

Artigo original

As novas demandas da atenção à saúde: estamos preparados para mudanças na formação profissional?

The new demands of health care: are we ready to face the changes in professional education?

Lina Faria, D.Sc.*, Elirez Silva, D.Sc.**

.....
*Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus GV, Minas Gerais, **Coordenador do Curso de Fisioterapia da Universidade Gama Filho (UGF), Rio de Janeiro RJ

Resumo

Introdução: Em função de uma trajetória profissional curativa e reabilitadora, os fisioterapeutas encontram-se frente ao desafio da adaptação de sua formação curricular para atender às novas demandas da saúde pública brasileira. **Objetivo:** Verificar a necessidade de adequação das grades curriculares dos cursos de fisioterapia aos propósitos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) na formação de profissionais fisioterapeutas com perfil humanista e generalista. **Material e métodos:** Foram analisadas 33 grades curriculares de cursos de fisioterapia, reconhecidos pelo MEC, nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte, para verificar se os conteúdos programáticos atendem às mudanças preconizadas. **Resultados:** Em treze cursos o modelo de ensino ainda é o tradicional, tendo como referência o “saber técnico”. Nove cursos buscam se adaptar às propostas das Diretrizes. Onze integram disciplinas e estágios supervisionados que atendem às mudanças. **Conclusão:** Os projetos pedagógicos revelam a necessidade de mudanças na educação, de modo que o processo de formação se pautar por uma atuação com foco na prevenção e promoção da saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, educação em saúde, prática profissional, classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.

Abstract

Introduction: Due to a professional training that emphasizes a curative and rehabilitation model, physical therapists face the challenge of adopting a different common core curriculum that addresses the new demands of Brazilian public health. **Objective:** To verify the needs to adapt the cross-curricular teaching in the field to the national guidelines, in search of training professionals with a humanist and generalist profile. **Methods:** Thirty-three curricular fields in physical therapy courses, all officially recognized by the Brazilian Ministry of Education, were examined in the cities of Rio de Janeiro, São Paulo and Belo Horizonte, to verify if their programmatic content met the anticipated changes in curriculum development. **Results:** Thirteen courses still followed a traditional pedagogical model, based on, or prioritizing, “technical” knowledge. Nine courses sought to conform to the new proposals and guidelines. Eleven other courses fully attended to such proposals through the integration of courses and supervised training. **Conclusion:** The pedagogical projects indicate the need for educational changes, so that the process of education may reach the objectives of health promotion and health education.

Key-words: primary health care, health education, professional practice, international classification of functioning, disability and health.

Recebido em 14 de fevereiro de 2012; aceito em 13 de março de 2013.

Endereço para correspondência: Lina Faria, Av. Dr. Raimundo Monteiros de Rezende, 330 Centro 35010-177 Governador Valadares MG, E-mails: lina.faria@ufff.edu.br; coord.fisioterapia.gv@ufff.edu.br

Introdução

Em função de uma trajetória profissional curativa e reabilitadora, os fisioterapeutas encontram-se frente ao desafio da adaptação de sua formação prática para atender às novas demandas da saúde pública brasileira, que tem como base a atenção primária. Esta nova perspectiva exige como competência dos profissionais uma abordagem de promoção à saúde voltada para as necessidades concretas da população e para a “redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável” [1]. A Constituição de 1988, que introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema de saúde, foi um passo importante nesta direção, pois garante a todos os cidadãos direito e acesso à saúde. Busca-se a partir de então uma assistência mais humanizada e integral, voltada especialmente para a atenção básica e para o trabalho das equipes multiprofissionais [1,2].

Ao entender que a fisioterapia é uma ciência que busca técnicas e intervenções terapêuticas capazes de promover a recuperação da funcionalidade, a prevenção de sequelas, a qualidade de vida e a integração social do paciente, o profissional fisioterapeuta também participa do processo de transformação por que passa a área da saúde no Brasil. Um profissional com formação generalista, humanista e crítica, que detém visão ampla e global: este é o perfil definido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (DCN/FISIO) aprovada em 2002 [3].

A partir da aprovação das Diretrizes, um número expressivo de cursos de graduação foi criado em todo o país, especialmente em instituições privadas. Com as mudanças na área da saúde, atualizações nos projetos pedagógicos e na prática profissional do fisioterapeuta fizeram-se necessárias; no entanto, não repercutiram de forma impactante na prática cotidiana dos serviços prestados e na graduação dos profissionais de saúde [4,5]. Não resultou também em ampliação da assistência ou maior acesso da população aos cuidados da fisioterapia.

Aliado a este aumento no número de cursos, outro fator preocupante a ser considerado neste cenário é a valorização tecnicista que os projetos pedagógicos ainda impõem aos alunos de fisioterapia. As mudanças requerem das instituições de ensino superior, dos coordenadores dos cursos e do corpo docente a construção coletiva dos projetos pedagógicos, a coerência dos currículos face às Diretrizes e, em especial, metodologias de ensino que permitam a interdisciplinaridade. Alguns estudos têm chamado a atenção para a baixa *aderência* dos projetos pedagógicos aos princípios das Diretrizes [6]. Um dos fatores indicativos desta dificuldade seria a ausência de *responsabilidade social* de muitas instituições de ensino superior [7].

É importante frisar que o fisioterapeuta se depara com situações e condições patológicas que o levam a refletir e atuar de forma sistematizada, humanista e em equipe, buscando

a melhoria das condições de vida do paciente, objetivando a funcionalidade e, conseqüentemente, a integração social do indivíduo. O fisioterapeuta é chamado a repensar o seu papel e a sua atuação prática assistencial segundo novas bases e critérios e, assim, participar deste modelo assistencial, que tem como fundamento a atenção primária à saúde.

As possibilidades de intervenção do fisioterapeuta, junto ao paciente, não se restringem apenas à reabilitação de organismos lesionados. O modelo curativo e reabilitador que por várias décadas orientou a atuação profissional [8] vem sendo reavaliado. Atualmente, a prevenção de problemas e a promoção da saúde passaram a fazer parte do campo de atuação do fisioterapeuta. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença ou na incapacidade. De acordo com Vêras, o fisioterapeuta deve ser capacitado para atuar tanto na recuperação quanto na atenção primária. Assim será visto, segundo a autora, “como profissional de saúde de forma mais global” [9].

Para Maranhão [10], é fundamental inserir na formação profissional o modelo de promoção da saúde estabelecido para o país, com base na atenção primária e no trabalho em equipe. É importante enfatizar o desenvolvimento de qualidades humanistas, criando condições para o trabalho conjunto entre os profissionais da área de saúde.

Almeida e Mishima [11] ponderam que a formação dos profissionais de saúde, de modo geral, não os capacita para um trabalho em equipe, uma vez que cada profissão utiliza uma linguagem e termos técnicos específicos de sua área de atuação, o que dificulta o diálogo entre os profissionais. Em função disto, a atuação fragmentada e centrada no modelo biomédico tradicional ainda predomina nos serviços de saúde.

Segundo Morin [12], o homem é a combinação de vários fatores: físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico. No entanto, se apresenta na educação de forma desintegrada por meio das disciplinas e conteúdos dicotomizados. O que se busca é uma formação mais contextualizada, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando o profissional para enfrentar os problemas do processo saúde/doença.

A participação do fisioterapeuta em ações básicas em saúde, seja no nível primário, secundário ou terciário, é condição para a concretização de uma assistência fisioterapêutica voltada para a capacidade funcional e a integração social do paciente. O ideal de serviço deve estar centrado na qualidade da assistência prestada. Portanto, cuidar significa olhar o paciente como um todo, considerando o contexto biológico, psíquico e social, nos moldes da proposta biopsicossocial da Organização Mundial de Saúde (OMS). O que se impõe é uma nova lógica de organização dos serviços de saúde e uma redefinição da atuação dos profissionais [13,14].

Neste sentido, os projetos pedagógicos devem seguir as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais que estabelecem as competências e habilidades gerais e específicas que cada curso deve desenvolver durante o processo de formação

dos acadêmicos. As propostas de mudança na formação dos profissionais de saúde, apoiadas pelo Ministério da Saúde, sugerem que o profissional leve em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade, transformando o modelo de assistência, fortalecendo a promoção e a prevenção [3].

Dois passos são importantes nesta direção: em primeiro lugar, mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos de fisioterapia para que correspondam adequadamente aos propósitos das Diretrizes Curriculares Nacionais, que projetam profissionais aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Um segundo passo diz respeito à aplicação de parâmetros de atuação que possibilite melhor compreensão do processo de reabilitação.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), nomenclatura proposta pela Organização Mundial da Saúde, em 2001 [15,16], embora pouco divulgada, discutida e aplicada na prática clínica do fisioterapeuta, se constitui em ferramenta de mudança para a intervenção profissional. A adoção deste parâmetro possibilitaria ao fisioterapeuta, em seus procedimentos, identificar as capacidades e as limitações específicas para cada indivíduo e planejar um programa de recuperação, prevenção e promoção centrado na capacidade funcional do paciente e não somente na patologia.

A CIF visa à formulação de uma linguagem uniforme para as categorias da saúde, para facilitar a comunicação entre os vários profissionais e superar as dificuldades de diálogo já sublinhadas [17]. A utilização deste parâmetro pode ser um caminho para suscitar discussões e estudos sobre os temas da funcionalidade, da atuação fragmentada da equipe e da inclusão e/ou participação social do paciente.

Neste sentido, o objetivo deste estudo de revisão é verificar a necessidade de adequação das grades curriculares dos cursos de fisioterapia aos propósitos das Diretrizes Curriculares Nacionais na formação de profissionais fisioterapeutas com perfil humanista e generalista.

Material e métodos

Foram selecionados e analisados 33 cursos de fisioterapia, reconhecidos pelo MEC, nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte, via Internet, o que representa 66% do total de cursos (50) nestas cidades.

Existem na cidade do Rio de Janeiro 16 instituições reconhecidas pelo MEC que oferecem cursos de fisioterapia. Na cidade de São Paulo são 24 instituições e em Belo Horizonte, 10 instituições. As 17 instituições que não participaram do estudo não tinham disponíveis em suas páginas institucionais o projeto pedagógico do curso e/ou a grade curricular. Todos os coordenadores foram contatados por e-mail, no intuito de se evitar a inserção de viés amostral. Como critério para verificação dos cursos que estão se adequando aos princípios propostos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, se con-

siderou: o tempo de integralização; a adequação da carga horária; as grades curriculares; as disciplinas que as integram e seu ordenamento.

Elegemos as seguintes disciplinas que buscam uma formação e atuação profissional que atendam ao sistema de saúde vigente no país e que enfatizam, no nível primário de atenção à saúde, processos de ensino-aprendizagem direcionados para ações de promoção da saúde e prevenção de agravos [1,18]: Introdução à Saúde Coletiva; Fisioterapia Preventiva; Fisioterapia Aplicada à Atenção Básica à Saúde; Fisioterapia na Saúde da Família; Promoção e Prevenção da Saúde do Idoso; Prevenção e Promoção da Saúde da Criança, Prevenção e Promoção na Saúde da Mulher, Fisioterapia em Saúde Pública, Educação e Promoção da Saúde; Inclusão Social; Políticas Públicas e Inclusão Social, Epidemiologia e Saúde Pública, Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência.

O estágio faz parte dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação e deve envolver troca de informações entre os profissionais. É um período de prática para efeito de aprendizagem e aprimoramento profissional, objetivando o desenvolvimento do aluno para a vida cidadã e profissional [19]. Neste sentido, foram selecionados estágios supervisionados em áreas consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde para atuação das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde [1]: Estágio Supervisionado em Atenção Básica; Estágio de Fisioterapia em Saúde Comunitária e Atenção Básica; Estágio Supervisionado Profissionalizante em Fisioterapia Aplicada à Saúde da Comunidade e do Trabalhador; além de Vivência Profissional em Saúde Coletiva e Práticas Investigativas em Saúde da Família.

O Estágio Supervisionado em paciente crítico em ambiente domiciliar, também é importante para a formação generalista que se espera hoje do profissional de saúde. O atendimento domiciliar multiprofissional compreende uma das várias atividades da atenção em saúde e deve ser estruturado levando-se em consideração as condições clínicas do paciente, o grau de dependência para as atividades funcionais, as condições sociais e econômicas. Freitas [5] aponta que o atendimento domiciliar está relacionado “ao maior apelo para a justificativa da atuação” do fisioterapeuta. Está em jogo a busca de um maior contato com os pacientes e o estabelecimento de vínculos que permitam conhecer suas realidades. De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência domiciliar deve “responder às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para deslocarem-se aos serviços de saúde. Em seu desenvolvimento intervêm de forma diferenciada todos os componentes da equipe de saúde, estando a resolutividade relacionada com a composição da mesma e as condições proporcionadas à equipe pelo doente, família e domicílio” [20,21].

Foram analisadas as grades curriculares e os projetos pedagógicos, nos seus conteúdos programáticos. Para fins de análise, adotamos categorias analíticas denominadas: *Atende Totalmente*, *Atende Parcialmente* e *Não Atende*, para verificar

em que medida os cursos de fisioterapia estão contemplando os aspectos destacados nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Os dados numéricos serão apresentados como porcentagens, médias e desvios-padrão.

Resultados

O Conceito Preliminar de Curso (CPC) tem como base: o desempenho dos estudantes no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade), o quanto o curso agrega de conhecimento ao aluno (IDD) e variáveis de insumo - corpo docente, infraestrutura e organização didático-pedagógica.

SC significa sem conceito (sem CPC) no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes.

Dos 33 cursos acessados via Internet, 30 estavam com a carga horária mínima de 4.000 horas estabelecida pela Resolução CNE/CES 4, de 6 de abril de 2009. As três instituições que não cumpriam a Resolução são privadas. Consideremos agora as instituições que cumprem a Resolução CNE/CES: nestes 30 cursos, a carga horária média foi de 4.352 ± 286 horas. O curso com menor carga horária, acima das 4 mil regulamentares, foi de 4.021 horas e o com maior foi de 5.180 horas. Quatro cursos (13%) são oferecidos por instituições públicas. Vinte e seis cursos (86%) são oferecidos por instituições privadas. Entre os 30 cursos pesquisados que atendiam

Tabela I - Organização Acadêmica, Carga Horária, Tempo de Integralização e Avaliação Enade dos Cursos de Fisioterapia nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte.

Cursos	Avaliação Enade 2010 CPC Faixa	Organização Acadêmica	Carga Horária	Tempo de Integralização	Avaliação da Grade Curricular
A	3	Privada	5.180h	5 anos	Atende Totalmente
B	2	Privada	4.846h	5 anos	Não Atende
C	4	Privada	4.820h	4 anos	Atende Parcialmente
D	3	Privada	4.800h	5 anos	Atende Parcialmente
E	3	Privada	4.800h	5 anos	Atende Totalmente
F	4	Privada	4.800h	4 anos	Atende Parcialmente
G	SC	Pública	4.698h	5 anos	Atende Parcialmente
H	3	Privada	4.620h	5 anos	Atende Totalmente
I	4	Pública	4.492h	4 anos	Atende Totalmente
J	SC	Privada	4.490h	5 anos	Atende Totalmente
K	4	Privada	4.452h	5 anos	Atende Parcialmente
L	SC	Pública	4.410h	5 anos	Atende Totalmente
M	3	Privada	4.400h	4 anos e meio	Atende Parcialmente
N	SC	Privada	4.340h	4 anos	Não Atende
O	3	Privada	4.290h	4 anos	Atende Totalmente
P	3	Privada	4.275h	5 anos	Atende Totalmente
Q	SC	Privada	4.230h	4 anos	Não Atende
R	2	Privada	4.170h	4 anos	Não Atende
S	3	Privada	4.125h	4 anos	Não Atende
T	3	Privada	4.094h	4 anos	Não Atende
U	3	Privada	4.086h	4 anos e meio	Atende Parcialmente
V	3	Privada	4.048h	5 anos	Não Atende
X	3	Privada	4.030h	4 anos e meio	Atende Parcialmente
W	2	Privada	4.026h	4 anos e meio	Não Atende
Z	3	Privada	4.021h	5 anos	Não Atende
AB	3	Privada	4.021h	5 anos	Não Atende
AC	4	Pública	4.000h	5 anos	Atende Totalmente
AD	4	Privada	4.000h	4 anos	Atende Totalmente
AE	4	Privada	4.000h	4 anos	Atende Parcialmente
AF	4	Privada	4.000h	4 anos	Atende Totalmente
AG	3	Privada	3.968h	5 anos	Não Atende
AH	SC	Privada	3.924h	4 anos	Não Atende
AI	3	Privada	3.358h	4 anos	Não Atende

à Resolução, dezessete cursos (57%) têm carga horária de até 4.340 horas e treze cursos (43%) têm carga horária na faixa mais elevada, entre 4.400 horas e 5.180 horas. Dos 30 cursos com carga horária mínima de 4.000 horas, 14 cursos (47%) integram em 5 anos; 4 cursos (13%) integram em 4 anos e 6 meses; 12 cursos (40%) integram em 4 anos.

Considerando agora as Diretrizes Curriculares Nacionais foi possível constatar que, dos 33 cursos, treze (todos oferecidos por instituições privadas) não atendem aos propósitos das DCN. O modelo de ensino ainda é o tradicional, tendo como referência o "saber técnico". Nove cursos (um público e oito privados) atendem parcialmente às mudanças e onze cursos (três públicos e oito privados) integram, em suas grades curriculares, disciplinas e estágios supervisionados que atendem às orientações, estando preparados para uma formação generalista, com enfoque pautado na realidade social e nas necessidades de saúde da população. Destes onze cursos, 75% oferecidos por instituições públicas e apenas 31% oferecidos por instituições privadas atendem totalmente às Diretrizes.

Discussão

O aparente desgaste do modelo tradicional de formação acadêmica, a tímida inserção do fisioterapeuta nos programas e políticas de saúde do governo, a proposição de um novo perfil profissional, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais e a mudança de abordagem no processo saúde-doença, que passa a observar a funcionalidade, de acordo com a proposição da Classificação Internacional de Funcionalidade vêm estimular os projetos pedagógicos para o ensino da fisioterapia nos tempos atuais [16,22].

A complexidade do processo de cuidar demanda uma nova abordagem por parte dos profissionais de saúde. Requer a superação do modelo centrado na doença, para construir um pensar e um fazer sustentado na funcionalidade, dentro de uma nova lógica de trabalho em saúde, com enfoque na prevenção, na promoção e na humanização da atenção. Os preceitos de intervenção precoce estão impulsionando a mudança de perfil do profissional de saúde. Em relação ao fisioterapeuta, este profissional não está limitado a garantir sobrevivência, mas principalmente a qualidade de vida [23]. A qualidade de vida está relacionada à capacidade funcional, que permitirá a realização de tarefas e atividades básicas de vida diária e, conseqüentemente, a inclusão social do indivíduo. Mas, para que tal processo seja viabilizado, deve haver uma modificação profunda nos projetos pedagógicos e grades curriculares dos cursos de graduação na área da saúde, com atualizações que correspondam às expectativas da nova saúde pública brasileira.

O fisioterapeuta, como profissional que participa do processo de reabilitação, objetiva em sua atuação prática tornar possível a participação social do indivíduo. Faz-se, portanto, fundamental aproximar a área da fisioterapia das demandas da população. Diante desta perspectiva, a funcionalidade

é o indicador mais adequado para direcionar a assistência à população. O impacto das conseqüências das doenças na funcionalidade suscitou a elaboração, em 2001, da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, pela Organização Mundial da Saúde [24].

A CIF propõe uma abordagem com enfoque pautado na realidade social e nas condições de saúde da população, identificando o que uma pessoa pode ou não pode fazer na sua vida diária [24]. Esta classificação valoriza a funcionalidade como um componente essencial da saúde e considera o meio ambiente como facilitador ou obstáculo para o desempenho de ações e tarefas. A CIF codifica domínios que nos ajudam a compreender as modificações que se operam nas funções e na estrutura do corpo, do ponto de vista da execução de tarefas e da participação social do indivíduo [24,25].

É uma classificação universal de funcionalidade, incapacidade e saúde para ser utilizada nos setores da saúde e naqueles relacionados ao campo, como, por exemplo, a área da educação [24]. A nova classificação busca superar algumas limitações do modelo tradicional de reabilitação, de considerar a questão da incapacidade centrada apenas na estrutura anatomo-fisiológica [26-29]. Isso significa não apreender as necessidades mais específicas do paciente.

Na perspectiva da OMS, funcionalidade é a capacidade do indivíduo realizar tarefas relevantes da rotina diária e de interagir socialmente no trabalho, na família, na escola e com os amigos. A CIF busca assegurar ao indivíduo tirar o máximo proveito de sua capacidade física, com a finalidade de se tornar colaborador ativo dentro da sua comunidade [30]. Neste sentido, representa uma mudança de abordagem para pensar e trabalhar a assistência, constituindo um instrumento importante para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social [15,24,27,28].

A funcionalidade é um instrumento para a intervenção fisioterapêutica. Está diretamente relacionada aos aspectos positivos do paciente, captados durante a avaliação e a anamnese. Ela nos permite estabelecer metas a serem atingidas ao longo do processo terapêutico. Partindo deste princípio, devem-se levar em consideração as possibilidades funcionais do paciente, suas representações culturais e atitudes em relação à doença, construídas paralelamente à sua trajetória de vida, influenciadas, por conseqüente, pelo contexto social em que vive.

Esta perspectiva, presente na psicologia comunitária, desde meados dos anos de 1960, enfatiza a pesquisa participante, "na qual o pesquisador [fisioterapeuta] e o sujeito da pesquisa [paciente] trabalham juntos na busca de explicações para os problemas colocados, e no planejamento e execução de programas de transformação da realidade vivida" [31].

Mas, há obstáculos que se referem à atuação profissional. Para muitos fisioterapeutas, cuidar do paciente representa uma rotina, cujo atendimento está direcionado apenas para a solução das restrições físicas. As percepções sobre o impacto da doença no seu dia-a-dia e as expectativas diante da limitação física e do próprio tratamento não são, de modo geral,

consideradas relevantes pelo profissional para o tratamento. “Estes profissionais se recusam a conhecer as circunstâncias de vida do paciente, isso talvez pela crença de que sua formação profissional não abarque esses possíveis aspectos da vida humana, o que é legitimado, em parte, pela estrutura curricular dos cursos de formação profissional” [32].

Neste aspecto, a CIF torna-se especialmente interessante, não no campo da reabilitação, mas no campo da prevenção e da promoção em saúde. A CIF tem sido apontada como uma espécie de “canivete suíço”, eficiente e abrangente, porque permite várias abordagens. Sua importância pode ser aplicada tanto na prática clínica quanto no ensino e/ou na pesquisa [24].

Conclusão

Ainda são muitas as fragilidades dos cursos de fisioterapia oferecidos nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte. Embora haja o interesse em mostrar uma construção interdisciplinar da grade curricular, assim como a integração entre teoria e prática, especialmente entre os cursos que buscam se adaptar às sugestões das DCN, as metodologias de ensino não estão condizentes com as propostas das Diretrizes. A ênfase está no trabalho técnico em detrimento do atendimento humanizado. A pouca interação entre as disciplinas não permitirá, entre os futuros profissionais, uma atenção à saúde que supere a segmentação.

O que se observa é que poucas são as grades curriculares que contemplam ações de atenção primária à saúde. As grades curriculares direcionam o trabalho de profissionais para atividades predominantemente técnicas, curativas e reabilitadoras. Tentativas de transformação deste modelo fragmentado e centrado exclusivamente na doença têm sido propostas. Estas tentativas, embora tímidas, transcendem o processo de reabilitação e direcionam a prática para uma ação voltada para as necessidades sociais da saúde. O que se busca é a valorização da formação focada na funcionalidade humana em áreas de prática profissional consideradas estratégicas para o Ministério da Saúde.

Cuidados não dizem respeito apenas a procedimentos clínicos. O fisioterapeuta terá que rever a sua prática profissional e adotar parâmetros de atuação que atendam as necessidades da sociedade. No campo da saúde coletiva, acredita-se, cada vez mais, que a melhora na qualidade dos serviços só é possível com a participação efetiva do paciente, que pode ajudar a diagnosticar os problemas e buscar soluções, garantindo, junto ao profissional de saúde, a melhoria do atendimento prestado pelas instituições de saúde. Faze-se, portanto, necessária a configuração de um novo perfil profissional, com base em projetos pedagógicos e parâmetros de atuação voltados para as necessidades sociais da saúde e para uma atuação profissional que respeite as individualidades.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Professora Maria Alice Junqueira Caldas (Chefe do Departamento de Fundamentos, Métodos e Recursos em Fisioterapia da UFJF) pelas sugestões preciosas ao trabalho e a Roberta da Costa (aluna do Curso de Fisioterapia da Universidade Gama Filho) participou de uma etapa da coleta de dados.

Referências

1. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. [citado 2012 jun 15]. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>.
2. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública 2004;20(5):1411-16.
3. Brasil. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, [citado 2012 fev 15]. Disponível em URL: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>.
4. Rocha VM, Caldas MAJ, Araujo FR, Ragazzon CP, Santos ML, Batiston AP. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas (Abenfisio). Fisioter Bras 2010;11(5):4-8.
5. Freitas MS. A atenção básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares re-significando a prática profissional [Tese]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006.
6. Teixeira RC. Projeto Pedagógico dos cursos de Fisioterapia da região norte à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais: (des) caminhos da aderência, potencialidades e fragilidades [Tese]. Rio de Janeiro: PUC; 2010.
7. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. Hist Cienc Saude-Manguinhos 2009;16(3):655-88.
8. Rebelatto JR, Botomé SP: Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva. 2a ed. São Paulo: Manole; 1999.
9. Vêras MMS. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. In: Barros FBM, editor. O fisioterapeuta na saúde da população: Atuação transformadora. Rio de Janeiro: Série Fisioterapia e Sociedade. Fisiobrasil 2002;185-92.
10. Maranhão EA. Construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: Almeida M J, ed. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.
11. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo ‘novas autonomias’ no trabalho. Interface - Comun, Saúde, Educ 2001;5(9):150-3.
12. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; 2000.
13. Portes LH, Caldas MAJ, Paula LT, Freitas MS. Atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: Uma revisão da literatura. Rev APS 2011;14(1):111-9.
14. Faria L, Castro Santos LA. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. Hist Cienc Saude-Manguinhos 2011;18(supl.1):227-40.
15. World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organi-

- zation; 2001. [citado 2012 jun 15]. Disponível em URL: <http://www.who.int/classifications/en>.
16. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.
 17. Feuerwerker LCM. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev Abeno* 2003;3(1):24-27.
 18. Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde; 2002.
 19. Araújo FRO, Caldas MAJ, Batiston AP, Neto EM, Ribeiro KSQS, Rocha VM, Santos MLM. Estágio curricular para os cursos de graduação em fisioterapia: recomendações da Abenfisio. *Fisioter Bras* 2010;11(5):12-5.
 20. Lopes JMC, ed. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Porto Alegre: Ministério da Saúde; 2003.
 21. Feuerwerker LCM, Merhy EE. Contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Pública* 2008;24(3):180-8.
 22. Marães VRFS, Martins EF, Junior GC, Acevedo AC, Pinho DLM. Projeto pedagógico do curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília. *Fisioter Mov* 2010;23(2):13-17.
 23. Rodriguez MR. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Comun Ciênc Saúde* 2010;21(3):261-66.
 24. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(2):187-93.
 25. Battistella LR, Brito CMM. Tendência e Reflexões: Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátr* 2002;9(2):98-101.
 26. Allen CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: the international classification of functioning, disability, and health (ICF). *J Interprof Care* 2006;20:235-45.
 27. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter* 2005;9(2):129-36.
 28. Bernardes JM, Pereira Júnior AA. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e suas contribuições para a Fisioterapia. *Fisioter Bras* 2010;11(6):58-64.
 29. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008;44(3):329-42.
 30. Organização Mundial da Saúde. A incapacidade: prevenção e reabilitação no contexto do direito ao gozo do grau máximo de saúde que se possa conseguir e outros direitos correlatos. Washington: OMS; 2006.
 31. Campos RHF, ed. Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia. Rio de Janeiro: Vozes; 1996.
 32. Canto CREM, Simão LM. Relação fisioterapeuta-paciente e a integração corpo-mente: um estudo de caso. *Psicol Cienc Prof* 2009;29(2):306-17.
-