considerável de disciplinas de cunho básico. São 13 disciplinas que constroem a base específica da fisioterapia e seis que são voltadas para construção de textos, trabalhos acadêmicos, antropologia e filosofia. Portanto, o assunto promoção da saúde só tem lugar nas disciplinas de saúde pública onde é abordado.

No terceiro período, a disciplina de epidemiologia é ministrada e a promoção da saúde aparece na ementa recebendo o nome de “prevenção dos agravos e promoção da saúde coletiva”. Nota-se que, a partir deste momento do curso, as disciplinas relacionadas à práxis profissional se intensificam, juntando-se às básicas, todas com uma quantidade de conteúdo muito grande, mesclando com práticas em laboratório.

O ciclo de disciplinas básicas termina no terceiro período ficando, portanto, os demais concentrados nas disciplinas relacionadas à práxis. No quarto período, são oferecidas duas

disciplinas com foco em saúde coletiva: Fisioterapia em Saúde Pública e Política e Saúde do Sistema Único de Saúde.

No quinto período, aparece a última disciplina do ciclo saúde pública/saúde coletiva oferecida pela instituição B. A partir do sexto período as disciplinas serão todas concentradas no ciclo biológico/práxis e neste período também se inicia o estágio profissional. Durante os últimos períodos de estágio profissional, o curso oferece duas disciplinas chamadas de estágio profissional I e II, sendo ministradas no nono e décimo períodos, respectivamente.

A disciplina de estágio supervisionado II, oferecida no décimo período do curso, tem uma abordagem que inclui a atuação profissional em saúde pública. O conteúdo ministrado já apresenta temas relacionados às coletividades e a abordagem do fisioterapeuta, com objetivo, sobretudo, de ensinar acadêmicos a avaliar a necessidade de encaminhamento de pacientes a outros profissionais de saúde e como lidar com a equipe multidisciplinar. Mas, em nenhum momento o tema promoção da saúde aparece nesta disciplina, nem quais condutas o fisioterapeuta poderá utilizar em sua abordagem individual ou coletiva.

Observamos que as disciplinas que são agrupadas no ciclo saúde pública/saúde coletiva estão presentes a partir do segundo período e se estendem até o décimo período. A saúde coletiva, portanto é abordada em sete disciplinas: Políticas Públicas de Saúde, Epidemiologia, Fisioterapia na Saúde do Trabalhador, Fisioterapia em Saúde Pública, Fisioterapia na Saúde do Idoso, Cidadania e Responsabilidade Social e Gestão em Saúde.

No terceiro período do curso, iniciam-se as disciplinas do ciclo saúde pública e a disciplina Epidemiologia é ministrada tendo uma carga horária total de 80 horas-aula no período. A disciplina apresenta conceitos básicos da epidemiologia, voltados para o desenvolvimento de pesquisa na área da saúde de forma generalista.

A disciplina “Políticas Públicas de Saúde” apresenta uma carga horária total de 40 horas-aula no semestre, sendo ministrada no segundo período do curso. Os objetivos da disciplina concentram-se em analisar a atual política de saúde brasileira, com enfoque nas principais políticas e programas em vigor no país, a fim de nortear o trabalho dos profissionais de saúde para atuar de acordo com os princípios do SUS.

O conteúdo da disciplina enfatiza os momentos históricos da medicina sanitária brasileira, desde a colonização portuguesa até os dias atuais e como eles contribuíram para no futuro ser criado o Sistema de Saúde brasileiro. Nessa disciplina, a promoção da saúde aparece como uma política de saúde do SUS, com finalidade de exercer ações que venham valorizar aspectos relacionados à saúde da população incentivando a adoção de hábitos saudáveis.

Na disciplina Gestão em Saúde o objetivo principal é descrever os aspectos do gerenciamento da atenção básica e no ambiente hospitalar. O conteúdo concentra-se em atitudes voltadas para a logística organizacional da área de saúde.

Na disciplina saúde do trabalhador, são discutidos assuntos relacionados à segurança do trabalho, ergonomia, biossegurança e as doenças relacionadas ao trabalho. Além disso, discute-se também a atuação do fisioterapeuta para minimizar, prevenir e tratar os males causados pelo trabalho excessivo. Isso indica que o papel do fisioterapeuta é quase sempre voltado para a solução de problemas de saúde trazidos pelo trabalho excessivo e muito pouco direcionado para a valorização da saúde do trabalhador enquanto qualidade de vida.

A disciplina de Saúde do idoso apresenta um perfil voltado em grande parte para a reabilitação e solução dos principais agravos trazidos pelo envelhecimento. Porém, ainda assim, nota-se a promoção da saúde como um dos temas presentes relacionados à qualidade de vida do idoso frente aos problemas de saúde desta população.

Ao explorar a disciplina que recebe o nome de Fisioterapia em saúde pública, ministrada no curso da instituição B, nota-se que o seu conteúdo é concentrado em ações que podem ser realizadas pelo fisioterapeuta e não privilegia a promoção da saúde ficando grande parte do conteúdo voltado para as ações de reabilitação.

As disciplinas do ciclo saúde pública/saúde coletiva parecem incentivar as atitudes que devem ser desenvolvidas pelo futuro profissional para atuação no campo de trabalho, no gerenciamento de indicadores na atenção básica e na Rede Hospitalar.

Na instituição A, a carga horária de saúde coletiva representa 4,3% da carga horária do curso de fisioterapia e as disciplinas que abordam o assunto apresentam uma dispersão muito grande. As disciplinas se concentram no segundo, terceiro e quarto períodos em meio a uma grande quantidade de disciplinas do ciclo básico de formação. O assunto, portanto, não é mais abordado nos próximos cinco últimos períodos do curso. Esse fato acaba por tornar os temas de saúde pública mais distantes do dia-a-dia do discente.

Na instituição B, a carga horária relativa à saúde coletiva representa 9,7% da carga horária total do curso e as disciplinas encontram-se distribuídas no segundo, terceiro, quinto, sexto, sétimo e décimo períodos. As disciplinas, portanto, apresentam uma distribuição mais equilibrada durante o curso permitindo uma melhor continuidade dos assuntos.

A fisioterapia em saúde pública passou a fazer parte do currículo obrigatório do curso de fisioterapia após, principalmente, a promulgação da DCN, de 2002, para o curso de fisioterapia. Antes, o currículo do curso superior em fisioterapia era orientado pela Resolução nº4 de 28 de fevereiro de 1983, que estabelecia o currículo mínimo. Nesta época, o curso era

dividido em quatro ciclos, a saber: I - Ciclo de Matérias Biológicas; II - Ciclo de Matéria de Formação Geral; III - Ciclo de Matérias Pré-profissionalizantes; IV - Ciclo de Matérias Profissionalizantes.

A saúde pública entrava no ciclo de matérias de formação geral, estando no corpo de uma disciplina que recebia o nome de Introdução à Saúde Humana, que tinha uma carga horária de 60 horas-aula. A ministração desta disciplina ocorria no segundo período do curso e o assunto “saúde pública” só voltava novamente a ser abordado no oitavo período em uma disciplina que recebia o nome de “fisioterapia preventiva”, e que fazia parte do ciclo de matérias profissionalizantes.

Durante este estudo, percebemos que o tema promoção da saúde é um assunto que aos poucos tem sido abordado no curso de fisioterapia, sendo incluído em seus currículos de formação profissional na tentativa de seguir a determinação das DCNs instituídas para o curso de fisioterapia.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Fisioterapia, em suas competências gerais descritas no tópico Atenção à Saúde, tem-se que: “Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo”. Cabe, portanto, às instituições de ensino que oferecem o curso de fisioterapia adequar seus currículos na tentativa de cumprir suas determinações.

Porém, de forma curiosa, as mesmas DCNs que determinam a inclusão do assunto promoção da saúde nos currículos de formação, oferecem ampla liberdade às instituições de ensino superior na composição da carga horária a ser cumprida. Não existe, portanto, carga horária mínima para o assunto, ficando essa escolha a cargo de cada instituição de ensino. Nota-se também, que existe uma grande dificuldade por parte do fisioterapeuta para eleger quais atividades podem ser realizadas pelo “promotor da saúde”, sem que haja conflitos com outras profissões da área da saúde.

Entende-se, então, que a liberdade na escolha dos conteúdos que se farão presentes na formação profissional prevalece nas instituições de ensino podendo até mesmo expressar um determinado perfil institucional, no qual nota-se uma maior carga horária de disciplinas do ciclo saúde pública/coletiva, bem como estágios profissionais direcionados para esta área. Por outro lado, outras instituições de ensino centram o seu curso em um perfil mais reabilitador, destinando uma carga horária mínima para a saúde coletiva.

Para que desenvolvam o que determina a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, que enfatiza a prioridade de ações no âmbito da prevenção primária, os cursos da área de saúde, inclusive a

fisioterapia, seguem as DCNs que orientam a formação profissional. A fisioterapia, portanto, vem ampliando a sua atuação para a promoção da saúde e prevenção de doenças na tentativa de atender à política de assistência do SUS. Cabe ressaltar, porém, que a participação do fisioterapeuta em promoção da saúde no serviço público é mais significativa no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A promoção da saúde ainda representa um desafio para a fisioterapia, desde a sua formação profissional até a implantação de estratégias que sejam permeáveis à participação desde profissional que, a cada década, vem ampliando a sua atuação.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar as análises relativas a este estudo, deve-se ressaltar que o interesse pelo tema surgiu das vivências como profissional da área, atuando na assistência fisioterapêutica e também na formação de novos profissionais fisioterapeutas.

Pôde-se perceber, após a análise documental realizada, que os cursos apresentam uma diversidade maior de disciplinas em saúde coletiva ou conteúdos que estão relacionadas ela do que à época anterior ao SUS. A Promoção da Saúde ainda é um tema onde predomina a discussão de conteúdos teóricos, distanciados da prática. Percebe-se também a variação da carga horária para a saúde coletiva de uma instituição para a outra.

O Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta-se como uma revolução no sistema de saúde brasileiro, sendo pioneiro no que diz respeito a unir a formação dos profissionais de saúde e as necessidades sociais. Na tentativa de adequar os profissionais de saúde aos princípios e diretrizes do SUS, a formação do fisioterapeuta foi rediscutida, levando em consideração as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Fisioterapia, instituídas no ano de 2002.

Considera-se que o caminho para a ampliação do trabalho do fisioterapeuta na Promoção da Saúde passa pela formação, incluindo discussões em torno do Sistema Único de Saúde e acerca de como cada futuro profissional poderá contribuir para reafirmar um SUS mais universal, integral e equânime.

A observação dos currículos dos cursos de fisioterapia das instituições de ensino selecionadas também evidenciou uma prevalência de disciplinas voltadas exclusivamente para a cura e reabilitação. Isso aponta para o fato de que no Brasil os modelos de assistência ainda não conseguem introduzir o atendimento primário como coadjuvante ao nível secundário e terciário, também descrito no referencial teórico consultado.

Parece inquestionável a premissa de que, se desde o início de sua formação, o fisioterapeuta tem a oportunidade de acompanhar mais proximamente os contextos diversos e como o sistema de saúde pode atuar, tudo isto vem a potencializar as ações em promoção da saúde, como propõe a legislação do SUS.

É importante enfatizar que a fisioterapia em saúde coletiva amplia e engloba a fisioterapia reabilitadora, permitindo uma ação mais adequada a cada perfil populacional. A fisioterapia exclusivamente reabilitadora está concentrada no controle de danos, buscando a cura de determinadas doenças que afetam a locomoção humana. A fisioterapia coletiva

possibilita e incentiva a atuação também no controle dos riscos que contribuem para o desenvolvimento das doenças.

O que fica notório, é que as instituições de ensino ainda estão envolvidas no processo de formar o fisioterapeuta com uma visão generalista no que diz respeito à atuação no terceiro nível de assistência.

Compartilha-se integralmente a posição tomada pelos teóricos neste trabalho, quando enfatizam a importância da fisioterapia coletiva, pois a atuação passa a ser direcionada aos grupos populacionais doentes e não doentes, porém com risco potencial ao adoecimento. O direcionamento da atuação para o nível primário é destinado ao coletivo de pessoas e potencializa os resultados das ações de saúde, ao evitar o surgimento e a evolução de novas doenças, bem como busca transformar as condições de vida dos grupos populacionais.

É importante enfatizar que um modelo de fisioterapia coletiva não negligencia a fisioterapia baseada na cura e reabilitação, mas acrescenta novas possibilidades de atuação do fisioterapeuta frente ao atual quadro sanitário e da nova lógica do SUS, como muito apropriadamente esclarecem alguns autores.

As disciplinas de saúde coletiva, quando disseminadas em vários períodos ao longo do curso de fisioterapia, estimulam no futuro profissional o desenvolvimento de estratégias adequadas aos grupos populacionais diversos com o quais irá atuar. O que muitas vezes ocorria era a faculdade oferecer a disciplina em períodos iniciais e uma única vez no curso, o que prejudicava o processo de conhecimento dos riscos sociais, econômicos, biológicos, físico-químicos, entre outros. Além disso, levava o fisioterapeuta a um individualismo profissional, atuando exclusivamente no nível terciário. No que diz respeito ao estudo realizado, este aspecto parece apresentar uma mudança muito bem-vinda, quando percebemos a distribuição de disciplinas em períodos distintos nas instituições de ensino aqui observadas.

O que se pode concluir em relação ao tema da formação do profissional de fisioterapia e a promoção da saúde é que os cursos estão mudando gradualmente seus perfis. Entretanto, por razões que se relacionam ao histórico da profissão, tudo leva a crer que os mesmos ainda conduzem seus alunos a uma prática restrita, quase que exclusivamente, ao serviço privado de saúde. Além disso, a presença do fisioterapeuta atuando na promoção da saúde no SUS se dá na maior parte das vezes por meio do NASF.

Espera-se continuar estudando e contribuindo para o enriquecimento das reflexões em torno das práticas deste profissional em estudos futuros, chegando a formulações e proposições mais efetivas no sentido da desvinculação desta área do campo da reabilitação, quase que exclusivamente.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. *SUS, Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2011.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre a produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 121, p. 2234-2249, dez. 2010.

AQUINO, R. S. L. et al. *História das sociedades: das sociedades modernas as atuais* 2. ED. Rio de Janeiro: Ao livro técnico, 1983.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no núcleo de apoio à saúde da família em Governador Valadares, MG. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 2, n. 23, p. 323-330, 2010.

BARCLAY, Jean. *In good hands: the history of the Chartered Society of Physiotherapy 1894-1994*. Trowbridge: Redwood Books, 1994.

BARREYROS, G. B. *Mapa do ensino superior privado*. 1 ed. Brasília: INEP/MEC, 2008.

BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 941-954, 2008.

BISPO JUNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: Reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *História, Ciência e Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, jul./set. 2009.

BISPO JUNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jun. 2010.

BRANCO JUNIOR, J. S. *O conceito ampliado de saúde e a formação em odontologia*. 2011. 214f. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde)-Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002a*. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. *Decreto n. 19.851, de 11 de abril de 1931*. Dispõe que o ensino superior no Brasil obedece preferência ao sistema universitário isolado. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19851-11-abril-1931-505837-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 3 Jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Censo da Educação Superior 2016*. Disponível em: <[http://download.inep.gov.br/educacao\\_superior/censo\\_superior/documentos/2016/notas\\_sobre\\_o\\_censo\\_da\\_educacao\\_superior\\_2016.pdf](http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2016/notas_sobre_o_censo_da_educacao_superior_2016.pdf)>. Acesso em: 1 jul. 2018.



BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 687 de 30 março de 2006*. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html)>. Acesso em: 3 jan. 2018.

BRASIL. Ministério do trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Portaria Ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002b. Disponível em: <[www.mteco.gov.br](http://www.mteco.gov.br).2002>. Acesso em: 3 jan. 2018.

BRASIL. Ministério do Trabalho. *Portaria GM/MS nº154, de 24 de Janeiro de 2008*. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos núcleos de apoio à saúde da família-NASF. 2018. Disponível em: < <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/legislacao.jsf>>. Acesso em: 15 mar.2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 1 jun. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto-lei n. 938, de 13 de outubro de 1969*. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1965-1988/De10938.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/De10938.htm)>. Acesso em: 1 jun. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 1 ago. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996*. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm)>. Acesso em: 11 jul. 2018.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 14-166.

CARVALHO, A. L. B. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. *Tempus: Acta de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 3, n. 3, p. 16-30, 2009.

CARVALHO, Y. M. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004.

CASTELLANOS, M. E. et al. Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 1657-1666, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução COFFITO-80. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 maio 1987.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 2ª REGIÃO. Resolução 219, de 14 de dezembro de 2000. Disponível em: <<http://www.crefito2.gov.br/legislacao/resolucoes-coffito/resolucao-219--de-14-de-dezembro-de-2000-90.html>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CURY, C. R. J. et al. Um novo movimento da educação privada. In: ADRIÃO, T.; PERONI, V. (Org.). *Público e privado na educação, novos elementos para o debate*. São Paulo: Xamã, 2008. p. 17-25.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da Saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DIBAI FILHO, A. V.; BARBOSA L. F.; RODRIGUES J. E. Ensino Superior em Fisioterapia no Brasil. *Fisioterapia Brasil*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 5, set./out. 2010.

ESPINDOLA, D. S.; BORENSTEIN, M. S. Evolução histórica da fisioterapia da massagem ao reconhecimento profissional (1894-2010). *Fisioterapia Brasileira*, São Paulo, v. 12, n. 5, p. 389-394, set./out. 2011.

FERREIRA NETO, J. L. et al. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1997-2007, out. 2013.

FINKELMAN, J. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF). *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, Paraíba, v. 16, p. 113-122, 2012.

FREITAS, M. S. *A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares ressignificando a prática profissional*. 2006. 167f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GOODSON, I. F. *Currículo: teoria e história*. Petrópolis: Vozes, 1995.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 7 jun. 2018.

LAKATOS, M. E.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 1991.

LALONDE, M. A. *New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Preventive Medicine for the doctor in his Community*. Nova Iorque: McGraw-Hill, 1965.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LIMA-COSTA, F. M.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 12, n. 4, p.189-201, abr. 2003.

LOPES, A. C.; MACEDO, E. *Teorias do currículo*. São Paulo: Cortez, 2011. 280 p.

MARASCHIN, R.; VIEIRA, P. S.; SILVA, A. L. L. Reflexão contemporânea sobre o processo ensino-aprendizagem na formação dos profissionais da saúde. *EFDeportes.com*, Revista Digital, Buenos Aires, ano 17, n. 170, jul. 2012.

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

MARTINS, A. C. P. Ensino superior no Brasil: da descoberta aos dias atuais. *Acta Cirurgica Brasileira*, São Paulo, v.17, supl. 3, 2002.

MASETTO, M. *Docência na Universidade*. 2. ed. São Paulo: Papyrus, 2000.

MCKEOWN, T.; LOWE, C. R. *Introducción a la Medicina Social*. México: Siglo Veintiuno, 1986.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 80p.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MOREIRA, A. F. B; SILVA, T. T. *Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

OLIVEIRA, V. Reconstruindo a fisioterapia no mundo. *Revista estudos vida e saúde*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 509-534, abr. 2005.

OLIVEIRA, V. R. C. *A história dos currículos de Fisioterapia: a construção de uma identidade profissional*. 2002. 329f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Goiânia: Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). INDICADORES DE SAÚDE: Elementos Conceituais e Práticos. Disponível em: <  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt)>. Acesso em: 1 jul. 2018.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 143-182. (Volume 3).

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAULANI, L. M. Neoliberalismo e individualismo. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 13, p. 115-127, dez. 1999.

PAVIANI, J. *Ensinar: deixar aprender*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. (Coleção Filosofia; 154).

REBELLATO, JR.; BOTOMÉ S. P. *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

SANCHES, E. L. Estudo preliminar do adestramento de fisioterapeutas no Brasil. *Revista Paulista de Hospitais*, São Paulo, n. 4, p. 30-37, 1971.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SHEPARD, K. F.; JENSEN, G. M. *Handbook of teaching for physical therapists*. Newton: Butterworth-Heinemann, 1997.

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

SILVA, D. J. ; ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e sistema único de saúde: desafios na formação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, nov./dez. 2007.

SILVA, T. T. *Documento de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. 2 ed. Porto Alegre: Autentica, 2007.

TEIXEIRA, C. B. *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fisioterapia: o perfil do fisioterapeuta*. 2004. 145 f. Curitiba. Dissertação (Mestrado em Educação)- Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2004.

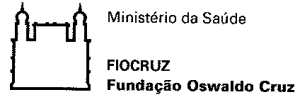
TURATO E. R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 2. ed. Petrópolis: vozes, 2003.

VIANNA, M. L. T. W. *Em torno do conceito de política social: notas introdutórias*. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em:  
<<http://antigo.ena.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2018.

VIEIRA, P. S.; BAGGIO A.; MARASCHIN, R. Estudo de Fisioterapia e Implicações para o Exercício Profissional. *Saúde em Revista*, São Paulo, v. 9, n. 21, p. 41-47, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO, 1986.

## APÊNDICE A – Cartas de Apresentação às Instituições



Ao  
Centro Universitário Augusto Motta  
Faculdade de Fisioterapia

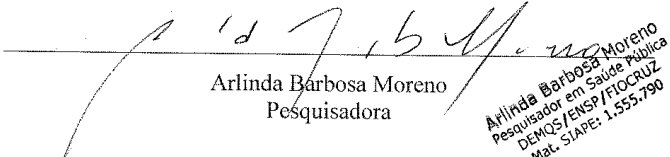
### Carta de Apresentação

Prezados Senhores,

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV, da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, por meio de seu Programa de Pós-Graduação, no âmbito do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, gostaria de apresentar a V.Sas. o aluno *Madson da Silva Matos*, regularmente matriculado no referido programa e autor do Projeto de Dissertação "*A Formação do Profissional Fisioterapeuta para Atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) em Prevenção Primária: Como fica a Promoção da Saúde?*" (em anexo), que está sendo orientado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Arlinda Barbosa Moreno, Pesquisadora - ENSP/Fiocruz.

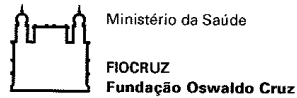
Considerando que o projeto em questão inclui a análise documental de currículos de nível superior para a formação em fisioterapia (conforme plano de trabalho em anexo), gostaria de solicitar a V.Sas. apoio ao mesmo, mais especificamente, por meio do acesso a currículos/programas do curso de fisioterapia do Centro Universitário Augusto Motta.

Rio de Janeiro, 16 de novembro de 2017.

  
Arlinda Barbosa Moreno  
Pesquisadora

Arlinda Barbosa Moreno  
Pesquisador em Saúde Pública  
DEMOQ/ENSP/FIOCRUZ  
Mat. SIAPE: 1.555.790

Ciente:   
Cristina Dias - FT - PhD  
FTO 1084  
Coordenação - Fisioterapia  
Data e Assinatura



À  
 UNIG – Universidade Iguazu  
 Faculdade de Fisioterapia

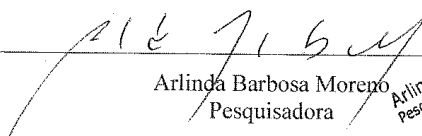
### Carta de Apresentação

Prezados Senhores,

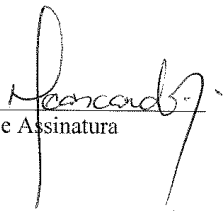
A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV, da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, por meio de seu Programa de Pós-Graduação, no âmbito do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, gostaria de apresentar a V.Sas. o aluno *Madson da Silva Matos*, regularmente matriculado no referido programa e autor do Projeto de Dissertação “*A Formação do Profissional Fisioterapeuta para Atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) em Prevenção Primária: Como fica a Promoção da Saúde?*” (em anexo), que está sendo orientado pela Profª Drª Arlinda Barbosa Moreno, Pesquisadora - ENSP/Fiocruz.

Considerando que o projeto em questão inclui a análise documental de currículos de nível superior para a formação em fisioterapia (conforme plano de trabalho em anexo), gostaria de solicitar a V.Sas. apoio ao mesmo, mais especificamente, por meio do acesso a currículos/programas do curso de fisioterapia da UNIG.

Rio de Janeiro, 16 de novembro de 2017.

  
 Arlinda Barbosa Moreno  
 Pesquisadora

Arlinda Barbosa Moreno  
 Pesquisador em Saúde Pública  
 DEMOS/ENSP/FIOCRUZ  
 Matr. SIAPE: 1.555.790

Ciente: 28/11/17   
 Data e Assinatura