

ANA MARIA CHAGAS SETTE CÂMARA

**A FORMAÇÃO E A ATUAÇÃO DO
PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA
UM ESTUDO COM EGRESSOS DA UFMG
– 1982-2005**

**Belo Horizonte
Faculdade de Educação da UFMG
2006**

ANA MARIA CHAGAS SETTE CÂMARA

**A FORMAÇÃO E A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL
FISIOTERAPEUTA**

UM ESTUDO COM EGRESSOS DA UFMG – 1982-2005

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação

Área de concentração: Currículos, Culturas e Práticas Pedagógicas

Orientadora: Prof^ª. Lucíola Licínio de Castro Paixão Santos

Belo Horizonte

Faculdade de Educação da UFMG

2006

Sette-Câmara, Ana Maria Chagas

C172f A formação e a atuação do profissional fisioterapeuta : um estudo com egressos da UFMG – 1982-2005 / Ana Maria Chagas Sette Câmara. - Belo Horizonte: UFMG/ FaE, 2006 . p. 158.

Tese – Mestrado em Educação.

Orientador: Profa.: Lucíola Licínio Paixão Santos

1. Fisioterapeuta – Formação profissional. 2. Fisioterapia – Estudo e ensino. I. Título. II. Santos, Lucíola Licínio Paixão. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Educação.

CDD – 615.8

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Dissertação intitulada *A FORMAÇÃO E A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA: UM ESTUDO COM EGRESSOS DA UFMG – 1982-2005*, de autoria de *Ana Maria Chagas Sette Câmara*, analisada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profª Dra. Lucíola Licínio de Castro Paixão Santos – Orientadora

Prof. Dr. José Rubens Rebellato

Profª Dra. Maria do Carmo Lacerda Peixoto

Profª Dra. Lígia Loiola Cisneros

Belo Horizonte, 13 de dezembro de 2006

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me sustentado nos momentos difíceis e pela alegria em concluir este trabalho.

À Profª. Lucíola Licínio de Castro Paixão Santos, pela orientação competente, pelo carinho e pela amizade.

À minha irmã Bernadete, pela presença constante e amiga, por cuidar do meu filho nas minhas ausências.

Ao meu filho Bernardo, por ser o filho maravilhoso que é.

Ao Bruno Sette Câmara e à Mery Natali, que tanto me auxiliaram no tratamento estatístico dos dados.

À Tucha e à Aline pelo carinho e tempo dedicados à revisão cuidadosa e formatação detalhada deste trabalho.

À Aída Araújo Machado, pela amizade e companheirismo na realização deste trabalho.

Aos egressos do Curso de Graduação de Fisioterapia, que prontamente se dispuseram a participar desta investigação.

Ao Colegiado de Graduação do Curso de Fisioterapia, ao COFFITO, à AMF e à AMEFISIO, pelo apoio na localização dos egressos.

A todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste estudo.

DEDICATÓRIA

ELOS DA VIDA

*A nossa história é formada por pessoas.
Muitas delas ficam apenas um pouquinho conosco...
Outras uma eternidade de tempo físico...
Outras uma eternidade de tempo imortal.
Essas ficam conosco
mesmo depois que o elo físico se rompe...
São relações eternas de amor!
São essas as pessoas que fundamentam
o nosso alicerce de vida...
Elas vão e ficam ao mesmo tempo.
São pessoas que jamais nos deixam sós,
Pelo simples fato de morarem dentro de nós...
Essas são elos eternos,
que nos tornam capazes de ser
também elos em outras vidas...
Elos de amizade...
Elos de amor....
E assim é a corrente da vida!*

Autor desconhecido.

Este trabalho é dedicado à **Maria Lúcia Paixão**,
minha professora, minha colega de trabalho e minha saudosa amiga,
que dedicou sua vida ao
Curso de Graduação de Fisioterapia na Universidade Federal de Minas Gerais.

DA MINHA ALDEIA vejo quanto da terra se pode ver no Universo...
Por isso a minha aldeia é grande como outra qualquer
Porque eu sou do tamanho do que vejo
E não, do tamanho da minha altura...

Nas cidades a vida é mais pequena
Que aqui na minha casa no cimo deste outeiro.
Na cidade as grandes casas fecham a vista à chave,
Escondem o horizonte, empurram nosso olhar para longe de todo o céu,
Tornam-nos pequenos porque nos tiram o que os nossos olhos nos podem dar,
E tornam-nos pobres porque a única riqueza é ver.

Alberto Caeiro (Fernando Pessoa). *O guardador de rebanhos*.

RESUMO

Nesta pesquisa, buscou-se contribuir para melhor clareza e maior aprofundamento das discussões sobre o processo de formação e profissionalização do fisioterapeuta formado na UFMG. Para tanto, analisou-se a avaliação que os egressos do Curso de Graduação de Fisioterapia da UFMG fazem dele, bem como de seus percursos profissionais e as relações que possam ser estabelecidas entre ambos. Optou-se por um estudo transversal tipo *survey*, com questionário auto-aplicável em egressos selecionados pelo método de amostragem estratificada. A amostra foi calculada com base na população total de 828 ex-alunos, graduados entre dezembro de 1982 a janeiro de 2005, subdivididos em três estratos. Considerando o processo histórico do curso na UFMG, essa população foi dividida em três estratos para facilitar a análise das respostas desses egressos de acordo com o contexto curricular do curso: a criação, a reestruturação e o amadurecimento do curso. Dessa forma, para a população total de 828 egressos, o número total da amostra calculada neste estudo foi de 92 egressos, sendo 27 no Estrato 1, 31 no Estrato 2 e 34 no Estrato 3. Na coleta de dados deste estudo, foram abordados os seguintes aspectos: identificação e contatos; estudos após a graduação; atividades profissionais; mercado de trabalho; avaliação do curso de graduação. Os questionários foram auto-administrados, enviados por e-mail e pelo correio. Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados e organizados com o aplicativo estatístico SPSS, de uso corrente nas ciências sociais. Estudos no campo da sociologia das profissões e na área de currículo fundamentam este trabalho e constituem a referência para a análise dos dados. Os resultados obtidos mostram, por um lado, que o Curso de Graduação em Fisioterapia da UFMG não só alcançou seu objetivo inicial de atender à demanda de formar profissionais para atuar na reabilitação, como teve importante participação na construção da identidade da profissão em Minas Gerais, tendo impacto nas representações interna e externa ao grupo, ampliando e delimitando fronteiras do campo de atuação. Por outro lado, constatou-se que, segundo a avaliação dos ex-alunos, é um curso de práticas pedagógicas tradicionais, estruturado no modelo da racionalidade técnica, sem um espaço mais amplo de inserção dos estudantes na realidade da futura prática profissional. Os dados mostram, ainda, que a maioria dos profissionais formados na UFMG é do sexo feminino, com idade média de 34 anos, tendo cursado a pós-graduação em níveis de especialização e/ou mestrado, trabalhando grande parte em instituições de ensino superior e em funções de gestão no serviço público e no setor privado. A maioria está inserida no mercado de trabalho, satisfeita com sua atividade profissional e reconhece que introduz novas técnicas e formas de atuação no mercado de trabalho. Praticamente, todos os ex-alunos disseram estar em atividades relacionadas com a fisioterapia e avaliam que vale a pena ser fisioterapeuta. Os dados sugerem também que as possibilidades de trabalho para os graduados em Fisioterapia pela UFMG são bastante amplas.

Palavras-chave: fisioterapeuta; profissionalização; sociologia das profissões; história da fisioterapia; avaliação; egressos; currículo.

ABSTRACT

In this researches, sought itself contribute for better clarity and bigger deepening of the arguments about the trial of formation and professionalization of the formed physiotherapist in the UFMG. For so much, it analyzed itself the evaluation that the graduate of the Physiotherapy Graduation course of the UFMG do of the course, as well like of his professional journeys and the relations that can be established between both. It opted by a cross study kind survey, with self-applicable questionnaire in graduate selected by the approach of sample stratified. The sample was calculated from the total population of 828 ex-students, graduate between December of 1982 to January of 2005. The total size of the sample calculated in this I study was of 92 graduate, being 27 in the Stratum 1, 31 in the Stratum 2 and 34 in the Stratum 3. In the fact-gathering of this I study were approached the following aspects: identification and contacts; studies after graduation; professional activities; labor market; evaluation of the course of graduation. The questionnaires were car-administered, envoys by email and by the mail. The facts obtained were stored in a database and organized with the statistical application SPSS, of current use in the social sciences. Studies in the field of the sociology of the professions and in the area of curriculum substantiate this work and constitute the reference for the analysis of the facts. The results obtained show, by a side, that the course of graduation in Physiotherapy of the UFMG not alone achieved his initial objective of attend to the demand of form professionals for act in the rehabilitation, as had important participation in the construction of the identity of the profession in General Mines, having impact in the external and internal representation to the group, extending and delimiting borders of the field of. On the other hand, establishes-itself that, second the evaluation of the ex-students, is a course of traditional pedagogical practices, structured in the model of the technical rationality, without a broader space of insertion of the students in the reality of the future professional practice. The facts show, still, that the majority of the formed professionals in the UFMG is of the female sex, with medium age of 34 years, having studied the postgraduation in levels of specialization and/or master, working big part in institutions of higher education and in functions of management in the public service and in the private sector. It is inserted in the labor market, satisfied with his professional activity and recognizes that introduces technical news and forms of action in the labor market. Practically all of the ex students said to be in activities related with the physiotherapy and evaluate that is worth hardly be a physiotherapist. The facts suggest also that the possibilities of work for the graduate in Physiotherapy by the UFMG are enough broad.

Keywords: physiotherapist; professionalization; sociology of the professions; history of the physiotherapy; evaluation; graduate; curriculum.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Caracterização da amostra de egressos por sexo.....	74
GRÁFICO 2 – Idade de ingresso na graduação vs. sexo.....	75
GRÁFICO 3 – Respostas do questionário à questão: Estudou o curso médio na escola pública ou privada?.....	76
GRÁFICO 4 – Avaliação do currículo.....	79
GRÁFICO 5 – Avaliação das instalações físicas do curso.....	80
GRÁFICO 6 – Avaliação da biblioteca.....	81
GRÁFICO 7 – Avaliação dos equipamentos	81
GRÁFICO 8 – Avaliação da relação escola vs. mercado de trabalho.....	82
GRÁFICO 9 – Avaliação do estágio curricular obrigatório.....	83
GRÁFICO 10 – Avaliação da relação professor-aluno.....	83
GRÁFICO 11 – Respostas do questionário à questão: O corpo docente era competente?	84
GRÁFICO 12 – Respostas do questionário à questão: O corpo docente demonstrava interesse e dedicação?.....	84
GRÁFICO 13 – Respostas do questionário à questão: Como avalia a formação básica do curso no ICB?.....	85
GRÁFICO 14 – Respostas do questionário à questão: Como avalia a formação técnica no núcleo específico do curso?.....	86
GRÁFICO 15 – Habilidades consideradas pelos egressos como necessárias para se obter emprego e para o bem exercício profissional.....	87
GRÁFICO 16 – Respostas do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver capacidade de se adaptar às mudanças?.....	88
GRÁFICO 17 – Resposta do questionário á questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver iniciativa?.....	88
GRÁFICO 18 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver criatividade?.....	89
GRÁFICO 19 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver disciplina?.....	89
GRÁFICO 20 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver a capacidade de trabalhar em equipe?.....	90
GRÁFICO 21 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver a capacidade de liderança?.....	90
GRÁFICO 22 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver comportamento ético?.....	91
GRÁFICO 23 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver capacidade de tomar decisões?.....	91
GRÁFICO 24 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver interesse em buscar novos conhecimentos?.....	92
GRÁFICO 25 – Respostas do questionário à questão: Realizou estudos de pós-graduação?....	93
GRÁFICO 26 – Tempo entre a conclusão da graduação e o início de pós-graduação.....	94
GRÁFICO 27 – Nível de pós-graduação.....	95
GRÁFICO 28 – Áreas de concentração dos cursos de especialização.....	96
GRÁFICO 29 – Instituição – Cursos de especialização.....	97
GRÁFICO 30 – Instituição – Curso de mestrado.....	98
GRÁFICO 31 – Local de trabalho.....	100
GRÁFICO 32 – Renda mensal vs. experiência profissional.....	104
GRÁFICO 33 – Respostas do questionário à questão: Você ampliou o mercado de trabalho ou introduziu novas técnicas?.....	106

GRÁFICO 34 – Concluiu o 2º grau em escola pública vs. situação socioeconômica atual em comparação com a de sua família quando do ingresso na faculdade.....	107
GRÁFICO 35 – Concluiu 2º grau em escola pública ou privada vs. renda mensal.....	108
GRÁFICO 36 – Respostas do questionário à questão: É associado a alguma entidade profissional?.....	110

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Número de alunos que se formaram em Fisioterapia na UFMG.....	70
TABELA 2 – População, amostra/Estratos.....	72
TABELA 3 – Habilidades consideradas pelos egressos como necessárias para se obter emprego e para o bem exercício profissional.....	87
TABELA 4 – Nível de pós-graduação.....	95
TABELA 5 – Vínculo da principal atividade profissional.....	99
TABELA 6 – Natureza do local de trabalho.....	101
TABELA 7 – Anos de trabalho na principal instituição.....	102
TABELA 8 – Nível de atenção à saúde das atividades profissionais.....	102
TABELA 9 – Satisfação profissional.....	103
TABELA 10 – Local de residência atual do egresso.....	104
TABELA 11 – Renda mensal e experiência profissional.....	104
TABELA 12 – Formação ética e política do profissional na graduação.....	111
TABELA 13 – Vale a pena ser fisioterapeuta?.....	113

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 PROFISSÕES.....	19
2.1 Debate sobre as profissões.....	19
<i>2.1.1 A profissionalização da fisioterapia no Brasil e em Minas Gerais.....</i>	<i>36</i>
<i>2.1.2 O curso de graduação Fisioterapia na UFMG.....</i>	<i>48</i>
<i>2.1.3 Que profissionais queremos formar?.....</i>	<i>56</i>
2.2 Questões curriculares.....	60
<i>2.2.1 Currículo: documento de identidade.....</i>	<i>61</i>
2.3 Objetivos e metodologia.....	67
<i>2.3.1 Objetivo geral.....</i>	<i>67</i>
<i>2.3.2 Objetivos específicos.....</i>	<i>67</i>
<i>2.3.3 A metodologia.....</i>	<i>68</i>
<i>2.3.4 Descrevendo o estudo.....</i>	<i>69</i>
3 RESULTADOS.....	74
3.1Analisando os resultados.....	74
<i>3.1.1 Características de ingresso e do percurso na graduação.....</i>	<i>74</i>
<i>3.1.2 Avaliação do curso de graduação.....</i>	<i>78</i>
<i>3.1.3 Estudos de pós-graduação.....</i>	<i>93</i>
<i>3.1.4 Exercício profissional e renda mensal.....</i>	<i>99</i>
<i>3.1.5 Mobilidade social.....</i>	<i>107</i>
<i>3.1.6 Atividade corporativa.....</i>	<i>110</i>
<i>3.1.7 Satisfação profissional.....</i>	<i>112</i>
3.2 Concluindo o estudo.....	113
<i>3.2.1 Contribuindo no processo da profissionalização da fisioterapia.....</i>	<i>114</i>
<i>3.2.2 O curso de graduação e o fisioterapeuta formado na UFMG.....</i>	<i>117</i>
4 CONCLUSÃO.....	122
REFERÊNCIAS.....	123
ANEXOS.....	130

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação está organizada em Introdução e dois capítulos. O capítulo “Profissões” apresenta três secções. A primeira secção aborda o campo da sociologia das profissões para que se possa entender a atuação do profissional no mercado. Serão apresentados alguns estudos sobre outras profissões da área da saúde e da fisioterapia; um breve histórico do surgimento da profissão no País e no Estado de Minas Gerais e o perfil do profissional da saúde que se espera formar na atualidade. A segunda secção aborda o referencial teórico do campo do currículo, no sentido de facilitar o entendimento do curso de graduação Fisioterapia na UFMG, da sua criação, bem como seu desenvolvimento e atual configuração. Na terceira parte são apresentados o objetivo geral, objetivos específicos do estudo, a metodologia da investigação e a descrição do estudo.

O capítulo “Resultados” apresenta duas secções. Na primeira são apresentados e analisados os dados provenientes dos questionários aplicados. Na segunda, são apresentadas considerações referentes à contribuição do curso de graduação Fisioterapia da UFMG no processo de profissionalização da Fisioterapia; a avaliação do curso de graduação, a descrição do profissional formado na UFMG e, por fim, considerações sobre a formação do profissional da saúde da atualidade.

Na discussão sobre a formação dos fisioterapeutas na UFMG e sobre os aspectos mais importantes da trajetória profissional dos seus egressos, o objetivo é fornecer subsídios para a reformulação do projeto curricular do curso de graduação de Fisioterapia da UFMG. Espera-se que, a partir deste estudo, as escolas formadoras de novos profissionais e os profissionais em exercício no mercado de trabalho repensem seus papéis no processo de consolidação da profissão, para que o fisioterapeuta seja um profissional da saúde pleno: um ator nas ações de defesa da vida e promoção de saúde e bem-estar para a população brasileira.

A fisioterapia foi regulamentada no Brasil por intermédio do Decreto-Lei nº 938/69, em 13 de outubro de 1969, e desde então tem sido exercida regularmente nesse país pelos profissionais fisioterapeutas.

O fisioterapeuta é um profissional de Saúde¹ com formação acadêmica superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico

¹ Atividade de saúde regulamentada pelo Decreto-Lei nº 938/69, Lei nº 6.316/75, Resoluções do COFFITO, Decreto nº 9.640/84, Lei nº 8.856/94.

Cinesiológico Funcional), à prescrição das condutas fisioterapêuticas, à sua ordenação e indução no paciente, bem como ao acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e às condições para alta do serviço. Tem como objeto o movimento humano e atua com o objetivo de preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções corporais.

Como um profissional de nível superior da área de saúde, pleno e autônomo, atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo a prevenção, a promoção, o desenvolvimento, o tratamento e a recuperação da saúde em indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. Na clínica, o fisioterapeuta faz o acolhimento do paciente, realiza consultas e exames, utiliza métodos diagnósticos específicos, faz o diagnóstico funcional e o prognóstico, prescreve e administra tratamento mediante intervenções diretas² e indiretas, bem como determina a alta do tratamento. Outras possibilidades de atuação encontram-se na indústria de equipamentos e materiais fisioterapêuticos, na área de vigilância sanitária e no campo de fisioterapia do trabalho ou saúde do trabalhador. Na educação, pode ser docente em escolas de segundo grau e especialmente no ensino superior, lecionando disciplinas básicas nos cursos de graduação da área de saúde e disciplinas específicas na graduação e na pós-graduação em Fisioterapia, além de coordenar cursos e desenvolver projetos de pesquisa científica.

A profissão sofreu forte influência do trabalho técnico (fazer) e também do gênero feminino (significativa maioria de mulheres no início da profissão principalmente no Brasil) e esteve durante anos subordinada à autoridade médica masculina. Diversificou também os cenários de atuação e, além dos centros de reabilitação, avançou sua atuação para hospitais (ambulatórios, enfermarias, UTIs, serviços especializados), clínicas, consultórios, domicílios, centros de saúde, creches, escolas, indústrias, clubes, academias, indústrias, universidades, centros de pesquisa, clubes, empresas, órgãos governamentais, dentre outros.

² Considero intervenções diretas da Fisioterapia: diferentes técnicas manuais, biomecânicas, neurofisiológicas utilizando as próprias mãos, induzindo movimentos e posturas terapêuticas, agregando equipamentos elétricos e eletrônicos, tais como gerador de ultra-som, microondas terapêutico, ondas curtas, *laser*, infravermelho, indutores de correntes galvânicas, farádicas, russa, interferencial, dentre outros aparelhos com funções estabelecidas de analgesia, eletroestimulação, cicatrização de tecidos etc. Os recursos utilizados pelo fisioterapeuta vão desde o arsenal da hidroterapia, eletroterapia, até a mecanoterapia, fototerapia, cinesioterapia dentre outros. Os recursos terapêuticos estabelecidos na Fisioterapia têm utilidade em diferentes quadros patológicos e disfunções, desdobrando-se em diversas áreas de atuação profissional. Considero intervenções indiretas da Fisioterapia todas as condutas profissionais além da prescrição e administração de técnicas e recursos, como por exemplo, as orientações domiciliares e educativas, a organização do contexto domiciliar, profissional e social do paciente, a discussão do caso com a equipe multiprofissional e o encaminhamento para outras atividades complementares.

Até 2004, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) havia reconhecido como especialidades do fisioterapeuta as seguintes áreas:

- Acupuntura (Resoluções COFFITO nº 201, de 24/6/99, e nº 219, de 14/12/00);
- Quiropraxia (Resolução COFFITO nº 220, de 23/5/01);
- Osteopatia (Resolução COFFITO nº 220, de 23/5/01);
- Fisioterapia Pneumofuncional (Resolução COFFITO nº 188, de 9/12/98);
- Fisioterapia Neurofuncional (Resolução COFFITO nº 189, de 9/12/98).

A evolução da Fisioterapia ao longo desses 37 anos tem sido marcada pela constante luta da categoria para manter as conquistas no mercado de trabalho, como competência, reconhecimento do Estado e da sociedade, autoridade e autonomia.

Na década de 1960, havia apenas dois cursos de graduação em Fisioterapia no Brasil – um na extinta Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, pertencente à ABBR, e outro ligado à Escola Paulista de Medicina, na USP (BARROS, 2002; CALDAS, 2006; GAVA, 2004).

Ao longo desses anos, a Fisioterapia desenvolveu-se gradualmente em todo o País, e especialmente nos últimos dez anos ocorreu um crescimento quase exponencial na oferta de vagas nos cursos de graduação, não somente acompanhando o movimento de expansão dos cursos em toda área de saúde, mas indo além, fato verificado, principalmente, pela procura dos vestibulandos por essa graduação. De acordo com o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 4ª região, até novembro de 2005, 54 instituições de ensino superior ofertavam graduação em Fisioterapia em Minas Gerais. Além disso, em universidades importantes do País, como a USP, a UFRJ e a UFMG, o alto índice de candidatos por vaga na Fisioterapia tem colocado, nos últimos anos, esse curso entre os mais disputados no vestibular.

Os primeiros cursos de Fisioterapia em Minas Gerais foram ofertados pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), em 1969, e pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) a partir de 1979. Durante vinte anos foram esses os únicos oferecidos no Estado. O curso da UFMG representou um marco na formação profissional do fisioterapeuta no Estado de Minas Gerais e no Brasil. Além da oportunidade de uma formação distinta da que era comumente oferecida pela FCMMG, o curso da UFMG proporcionou aos futuros profissionais da Fisioterapia acesso e participação na chamada produção científica, contato direto com outros campos do saber e a oportunidade de vivenciar a realidade de um

grande hospital universitário (Hospital das Clínicas/UFMG), com atendimento direto à população.

Na proposta do primeiro currículo do curso da UFMG sobressaíam disciplinas técnicas e disciplinas teóricas voltadas para as patologias, nas quais os docentes, em geral, trabalhavam os conteúdos programáticos sem questionar as contradições existentes no campo de trabalho do fisioterapeuta. O currículo expressava uma concepção de profissão de saúde sustentada no modelo médico-centrado, com o objetivo de promover a reabilitação física do indivíduo sem, no entanto, contemplar discussões sobre as relações sociais e o jogo de interesses políticos, econômicos e sociais envolvidos nesse objetivo.

Em 1986, o curso da UFMG sofreu uma reestruturação curricular, fruto, a princípio, de uma exigência de adequação ao novo currículo mínimo proposto pelo MEC (BRASIL, 1982). Essa reforma implicou a passagem do curso de quatro para cinco anos, um aumento significativo na carga horária total e a inclusão de uma série de disciplinas dos ciclos de Ciências Biológicas, Humanas e do próprio Departamento de Fisioterapia, na época, Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Esse é o currículo que vigora até os dias de hoje, com pequenas alterações no conteúdo programático de algumas disciplinas e a inclusão de algumas disciplinas optativas. Houve, também, o aumento de bolsas de iniciação científica, extensão e ensino.

Paralelamente, mudanças profundas no cenário nacional político-social ocorreram. A garantia de saúde para todos, estabelecida na Constituição Federal de 1988, define a implantação do SUS e o cumprimento de seus princípios e diretrizes por todos profissionais e órgãos envolvidos, demandando um novo perfil do profissional da área de saúde: capaz de desempenhar suas funções específicas e de estabelecer relações de trabalho em equipe em diversos cenários, devendo, obrigatoriamente, ter a habilidade de gerir suas relações trabalhistas, gerenciar serviços, administrar empresas, etc.

O conceito de saúde,³ nas últimas décadas, vem passando por intensas transformações, principalmente no que diz respeito ao modelo de saúde adotado, passando de um modelo hospitalocêntrico, curativo e reabilitador, para um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e contendo, principalmente, com a participação popular e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais. Nesse sentido, entende-se saúde não como o avesso da doença, mas como a busca do equilíbrio do ser humano, devendo, portanto, romper os estreitos limites da assistência curativa (CHAMMÉ, 1988).

A mudança no conceito de saúde configurou-se em nosso país aliado ao movimento social pela reforma sanitária, iniciado nas duas últimas décadas e que vem evidenciando a necessidade de reformulação dos projetos político-pedagógicos dos cursos da área da saúde. A demanda crescente por profissional capaz de atuar com qualidade, resolutividade e em trabalho multiprofissional e interdisciplinar desencadeou a criação das novas diretrizes curriculares para os cursos na área da saúde, apontando para esta nova realidade e necessidade social.

O fisioterapeuta, até pouco tempo, apresentava pouco destaque profissional na atenção primária à saúde. Os currículos dos cursos de Fisioterapia existentes no Brasil priorizam a reabilitação e a ação curativa, valorizando o modelo assistencial médico centrado, dificultando a inserção do fisioterapeuta na Saúde Pública.

Muito se tem discutido atualmente, no Brasil, sobre como produzir estratégias educacionais que repercutam na formação dos profissionais de saúde, coerentes com os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), provocando mudanças substanciais nas suas práticas. Pode-se dizer que existe quase uma exigência social de que se mude o processo de formação para que se produzam profissionais diferentes, com formação geral, capazes de prestar atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas

³ O conceito de saúde foi ampliado, ou seja, deixou de ser apenas a ausência de doença, e passou a ser entendido como bem-estar físico, emocional e social. A nova definição ampliada de saúde, que agora considera as condições de saúde de um indivíduo a partir do equilíbrio dinâmico entre sua estrutura e função corporal, com a atividade, com a participação social e o contexto ambiental e pessoal do indivíduo; e a Classificação Internacional de Função, Disfunção e Saúde Humana (CIF), propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), proporcionaram um novo marco conceitual, possibilitando a comunicação sobre a saúde e atenção sanitária em diferentes disciplinas e ciências em todo mundo, passando a ser um referencial de formação profissional na área da saúde, uma vez que possibilita a identificação da atuação profissional e, conseqüentemente, suas habilidades e competências necessárias.

também o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis, as medidas mais eficazes. (FEUERWEKER, 2001)

Na realidade, a formação do fisioterapeuta, assim como dos demais profissionais da saúde, tem sido orientada por um modelo de atenção biologista fundamentado no paradigma positivista da ciência, cuja racionalidade sustenta-se na fragmentação, no aprofundamento e na descrição de partes para se compreender a unidade humana. Esse modelo deu origem a “preceitos especializantes, nos quais a tecnologia avançou muito sobre as partes, mas perdeu a perspectiva do indivíduo como um todo” (RODRIGUES, 1979, p. 25). E essa tem sido a racionalidade preponderante na formação profissional que, embora tenha potencialidades e em dado momento tenha sido fundamental para os avanços que hoje temos no campo da saúde, também tem seus limites. Isso porque, na busca da clareza e do sentido unívoco, “desvaloriza a diversidade, a singularidade, a interação das diferentes dimensões que compõem o sujeito” (DEVEZA, 1983, p. 82), reduzindo os eventos de saúde e doença à dimensão biológica.

Esse paradigma epistemológico, orientador do modelo de formação do profissional de saúde, repercute diretamente na sua prática laboral, mostrando-se pouco resolutiva, impessoal, desvinculada da realidade das condições de vida da população e reducionista, uma vez que coloca como foco de atenção a doença, e não os sujeitos que adoecem. Isso sinaliza que, para transformar o processo de formação dos profissionais da saúde, colocam-se como estratégias a reflexão e a discussão dos diferentes elementos que dão substrato a esse processo, dos quais se destaca, em especial, o homem, objeto de estudo ao qual se destina a formação.

Destacam-se também, entre esses elementos: o conceito de saúde, o processo saúde/doença, as práticas assistenciais, os espaços onde se desenvolvem e os sujeitos nelas envolvidos, criando um campo propício ao rompimento da clivagem teoria/prática e fomentando uma articulação transformadora que se configure em um novo cenário de atenção à saúde.

A introdução desses novos conceitos no curso de graduação da UFMG ocorreu a partir de 1998, após o retorno dos docentes que estavam cursando doutorado em várias instituições internacionais e a criação do curso de mestrado em Ciências da Reabilitação, oferecido pelo Departamento de Fisioterapia da UFMG.

Apesar de estar estruturado numa proposta de grade curricular ultrapassada, o curso de graduação em Fisioterapia da UFMG é considerado excelente no contexto nacional (SILVA,

2003). É o curso que, desde a sua criação, apresenta uma das maiores relações candidato/vaga no vestibular e um baixo índice de evasão na UFMG.⁴

Quais os aspectos na estrutura de um curso de graduação têm maior peso na formação do profissional da saúde? A infra-estrutura? O perfil docente? A estrutura curricular? O conteúdo programático? Os cenários de prática? A didática e a metodologia de ensino? Que aspectos do curso de graduação Fisioterapia estão sendo desenvolvidos de maneira satisfatória? Em que estamos acertando? O que é preciso mudar? Nossa formação está acompanhando as demandas de mercado? Como preparar um indivíduo para ser um bom fisioterapeuta? Quais habilidades seriam necessárias? Onde estão nossos egressos? Qual o perfil profissional do egresso do curso de graduação Fisioterapia da UFMG?

Após vinte e sete anos de criação do curso de graduação em Fisioterapia na UFMG, observa-se a necessidade de análise dessas questões, a fim de que o curso possa oferecer uma formação sólida do ponto de vista técnico, social e político e adequada às demandas atuais de formação de um profissional da saúde. Estas questões carentes de estudo e análise, guiaram este estudo. No entanto, a construção do objeto desta investigação foi realizada gradualmente, em um processo de dúvidas constantes e idas e vindas. Assim, algumas opções foram sendo construídas e algumas decisões importantes foram, aos poucos, sendo tomadas na definição do problema da pesquisa, na definição da abordagem metodológica, bem como no planejamento das etapas da investigação. Finalmente, foi definida como foco central desta investigação a análise do processo de formação profissional do fisioterapeuta na UFMG e sua inserção no mercado de trabalho, considerando seu tipo de atuação profissional e seus investimentos no aprimoramento profissional.

Nesse sentido, nesta pesquisa busca-se contribuir para melhor clareza e maior aprofundamento das discussões sobre o processo de formação e profissionalização do fisioterapeuta formado na UFMG.

⁴ Segundo dados do Colegiado de graduação do curso de Fisioterapia da UFMG.

2 PROFISSÕES

No Brasil, estudos pioneiros sobre profissões foram desenvolvidos entre as décadas de 1960 e 1970, propiciados pela intensa expansão que o sistema universitário viveu nesse período (BONELLI, 1999). A estruturação multidisciplinar da área de saúde vem favorecendo espaço para as discussões dos conceitos de profissão (NORONEM, 1999). Neste estudo, os subsídios teóricos para discutir a formação e a atuação do fisioterapeuta graduado na UFMG foram buscados na sociologia das profissões. Conhecer os aspectos mais importantes da trajetória profissional dos seus egressos é identificar a organização da fisioterapia como categoria profissional e o desenvolvimento de sua identidade enquanto profissão no estado de Minas Gerais.

2.1 Debate sobre as profissões

Mesmo quando utiliza recursos teóricos provenientes de outras áreas de pesquisa, como a sociologia da educação ou a sociologia do trabalho, a sociologia das profissões se estabelece como campo legítimo, autônomo e claramente delimitado. Nos Estados Unidos, o número de publicações na área vem crescendo vertiginosamente e na Europa, principalmente na França e na Inglaterra, esse é um movimento muito forte. Publicações recentes no Brasil demonstram que o mesmo vem acontecendo em nosso país.

Os primeiros estudos sobre profissões brasileiras surgiram em São Paulo, na década de 1970, destacando-se os trabalhos de Donnangelo (1975), sobre médicos, e Kawamura (1981), sobre engenheiros. Não devem ser esquecidos os trabalhos de Aparecida Joly Gouveia (1980) e de José Pastore (1979) que, ao estudarem as desigualdades associadas à estrutura ocupacional, mostram importantes evidências do papel dos grupos profissionais. Em seu trabalho os autores argumentam que as profissões poderiam ser consideradas, como advogava Larson (1977), uma das principais formas contemporâneas de organização da desigualdade social. Na década de 1980, temos uma série de dissertações e teses, nem todas publicadas, mas que, ao contrário dos trabalhos da década de 1970, utilizam explicitamente um referencial

teórico no qual as profissões aparecem não apenas como segmentos exemplares de uma ou outra classe social. A partir da década de 1990, temos grande diversificação nas abordagens da produção nessa área, como mostraram Bonelli e Donatoni (1996).

Pereira Neto (2001), no livro *Ser Médico no Brasil: o presente no passado*, usa um evento, o *Congresso Nacional dos Práticos*, em 1922, para discutir os diversos aspectos que permitem entender a construção da identidade da profissão médica no Brasil. O autor estuda os diversos embates relacionados à definição dos traços dominantes da prática médica, do ponto de vista interno, e à delimitação das fronteiras do trabalho médico, do ponto de vista externo. No primeiro caso, mostra as controvérsias em torno do estabelecimento das condutas que pudessem ser consideradas corretas eticamente, com especial atenção para as questões relativas aos casos de doenças de notificação compulsória. Quanto à delimitação de fronteiras, ele distingue dois tipos de “inimigos” dos médicos: os demais profissionais da área de saúde (de farmacêuticos a parteiras, passando, é claro, pelas enfermeiras) e o grupo que, segundo os médicos, era avaliado como um conjunto de diversas charlatanices, incluindo espíritas e também homeopatas. Nos dois casos, o autor examina o processo de construção de estratégias para o enfrentamento dos problemas típicos da formação de identidades coletivas: a representação interna ao grupo (a definição de quem é o mais médico dos médicos, ou do verdadeiro médico, ou do bom médico, no caso) e a representação externa ao grupo (a definição de quais seriam os trabalhos que a sociedade estaria disposta a reconhecer como de responsabilidade dos médicos). Nas considerações finais, o autor demonstra a atualidade daquelas disputas da década de 1920, ainda presentes na virada do século XXI. Os atores são diferentes, mas as questões centrais são muito semelhantes, o que reforça a importância do trabalho deste historiador.

Outra obra brasileira relevante no campo de estudo sobre as profissões é a de Edmundo Campos Coelho (1999), *As Profissões Imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro. 1822-1930*, onde o autor se propõe a expor sua própria "versão do processo de constituição das profissões tradicionais (medicina, advocacia e engenharia) ao longo do século XIX e das primeiras décadas do seguinte" (p. 34). A ênfase do autor recai sobre a dimensão institucional do processo no sentido amplo, isto é, procura identificar as teias de relações sociais que fornecem as bases institucionais para a definição da posição dos grupos profissionais. As histórias da Academia Imperial de Medicina, do Instituto dos Advogados Brasileiros e do Instituto Polytechnico Brasileiro, bem como a apresentação dos consensos e

conflitos em torno dessas instituições e de suas sucessoras, compõem uma trama complexa na qual o Estado tem papel destacado – “é o fio que unifica a trama e lhe dá alguma unidade” (p. 34) – sem ser o responsável exclusivo pelo desenrolar dela. O que mais se destaca neste trabalho é a importância atribuída pelo autor ao Estado. Não só o aparato estatal aparece como essencial para garantir os monopólios profissionais, como também – e aqui temos o ponto inovador da análise de Edmundo Coelho – fica claro que as profissões constituem elemento importante na própria formação do Estado brasileiro. Não só é negada, por meio de exemplos históricos, a antinomia entre autonomia profissional (relativa ao mercado) e regulação estatal, como também se demonstra que

a forma adequada de entender as relações entre Estado e profissões seria em termos de um processo histórico no qual as profissões emergem como uma condição de formação do Estado e a formação do Estado como uma condição maior da autonomia profissional – onde esta última exista (p. 54).

A produção científica brasileira na área de fisioterapia tem apontado algumas iniciativas sobre a discussão sobre a profissão. Mas a escassez quanto à produção tem repercutido na dificuldade de se ter à disposição informações que incluam na história da fisioterapia, a discussão do processo de profissionalização e o desenvolvimento da identidade do profissional dessa área.

Rebelatto e Botomé (1987) foram pioneiros no estudo sobre a profissionalização da fisioterapia no Brasil. No livro *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*, publicado em 1987, os autores apresentam uma análise da situação dos cursos e da problemática do ensino de Fisioterapia na década de 1970. Analisam currículos e ementas das disciplinas de 15 cursos de Fisioterapia que se apresentavam em destaque na época, comparando-os com a legislação que rege a profissão. Concluem que esse estudo, embora examine as características de atuação profissional e do ensino no campo da fisioterapia, não permite responder o que caracteriza essa atuação. Os dados, porém, indicam claramente que é possível desenvolver o campo de atuação desde que o ensino se apóie em um conhecimento de boa qualidade e adequado à realidade social do País. Nesse sentido, a revisão e a reformulação dos cursos de graduação, do currículo e da legislação devem buscar a reorganização da inserção da fisioterapia tanto na sociedade como na universidade. Ao lado disso, os autores afirmam que os envolvidos no ensino orientam, mesmo que por omissão ou passividade, o que será a profissão nos anos seguintes.

Almeida (1996) faz um estudo sobre a prática profissional de fisioterapeutas enfocando as ações educativas no atendimento ao cliente. A autora afirma que a atuação essencialmente técnica do fisioterapeuta apresenta-se como um desvio na formação deste profissional. Mediante entrevistas com fisioterapeutas com atuação clínica, caracterizou aspectos da prática profissional e os resultados desse trabalho apontam que a ênfase às ações educativas apresenta-se mais freqüentemente nos atendimentos particulares. O estudo identifica que os profissionais que atendem por intermédio de convênios privados e do SUS justificam a dificuldade em ter pouco tempo para as ações educativas em razão da necessidade de atender grande demanda, além de reclamarem da falta de autonomia profissional.

Tombini (2000), pesquisando o perfil de fisioterapeutas na região noroeste do Rio Grande do Sul, identifica que a maioria é do sexo feminino; tem idade entre 30 e 35 anos; poucos cursaram pós-graduação em níveis de especialização e/ou mestrado; muitos participam de cursos e seminários de curta duração para se manterem atualizados; a maioria atua na reabilitação; os locais de trabalho que predominam são hospitais e clínicas; poucos realizaram atividade de pesquisa na graduação; a maioria sente grande dificuldade em entender e determinar seu objeto de trabalho e, embora muitos considerem a prevenção uma idéia interessante, poucos a compreendem. Israel (1993) também procurou conhecer a realidade dos profissionais da cidade de Curitiba e apresenta dados semelhantes. Nas duas pesquisas, identificou-se que tais profissionais não compreendem o que venha a ser prevenção na fisioterapia e afirmam que foram formados para trabalhar somente com a reabilitação, fortalecendo a importância das universidades e faculdades no treinamento da atuação profissional. Nesse sentido, Tombini (2000) afirma que as universidades tornam-se, assim, co-responsáveis pelo tipo de atendimento prestado pelos profissionais aos cidadãos e determinam, direta ou indiretamente, as possibilidades e os limites de uma profissão.

Barros (2002) tem como objeto de estudo o curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e relaciona-o à história da Fisioterapia, à formação profissional do fisioterapeuta e ao processo de profissionalização da fisioterapia brasileira. Conclui que o curso da UFRJ estava oferecendo uma formação insuficiente aos seus alunos, a partir do seu projeto inicial. A partir do referencial teórico da sociologia das profissões, principalmente de Freidson, Barros (2003) em seu artigo sobre a autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história, conclui que o fisioterapeuta alcançou o *status* de profissional de saúde.

Novaes Junior (2003) faz uma revisão da literatura sobre o histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil e de suas entidades representativas. Conclui que a fisioterapia é uma das profissões mais procuradas do País nos concursos vestibulares das principais instituições públicas de ensino superior, de acordo com a proporção entre candidatos/vaga e com o número elevado de novos cursos em escolas particulares em todo o Brasil. Segundo o autor, a fisioterapia já adquiriu consistência científica e, com a atual projeção de seu trabalho nos meios de comunicação de massa, passou a ser uma profissão cobiçada pela juventude na última década do século passado.

Gava (2004) resgata a história da fisioterapia no Brasil e analisa sua forma de ensino durante um período. Seu estudo foi desenvolvido no curso de mestrado e sua dissertação publicada posteriormente em formato de livro. Ele utiliza textos de professores pioneiros da fisioterapia e documentos oficiais que estabeleceram os primeiros cursos e as entidades de classe da profissão. Faz também uma análise do contexto em que foi criado o curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Metodista de São Paulo.

Nascimento (2004) utiliza a história oral e a análise de documentos, procurando identificar as raízes da fisioterapia no Estado de Minas Gerais, bem como discutir o processo de profissionalização e o desenvolvimento da identidade do fisioterapeuta no Estado de Minas Gerais. O *locus* do estudo é a cidade de Belo Horizonte, e o estudo abrangeu o período de 1950 a 1980. Avalia que o processo de profissionalização da fisioterapia é marcado pela hegemonia médica na saúde e que a indefinição das atribuições e competências foram os fatores que motivaram conflitos no interior da área e com outras áreas. Conclui que para a afirmação efetiva da fisioterapia como profissão se torna necessária a delimitação das especificidades do seu saber e do seu fazer (teoria e prática), identificando o papel do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar de saúde.

Caldas (2006) analisa as condições da profissionalização do fisioterapeuta a partir do relato de vida profissional de dez fisioterapeutas de Juiz de Fora (Estado de Minas Gerais). Dentre suas constatações, destacam-se as que se seguem. Os serviços de fisioterapia em Juiz de Fora são fortemente vinculados aos serviços médicos, com ações voltadas aos níveis secundários⁵ e terciários. Mostra que os atendimentos são executados, em sua maioria, por

⁵ A Atenção à Saúde refere-se a todos os aspectos da provisão e distribuição de serviços de saúde a uma população. Nos três campos (da assistência, das intervenções ambientais e das políticas externas ao setor saúde), enquadra-se o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo. O *Nível Primário* consiste na assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias

meio de convênios com planos ou seguros de saúde. Observa que a atuação do fisioterapeuta na área de atenção ao nível primário ou atenção básica é recente. Conclui que o atendimento particular é perseguido como ideal de autonomia, pela valorização financeira e pela liberdade técnica. Mostra que os recém-formados encontram dificuldades para a inserção no mercado, conseguindo sua autonomia financeira em torno de quatro a cinco anos depois de formados, sendo relevante a busca do processo da educação continuada. Constata também que, com o aumento do número de instituições de ensino superior em Fisioterapia, a função docente passa a ser uma alternativa no mercado de trabalho. Observa que a atividade assalariada formal parece estar em extinção e que o tipo de relação trabalhista que prevalece no mercado é a de prestação de serviço como autônomo, com remuneração por produtividade, em clínicas ou hospitais particulares, sendo que a atividade docente é quase a única com carteira de trabalho assinada. Conclui também que o serviço público municipal e o estadual não oferecem um mercado de trabalho promissor, empregando menos de 5% dos fisioterapeutas da cidade. Além da estrutura de conselho profissional, outras formas de organização profissional, como sindicatos e associações, inexistiram durante o período analisado.

A análise das profissões tem sido objeto de intenso debate intelectual, dada sua importância para a compreensão das trajetórias profissionais e dos papéis assumidos pelo associativismo na conformação dos campos de saber e na construção e manutenção dos elos que compõem a trama das relações em sociedade.

Os sociólogos funcionalistas americanos voltaram-se para o estudo das profissões, sobretudo a partir da década de 1930. De acordo com essa vertente o problema central era demonstrar como os valores associados ao desempenho dos “papéis ocupacionais” estavam integrados ao sistema valorativo da sociedade e identificar as funções que esses papéis desempenhavam em um sistema social mais amplo. Em geral, a literatura especializada identifica, num primeiro momento, três autores cujas obras se tornaram referência obrigatória para o estudo sociológico das profissões: Greenwood, Moore e Winlensky.

práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o País possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. O *Nível de Atenção Secundário* é representado por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais de tecnologia intermediária, e reabilitação que incorporam funções do nível primário. O *Nível de Atenção Terciário* é constituído por grandes hospitais gerais e especializados, como os hospitais universitários, que concentram tecnologia de maior complexidade e de ponta, servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços.

Greenwood (1966), o primeiro deles, desenvolveu seu trabalho na década de 1950, buscando definir o conceito de profissão a partir da identificação e da listagem de atributos capazes de distinguir uma categoria profissional das demais ocupações:

a) *um corpo sistemático de teoria*, cujo aprendizado e conseqüente domínio requer treinamento tanto técnico quanto intelectual, diferenciando-o, portanto daquele exigido pelas ocupações;

b) *a autoridade profissional*, fundada no treinamento intensivo em um corpo de teoria que, por sua vez, destaca a relativa ignorância do leigo e gera o sentimento de segurança do cliente. Tal autoridade, no entanto, é relativa à esfera de competência da atividade profissional;

c) *a legitimação pública da autoridade*, traduzida pela garantia de poderes e privilégios, entre os quais se incluem: controle sobre o conteúdo do treinamento e, eventualmente, sobre as escolas profissionais; controle sobre as formas de admissão à profissão e imunidade com relação ao julgamento por parte de leigos no que tange às questões técnicas;

d) *a adoção de um código de ética*, de modo a constringer o uso abusivo dos poderes e privilégios concedidos à profissão e evitar que os mesmos sejam eventualmente revogados pela sociedade;

e) *uma cultura profissional*, que envolve formas, condutas, estilos de trabalho, símbolos, datas comemorativas, dentre outros.

O segundo, Wilbert Moore (1970), ressaltou, já em fins da década de 1960 e início da década de 1970, a existência de dificuldades em identificar o tipo ideal ou as características essenciais capazes de distinguir o conceito “profissão”. Procurando contornar o problema, Moore propôs, alternativamente, a elaboração de uma escala de atributos como parâmetro para a aferição do grau de profissionalização alcançado pelas diversas ocupações. Assim, segundo esse autor, os atributos a seguir mostram que uma profissão:

a) *é uma ocupação de tempo integral*, ou seja, o profissional passa a viver da remuneração obtida a partir do seu trabalho naquela atividade;

b) *caracteriza-se pela vocação*, o que sugere identidade do profissional com os valores difundidos pela profissão, aceitação de suas normas e modelos e identificação com seus pares;

c) *possui organização* que visa, sobretudo, à defesa dos interesses corporativos da ocupação, controlando também as formas de admissão e de exercício profissional. Em geral, adotam um código de ética que formaliza as normas de conduta dos profissionais;

d) *possui um corpo de conhecimento formal complexo e teórico* que é transmitido, em geral, por universidades em cursos de longa duração;

e) *possui orientação para o serviço*, isto é, destina-se a servir aos interesses dos clientes e da comunidade;

f) *confere autonomia*,⁶ por permitir ao profissional o livre exercício da profissão.

São inúmeros os exemplos na literatura desse sistema de “definição por atributos”. Verifica-se, entretanto, considerável grau de superposição entre eles na busca da definição de um núcleo de atributos mais ou menos constantes: a existência de um corpo de conhecimento suficientemente abstrato e complexo que requer um aprendizado formal prolongado; uma cultura profissional sustentada por associações profissionais; uma orientação para as necessidades da clientela; e um código de ética.

Na perspectiva das teorias atributivo-funcionalistas, essas características formais das profissões dizem respeito à garantia do controle ocupacional – autonomia e auto-regulação. O pleno desenvolvimento das características que distinguem as profissões seria alcançado por ocupações que chegam ao último estágio do processo desenvolvimento da profissionalização. Nesse sentido, a primeira versão do desenvolvimento de uma profissão foi elaborada por Harold L. Wilensky (1970) e tornou-se clássica.

Partindo de extensa pesquisa em que comparava a trajetória de constituição de 18 profissões nos Estados Unidos, Wilensky propôs centrar o foco de análise no processo de profissionalização, procurando determinar suas características constitutivas e suas diversas etapas:

⁶ Para Diniz (2001), autonomia é a prerrogativa de que gozam os membros de uma profissão de proceder, sem qualquer interferência externa, o diagnóstico dos problemas no âmbito de sua exclusiva competência técnica, de indicar os procedimentos adequados à sua solução e de se colocarem fora do alcance de eventuais avaliações leigas de seu desempenho profissional. Essa autonomia estaria assentada na natureza complexa do conhecimento adquirido pelo profissional por meio de um longo treinamento devidamente atestado por exames e credenciais. Em sua forma mais pura, a autonomia se expressa no exercício das profissões liberais clássicas – medicina e direito – em que o cliente contrata, livremente, no mercado os serviços de um profissional, exercendo sua prerrogativa de escolha, submete-se à sua autoridade funcional específica para a solução do problema e o remunera diretamente por serviços prestados. No nível coletivo, a autonomia se expressa na capacidade das organizações profissionais de estabelecerem, também sem interferência externa, critérios de admissão à comunidade profissional, normas de conduta e procedimentos profissionalmente corretos e controle sobre o conteúdo do treinamento profissional.

- a) *o trabalho torna-se uma ocupação de tempo integral*, dada a existência de demanda por seus serviços;
- b) *criam-se escolas de treinamento* que sistematizam a transmissão do conhecimento;
- c) *criam-se as associações profissionais*, estabelecendo-se a identidade e o perfil corporativo da profissão;
- d) *a profissão é regulamentada*, garantindo, assim, o seu monopólio de competência. O Estado concede a ocupação, a exclusividade legal sobre a prestação de determinados serviços no mercado, punindo aqueles que praticam a atividade sem o devido credenciamento para tal;
- e) *adota-se um código de ética* com a finalidade de proteger os consumidores e garantir que os privilégios da profissão não sejam revogados por exercício indevido.

Como se vê, essa descrição do processo de profissionalização especifica uma série de características ou atributos considerados inerentes e comuns a todas as profissões e que vão sendo alcançados em seu processo de desenvolvimento. Segundo os autores que trabalham na perspectiva de Wilensky, a ordem dos estágios pode variar, entretanto não fica claro em que grau e por que razão se verifica a variação.

Uma das críticas mais sérias às teorias atributivo-funcionalistas é a de que, ao aceitarem como correta a definição normativa da profissão apresentada pelos próprios profissionais, deixam de analisar as reivindicações profissionais por poder e o uso da retórica como recursos para a defesa de prerrogativas estabelecidas. Dessa forma, não discutem o processo pelo qual as ocupações reivindicam *status* e são profissionalizadas. Com isso enfatizam mais a estrutura das profissões do que o processo de profissionalização. O fato de não localizarem as organizações profissionais na estrutura econômica, política e social faz com que não percebam os condicionamentos desses contextos sobre a forma organizativa da profissão (DINIZ, 2001).

Os críticos às teorias atributo-funcionalistas, como Paul Starr (1991), Magali Larson (1977), Eliot Freidson (1970) e Andrew Abbott (1991), argumentam, ainda, que a organização profissional é historicamente contingente e resultado das condições sociais existentes. As noções de coleguismo, lealdade, igualdade interna, democracia, altruísmo, etc., que têm sido universalizadas e tomadas como essência das profissões pelas teorias atributivo-funcionalistas, não passam de elementos de uma ideologia do profissionalismo. As pesquisas

sobre profissões devem ser entendidas a partir da perspectiva da sociologia do conhecimento, como refletindo meramente as condições do mercado de trabalho profissional de seu tempo.

Na mesma linha de revisão crítica da literatura clássica da sociologia das profissões, Paul Starr (1991, p. 30), procurando resumir a produção do período anterior, comenta que esta costuma definir profissão como

[...] uma ocupação que se regula a si mesma mediante uma capacitação sistemática e obrigatória e uma disciplina universitária; que se baseia em conhecimentos especializados e técnicos; e que se orienta mais para o serviço do que para as utilidades pecuniárias, princípio consagrado em seu código de ética.

Com base nesse modelo de definição, o autor argumenta que as pretensões à cientificidade, altruísmo e comportamento ético reivindicadas pelos profissionais não poderiam ser tomadas como expressão de uma identidade, uma vez que tais características, mais do que indicar uma situação ocupacional, deveriam “ser vistas como meios para legitimar a autoridade profissional, obter solidariedade entre os praticantes e conseguir que o Estado lhes conceda um monopólio” (STARR, 1991, p. 30). Para ele, portanto, o profissionalismo representa mais uma forma de controle profissional do que uma qualidade inerente a certos trabalhos, onde o fracasso ou êxito na obtenção dos objetivos desejados depende dos meios de organização coletiva de que dispõe a profissão e também da receptividade do público e do governo. Não obstante isso, o autor acrescenta que o profissionalismo é também uma espécie de solidariedade, uma fonte que dá significação ao trabalho e um sistema de regulação de crenças próprio das sociedades modernas.

As contribuições de Paul Starr se caracterizam pelo uso do conceito de autoridade cultural da ciência e pela referência a um quadro mais amplo para o estudo das profissões, com ênfase no ambiente sociocultural em que se inserem e na necessidade de combinar as dimensões estrutural e histórica. Como Paul Starr, outros autores como Larson, Freidson e Abbott vão procurar explicar o fenômeno do profissionalismo recorrendo à análise de condicionantes externos.

Ultrapassando as dimensões estruturais representadas pela organização e pelo tipo de conhecimento mobilizado pelas profissões, a abordagem de Larson (1977, p. 40-47) privilegia a interação entre esses aspectos e as condições ambientais. Para ela, as relações entre a natureza da mercadoria e o tamanho do mercado, as alterações na percepção social sobre a

mercadoria e sua influência no sucesso ou fracasso dos empreendimentos destinados a unificar e controlar o mercado, a disposição do poder público em facilitar o controle monopolístico, o papel da autonomia técnica na negociação da exclusividade cognitiva, bem como o nível de controle sobre a formação profissional, são elementos indispensáveis na análise da trajetória de qualquer profissão.

Para Larson (1977), o processo de profissionalização está relacionado à dimensão do conhecimento abstrato passível de aplicação prática que a profissão controla, bem como ao mercado, sendo este, por sua vez, determinado pelo desenvolvimento econômico e social e pela ideologia dominante. Seu quadro de referências destaca os elementos que podem, a seu ver, favorecer tal processo para a conquista e a manutenção do monopólio de competência. Vejamos:

a) *a natureza do serviço que é oferecido* – quanto mais necessário, abrangente e menos acessível, mais favoráveis são as condições para a profissão;

b) *o tipo de mercado* – quanto menos competitivos, melhores serão as condições de exercício profissional; contudo, é bom frisar que a competição tende a forçar as profissões a adotarem formas mais sofisticadas de controle monopolístico;

c) *o tipo de clientela* – quanto mais desorganizada e universal for a clientela, mais favorecidas serão as profissões;

d) *a base cognitiva* – quanto mais 'esotérico' e padronizado o conhecimento, melhor é a situação profissional ou, em outras palavras, quanto mais científica for a base cognitiva melhores serão as condições da profissão;

e) *a formação profissional* – quanto maior for o nível de controle exercido pelos profissionais sobre as condições de acesso à profissão, maiores serão as suas chances de maximizar suas posições de poder no mercado;

e) *as relações de poder* – quanto mais protegida pelo Estado e menos dependente de outros mercados, melhores serão suas posições na divisão social do trabalho;

f) *a afinidade com a ideologia dominante* – quanto mais a ideologia profissional coincidir com a ideologia dominante, melhor será a situação da profissão.

Larson (1977) parte do pressuposto de que profissão e burocracia são modos complementares de organização e controle do trabalho e argumenta que ambas se baseiam em padronizações cognitivas e na alocação de pessoas em bases racionais e objetivas. Identifica,

assim, um tipo de burocracia profissional que reduz o conflito entre os princípios burocrático e profissional.

Freidson (1970) e Larson (1977) definem a *profissão* como ocupação com prestígio e poder especial. A *profissão* diferencia-se da *ocupação* em razão de chegar a adquirir, por meios políticos, culturais e ideológicos, extraordinária autoridade cognitiva e normativa. A atividade profissional, do ponto de vista cognitivo, deve deter pelo menos três características: ser complexa e incompreensível por leigos, ser institucionalizada em estabelecimentos de ensino e ser aplicável, de modo a resolver problemas tidos como relevantes pela sociedade. Deste modo, o profissional satisfaz a primeira condição – autoridade cognitiva – necessária, mas não suficiente – para reivindicar exclusiva jurisdição acerca de determinada atividade (PEREIRA NETO, 1997).

Do ponto de vista normativo, o profissional deve submeter-se a longo treinamento, orientado por currículo padronizado, repleto de etapas e exigências. Durante o período universitário e ao longo de toda a sua atividade, deve sujeitar-se aos mecanismos de regulação de conduta, formalizado em um Código de Ética, relativo a seus pares, a seus concorrentes e a seus clientes. Em geral, as demais atividades do mundo do trabalho prescindem de um código formal que as regule e que padronize sua conduta. Tal dimensão normativa faz com que as *profissões* se tornem comunidades com identidade, compromisso pessoal, interesses específicos e lealdade corporativa, permitindo que conquistem, assim, prestígio junto à clientela (PEREIRA NETO, 1997).

Para Machado (1995), o profissional deve empreender um conjunto de estratégias de persuasão voltadas para os clientes, para que estes se submetam à sua *autoridade cultural*. Para tanto, o consumidor de serviços deve ser alguém nem muito organizado socialmente nem muito informado, assim ele receberá as determinações do profissional sem contestação. Desta forma, a orientação do profissional passa a ser entendida pelo cliente como algo superior a um conselho e inferior a uma ordem.

Segundo Freidson (1978), o único critério verdadeiramente importante e uniforme para diferenciar as profissões de outras ocupações é a autonomia, entendida como uma posição de controle legítimo sobre o trabalho que deve sua existência à tolerância ou à proteção do Estado. Para o autor, o profissionalismo representa um método logicamente distinto de organizar uma divisão de trabalho e expressa uma circunstância em que as ocupações negociam entre si os limites de suas jurisdições e controlam seus mercados (FREIDSON,

1996). Nessa perspectiva, o autor lembra, ainda, que uma profissão pode ser mais que uma ocupação, à medida que a esta última se juntou prestígio em razão do seu corpo de conhecimento formal. Ela pode ser também uma ocupação de trabalho que se tornou beneficiária de “fechamento social”, de sinecuras e de abrigos no mercado de trabalho (FREIDSON, 1986).

Freidson (1989) estabelece as características fundamentais que consolidam uma profissão moderna dependente de escolarização universitária. Uma dessas características, que tem relação direta com esta pesquisa, é a que reconhece nos profissionais, enquanto agrupados em corporações, a total capacidade de controlar o seu próprio trabalho e, como decorrência, o pleno domínio sobre as ações de organizar e administrar a prática de um corpo de conhecimento. Isso significa que o grupo dos profissionais que compõem uma determinada profissão tem que gerar o corpo dos saberes profissionais que lhes servem de instrumento de intervenção, como trabalhadores, em dada sociedade (FREIDSON, 1996). Isso se torna possível a partir da ação associativa, que deve fazer valer o seu poder de organização da totalidade dos membros que compõem todo o grupo. Em relação à educação, no entendimento de Freidson, esta deve ter o poder de determinar as qualificações e o número de indivíduos a serem treinados para a prática profissional, e estabelecer:

- o conteúdo a ser ministrado neste treinamento;
- os requisitos para a conclusão satisfatória do treinamento;
- as exigências mínimas para recebimento de autorização para o exercício profissional;
- os termos, as condições e as metas a serem consideradas pelo conjunto dos membros da profissão.

Os profissionais estabelecem e sustentam certos lugares no mercado de trabalho diferenciando-se em praticantes, administradores e intelectuais. Os administradores condicionam como e onde os praticantes podem exercer poder sobre os clientes. Os praticantes divulgam a profissão e garantem uma clientela, tendo algum poder sobre ela e sobre o trabalho que fazem. Os acadêmicos não têm poder nos locais de trabalho, mas produzem o conhecimento abstrato e formal que dá a autoridade científica da profissão e forma a base para as regras organizacionais e para as decisões de trabalho dos praticantes individuais (BONELLI; DONATONI, 1996).

É evidente que esses três grupos, em geral, podem ser definidos como estratos diferenciados decorrentes de uma divisão do trabalho nas profissões. Essa estratificação surge à medida que as profissões saem do estágio de meras ocupações ou práticas curiosas e se institucionalizam, gerando a necessidade de criar e gerir um mercado de usuários, de atuar nesse mercado e de forjar o conhecimento teórico, de fornecer as explicações e de elaborar os textos que constituem conhecimento científico, conhecimento didático e conhecimento ao público. Essa divisão interna das profissões gera uma tensão no relacionamento entre seus distintos segmentos (BONELLI; DONATONI, 1996).

Abbott (1991) propõe que a atenção da sociologia se volte para todo o sistema de profissões. Para o autor, portanto, o foco da análise deveria ser deslocado da estrutura atemporal do esquema proposto por Wilensky para centrar-se na dinâmica das disputas jurisdicionais entre as profissões em contextos mais amplos. A seu ver, são as ações recíprocas em um sistema historicamente condicionado que determinam as características e os rumos assumidos pelas profissões individualmente. As pretensões jurisdicionais são decididas, em última análise, na esfera legal – ou seja, pela conquista do suporte do Estado –, mas em algumas sociedades é necessário primeiro carrear apoio e legitimidade na esfera social – na opinião pública.

Outro elemento importante na análise de Abbott (1991), destacado por Diniz (2001), é o nível abstrato do conhecimento profissional, qualidade que diferencia a competição interprofissional da competição entre ocupações em geral. Qualquer ocupação pode obter licenciamento ou desenvolver um código de ética; mas apenas um sistema de conhecimento governado por abstrações pode redefinir seus problemas e tarefas, defendê-los de interferências e avançar sobre novos problemas. É a abstração que permite a sobrevivência no sistema competitivo das profissões. A abstração, assim como a exclusividade das jurisdições, também é um elemento definidor de profissão, com grupos ocupacionais exclusivos que aplicam tipos de conhecimento abstrato a casos particulares.

Dessa forma, a relação entre base cognitiva e mercado de trabalho, os avanços tecnológicos e seus efeitos nas profissões, assim como a competição entre elas e no interior delas, trazem um campo fértil para análise.

Ainda tomando como referência o trabalho de Abbott (1991), Diniz (2001) salienta que existe uma distância muito grande entre a estrutura (formas de credenciamento, associações, treinamento, etc.) e o mundo concreto do trabalho, onde são atualizadas as

relações profissionais. Assim, é a delimitação e a avaliação dos fatores exógenos que moldam os sistemas de profissões que permitem ao investigador traçar um quadro de referências para a compreensão do desenvolvimento profissional nas sociedades modernas.

Finalmente, de acordo com Diniz (2001), é necessário rever a questão das relações entre profissões e o Estado. Parece claro que no contexto das teorias atributivo-funcionalistas o Estado é tratado como um parceiro silencioso e confiável dos interesses profissionais. Partindo de um ponto de vista histórico, os teóricos dessa vertente afirmam que o processo de profissionalização teria sua origem “na fase heróica do *laissez-faire*”, quando os profissionais teriam criado seus mercados e instituído os mecanismos de sua regulação.

Já as teorias histórico-comparativas preferem a versão segundo a qual as estruturas econômicas e políticas se fundem e as instituições políticas assumem crescentemente papel dominante mediante a intervenção do Estado. Nessas circunstâncias, o livre mercado dos serviços profissionais torna-se impregnado de critérios políticos e a prática profissional perde sua autonomia sob o peso da regulação estatal.

Nesses termos, profissionalização não é um processo único que conduz a um estágio final. Nas condições históricas em que ocorre, e quando ocorre, um dado processo de profissionalização mostra de que forma particular revestiu-se a articulação entre o Estado e aquelas ocupações que têm ou tiveram um significado especial no processo de formação do Estado. Da mesma forma, não existem capacidades preexistentes de intervenção do Estado no surgimento e desenvolvimento das profissões. As relações entre o Estado e as profissões dependem do contexto sócio-histórico, pois o que o Estado é, ou o que o Estado se torna, inclui suas relações com as profissões (DINIZ, 2001).

O Estado tem papel preponderante na constituição das profissões, e esse papel se exerce de maneira bastante independente da importância relativa desta ou daquela profissão. Em particular, concepções a respeito da função do Estado constituem a variável mais importante para a compreensão da constituição e a dissolução dos monopólios profissionais (DINIZ, 2001).

Para Daniel Bell (1977), na sociedade pós-industrial é o conhecimento, e não a propriedade ou o capital, que capacita os homens a exercer o poder e a projetar novos empreendimentos. O trunfo principal da sociedade pós-industrial está nos indivíduos com formação científica, e nessa sociedade a habilidade técnica passa a constituir a base e a educação, o modo de acesso ao poder. Nesse contexto, no qual o conhecimento tem primazia,

sobretudo o conhecimento teórico, que é a base da tecnologia planejada e de novas tecnologias intelectuais, os profissionais, por estarem entre aqueles que detêm o monopólio desse conhecimento, ascenderão na estrutura de poder.

Contrastando com essa visão otimista de Bell, para vários estudiosos, como Nina Toren (1975), Robert A. Rothman (1984) e George Ritzer (1988), o futuro reserva às profissões a perda paulatina de sua autonomia e de seu autocontrole, e aos profissionais, uma posição no processo de trabalho cada vez mais semelhante aos dos operários industriais. Para esses analistas, são inúmeras as evidências de que a autonomia das profissões vem sendo substancialmente reduzida por fatores ou processos sócio-econômicos mais amplos, que resultam no surgimento, expansão e fortalecimento de formas de controle externo sobre as profissões, tornando-as ocupações como qualquer outras. Incapazes de manter uma condição econômica independente, mais e mais profissionais vendem sua força de trabalho e se tornam assalariados em grandes organizações, tanto no setor privado quanto no setor público. Entretanto, segundo Diniz (2001), se é correta a observação de que há uma tendência de assalariamento em algumas profissões tipicamente autônomas em passado recente, isso não aponta para a desprofissionalização,⁷ muito menos para a proletarização.⁸ Se é certo que, por exemplo, os médicos assalariados ou parcialmente assalariados estão sujeitos em contextos organizacionais a “padrões e produção”, submetendo-se à supervisão, ao controle e a avaliações de desempenho, também é verdade que tais padrões são definidos por outros médicos, assim como a avaliação de desempenho é normalmente feita por equipes médicas e são também médicos os supervisores (FREIDSON, 1989). Isso significa que a estrutura colegiada de controle, tipicamente profissional, predomina sobre as estruturas tipicamente burocráticas, e só essa particularidade seria suficiente para desautorizar a tese de proletarização da medicina, via burocratização. Formas análogas de controle colegiado são encontradas em firmas de consultoria e empresas de construção em engenharia, grandes escritórios de advocacia e de arquitetura. Ademais, na maioria das vezes, os proprietários,

⁷ Segundo as teses da desprofissionalização, a inovação tecnológica e a especialização são fatores de desprofissionalização que debilitam a autonomia e a autoridade profissionais, pois tendem a tornar o conhecimento profissional mais racional, preciso e específico. Quanto mais racional, preciso e específico esse conhecimento, mais susceptível ele se torna de redução a procedimentos padronizados e a rotinas técnicas. A padronização e a rotinização dos procedimentos tendem a minar as pretensões dos profissionais à autonomia e ao monopólio da prestação de serviços, visto que ambas as pretensões assentam-se na natureza supostamente complexa da base de conhecimento e no caráter não rotineiro das soluções (TOREN, 1975).

⁸ O trabalho proletário caracteriza-se pela falta de controle do processo de trabalho. Em organizações privadas e públicas, o trabalho dos profissionais é submetido aos procedimentos típicos da ordem fabril: fragmentação, padronização e rotinização das tarefas, controle hierárquico por meio de regras e regulamentos e avaliação de produtividade (DINIZ, 2001).

sócios, administradores dessas organizações – incluídos os hospitais privados com fins lucrativos – são eles próprios profissionais da mesma categoria (DINIZ, 2001).

Não resta dúvida de que as profissões estão sujeitas à influência de processos importantes de mudança na estrutura das sociedades, no entanto nenhum aspecto dessas mudanças justifica os exageros das teses de desprofissionalização e da proletarização. São muito poucas as profissões que em alguma época se caracterizaram pelo exercício autônomo: medicina, direito, odontologia e, talvez, arquitetura. De fato, a maioria das profissões nasceu assalariada, isto é, nasceu inserida em estruturas organizacionais, como: serviço social, biblioteconomia, enfermagem ou engenharia de sistemas. Com relação a essas últimas profissões, constitui quase um contra-senso falar de conflito ou de incompatibilidade entre critérios profissionais e critérios organizacionais de desempenho (DINIZ, 2001).

A estrutura profissional de uma sociedade é extremamente dinâmica. Se algumas profissões se tornam mais vulneráveis a certos controles externos e perdem privilégios e prerrogativas, outras surgem ou se fortalecem abrindo novas áreas funcionais na divisão do trabalho profissional e expandindo seu controle. É muito importante observar que as profissões são exímias inventoras de *expertise* e hábeis produtoras de *experts*. Não há razões para subestimar a capacidade das organizações profissionais de influir nas políticas do Estado em áreas de seu interesse, de obter legislação protetora de seus privilégios corporativos, e ao mesmo tempo promover mudanças nas estruturas internas da profissão para absorver pressões externas. Nos últimos tempos, pode-se acompanhar, nos jornais, notícias que podem ser lidas como evidências de disputas em torno do lugar social dos grupos profissionais. Esses indícios aparecem quando advogados discutem as formas e os limites da sua atuação na defesa de criminosos, quando o projeto que define o campo médico gera enfrentamentos com outras categorias de trabalhadores da área da saúde⁹ (BARBOSA, 2003).

Em síntese, a profissionalização ainda é uma das vias mais importantes de mobilidade social; e, segundo Abbott (1991, p. 35), mesmo num cenário futuro sombrio, “o que quer que ocorra às profissões como estruturas sociais reais, elas certamente sobreviverão como nomes e imagens, visto que a mobilidade social que elas facilitam e representam é central nas sociedades e culturas modernas”.

⁹ATO MÉDICO: Projeto de Lei 025/02 em tramitação no Congresso nacional que subordina o exercício profissional de todos os profissionais da área da saúde ao profissional Médico, restringindo drasticamente a autonomia dos profissionais da saúde não médicos.

2.1.1 A profissionalização da fisioterapia no Brasil e em Minas Gerais

O trabalho crítico com o conceito da profissão, analisado do ponto de vista sociológico e histórico, é legítimo e imprescindível para todos aqueles que se interessam pela organização do trabalho e formação dos profissionais na área da saúde (PEREIRA NETO, 1997). O conceito de *profissionalização* serve de base para os três momentos em que se organizou a história da profissão de fisioterapeuta no Brasil.

O primeiro período é compreendido entre a criação das faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (1808) e o final da década de 1940. Nele não havia ainda nenhuma sistematização ou institucionalização do conhecimento da fisioterapia. A fisioterapia não era uma prática definida ou regulamentada. O mercado de trabalho era incipiente. As associações profissionais e de pesquisa não foram identificadas. O que havia eram pessoas interessadas, treinadas por médicos, a executar algumas técnicas, como exercícios com e sem carga, as massagens, o uso do calor, da luz, dos banhos e dos rudimentares recursos eletroterápicos disponíveis para a recuperação do paciente. Não havia, portanto, a profissão de fisioterapeuta no Brasil e, por essas razões, esse período foi denominado *pré-profissional* (NOVAES JUNIOR, 2003).

O segundo período, da *institucionalização e reconhecimento da profissão*, é compreendido entre 1950/1975. Ele abrange desde a gênese da institucionalização da prática fisioterapêutica até a regulamentação da profissão e a criação dos seus dispositivos formais. Serão considerados como marcos desse período: a criação do primeiro curso técnico Raphael de Barros (1951); a criação da Associação Paulista de Fisioterapeutas (1957) e da Associação Brasileira de Fisioterapeutas (1959); o Parecer nº 388/63, do Conselho Federal de Educação, homologado pela Portaria Ministerial nº 511/64, do MEC, que estabelece o currículo mínimo para o curso técnico de Fisioterapia; o Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, que regulamenta a profissão de fisioterapeuta como profissão de nível superior (ANEXO 1) e a criação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), determinada pela Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975 (MARQUES; SANCHES, 1994).

O terceiro momento, de *consolidação da profissão*, inicia-se em 1975, quando a profissão do fisioterapeuta passou a estar organizada e estabelecida. No processo de construção de espaço profissional, o fisioterapeuta ampliou sua atuação em várias

especialidades: neurologia, ortopedia, reumatologia, geriatria, pediatria, cardiologia, ginecologia e obstetrícia, estética, dermatologia, mastologia, pneumologia, hematologia, oncologia, oftalmologia, ergonomia, etc. Desenvolveu metodologias e abordagens em vários níveis de atenção à saúde e, aos poucos, foi evoluindo do “fazer” para o “saber” e deste para o “saber fazer”, tornando-se responsável pela construção de seu conhecimento e pela sua utilização na prática profissional.

No período pré-profissional, a fisioterapia emerge no Brasil no final do século XIX, com a criação do Serviço de Eletricidade Médica e Hidroterapia na cidade do Rio de Janeiro.

Na segunda década do século XX, criaram-se as bases para que a profissão alcançasse o segundo período. O serviço de fisioterapia foi instalado no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Os médicos que trabalhavam nesses serviços eram conhecidos como médicos de reabilitação e, por algum tempo, houve a necessidade de técnicos no auxílio a esses profissionais, que se dava na aplicação efetiva das técnicas terapêuticas prescritas pelo médico. O técnico em fisioterapia recebia uma prescrição com a descrição da técnica a ser aplicada, seu tempo de aplicação e intensidade, etc. (BARROS, 2002; GAVA, 2004).

Na década de 1940, as termas mineiras capacitavam e absorviam pessoal com experiência em massagem e hidroterapia. Nessas termas, a concepção de saúde estava interligada com a aparência física das pessoas, os hábitos saudáveis e a higiene pessoal. Os recursos que posteriormente seriam identificados como específicos da fisioterapia eram utilizados mais para a manutenção da saúde do que propriamente para o tratamento das doenças (NASCIMENTO *et al.*, 2006).

No intuito de suprir essa demanda por técnicos, em 1951, foi criado em São Paulo, o primeiro Curso Técnico de Fisioterapia do Brasil, com a duração de um ano, em período integral. Para ingressar nesse curso, o aluno deveria como pré-requisito ter concluído o segundo grau. Os professores eram médicos do Hospital das Clínicas, onde o curso estava instalado. Os alunos que realizavam o curso técnico, ao final das atividades, eram submetidos a uma prova teórica e a uma avaliação teórico-prática sob a supervisão dos médicos e enfermeiras do Serviço de Fiscalização do Estado de São Paulo, que acompanhavam todo o processo de avaliação e a emissão dos certificados de conclusão. O curso foi de grande importância para a formação de tais profissionais, pois com ele teve início uma nova classe profissional no Brasil, que começou a influenciar na criação da nova profissão e na carreira de fisioterapeuta e seu futuro (NOVAES JÚNIOR, 2003; MARQUES; SANCHES, 1994).

Em 1952, foi criado um serviço direcionado ao atendimento à criança com tuberculose óssea e com poliomielite em Belo Horizonte (Minas Gerais) – o Hospital da Baleia. Esse novo serviço aumentou a necessidade, principalmente por parte dos médicos ortopedistas, de recurso humano qualificado para o atendimento em reabilitação. As madres da Congregação Franciscana Missionárias de Maria, que já trabalhavam na área de enfermagem, foram treinadas para realizar o trabalho. Dada a necessidade de que aquela ocupação, exercida por irmãs de caridade e práticas, passasse a ser desempenhada por pessoal mais qualificado, quem tinha alguma experiência com massagem ou com hidroterapia era aproveitado para as atividades de reabilitação. Apesar das dificuldades, o serviço de reabilitação do Hospital da Baleia passou a ser reconhecido e considerado como referência no Estado de Minas Gerais. Valendo-se desse reconhecimento, os médicos da área idealizaram um hospital especializado para o atendimento aos portadores de deficiência física, o Hospital Arapiara, e organizaram a capacitação de pessoal de maneira padronizada por meio dos cursos de formação de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais (NASCIMENTO *et al.*, 2006).

Na mesma época, na cidade do Rio de Janeiro, em 1954, foi criada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), na Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro, e em 1956, como parte de suas atividades, começa a ministrar o Curso Técnico em Reabilitação (GAVA, 2004).

Em 1958, foi criado anexo à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Instituto de Reabilitação, graças a acordos e entendimentos entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a World Confederation Physical Therapy (WCPT). Seu objetivo era estabelecer um centro de treinamento de profissionais de reabilitação com padrão internacional na América Latina (MARQUES; SANCHES, 1994).

Nesse período, os acontecimentos mundiais, como as grandes epidemias de poliomielite e de outras doenças incapacitantes, sobretudo a grande massa de seqüelados e deficientes físicos decorrentes de guerras, em especial da Segunda Grande Guerra Mundial, levaram as organizações de saúde a terem uma preocupação específica com o tratamento e reabilitação desses indivíduos. Dessa maneira, houve um crescimento da demanda por profissionais aptos a lidar com esses problemas. Dessa forma, no Brasil e na América Latina surgiu a necessidade de melhorar a formação desses profissionais, o que culminou com a criação do Instituto de Reabilitação, que criou e desenvolveu vários cursos técnicos na área de

reabilitação, com habilitações específicas, sendo uma delas a formação de técnicos em fisioterapia, substituindo o Curso Dr. Raphael de Barros, existente até então. O novo curso de técnico em Fisioterapia apresentava grandes diferenças em relação ao Curso Dr. Raphael de Barros. A primeira era o padrão internacional exigido, que alinhava o curso com outros semelhantes na América do Norte e na Europa. A outra era a duração total do curso, que passou para dois anos em regime integral, trazendo para o País um curso com qualidade superior (BARROS, 2002; GAVA, 2004; CALDAS, 2006).

Os novos técnicos em fisioterapia, ao se formarem, já encontraram uma profissão um pouco mais organizada que seus colegas anteriores, tanto é que os técnicos egressos do Curso Dr. Raphael de Barros já haviam fundado, em 1957, a Associação Paulista de Fisioterapeutas (APF), que exerceu importante papel como a primeira associação da classe e tornou-se a semente para a criação de outras entidades. Os profissionais formados pelo Instituto de Reabilitação começaram a se organizar e a planejar um futuro para a fisioterapia. Pela primeira vez, os próprios técnicos começavam a tentar decidir os rumos da profissão. Esse movimento teve como marco inicial histórico à fundação da Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF), que ocorreu em 19 de agosto de 1959. Essa associação foi importantíssima para o desenvolvimento da fisioterapia no Brasil e para a criação de seu primeiro Curso Superior de Fisioterapia (GAVA, 2004).

Os objetivos iniciais da ABF eram promover o aperfeiçoamento profissional, estabelecer parâmetros jurídicos e deontológicos para o exercício da profissão, além de buscar unificar a classe em todo o Brasil e discutir a formação profissional. Os pioneiros da fisioterapia iniciaram as atividades trabalhando com temas como a formação profissional e o reconhecimento do profissional e sua regulamentação em todos os níveis (NOVAES JÚNIOR, 2003; BARROS, 2002; GAVA, 2004; CALDAS, 2006).

Em poucos anos de existência, a ABF conseguiu, mediante um trabalho sério, o respeito de uma parcela esclarecida de profissionais da área de saúde. Em 1962, a Associação Médica Brasileira (AMB) reconheceu, oficialmente, sua existência. O reconhecimento também ocorreu em âmbito internacional pela WCPT, em 1963. Esse apoio fortaleceu a associação e deu grande credibilidade aos profissionais brasileiros, tanto aqui como no exterior (NOVAES JÚNIOR, 2003; GAVA, 2004).

Parece que, à medida que se investe em determinada área ou ocupação, cria-se um espaço social para ela, e, a partir daí, a demanda pelo profissional começa a crescer. No caso

da profissão aqui estudada, não foi diferente. Pode-se notar, então, que o surgimento da ocupação de fisioterapia no Estado de Minas Gerais deu-se pela necessidade de mão-de-obra especializada para atender a uma demanda dos profissionais médicos, principalmente ortopedistas, fisiatras e reumatologistas. Esses médicos mineiros, dimensionando a falta do profissional de reabilitação, trouxeram um modelo americano de reabilitação, uma vez que se especializaram em ortopedia ou fisioterapia nos Estados Unidos da América. Na época, tais médicos dominavam todos os grandes serviços de saúde que tinham algum vínculo com reabilitação, passando, assim, a controlar a formação dos futuros profissionais (NASCIMENTO *et al.*, 2006).

Em 1961, os médicos responsáveis pela organização dos cursos do Hospital Arapiara estabeleceram parceria com a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), e em 1962 os cursos passaram a ser ofertados pela faculdade, ainda sem o reconhecimento do governo federal. Cabe, então, destacar a importância do Hospital Arapiara para o desenvolvimento da reabilitação e para o processo de profissionalização da fisioterapia no Estado de Minas Gerais (NASCIMENTO *et al.*, 2006).

O modelo de saúde curativo e reabilitador do pós-guerra influenciou a cultura do fisioterapeuta, sendo esse o eixo central do processo de formação e instrução da categoria no Estado de Minas Gerais e no Brasil. Embora a escola representasse o início da profissionalização, quase todos os professores ainda eram médicos, por isso investiu-se em um treinamento de cunho mais prático. A formação desse profissional atravessada pela medicina parece ter dificultado a autonomia e a vinculação do fisioterapeuta com a comunidade, transformando-o em um profissional auxiliar, subordinado às regras emitidas pelos médicos (NASCIMENTO *et al.*, 2006).

A criação do Curso Superior de Fisioterapia entusiasmava ainda mais os membros da ABF, que centravam suas forças nesse objetivo. O MEC, atendendo parcialmente à classe dos fisioterapeutas, estabeleceu o reconhecimento dos cursos técnicos de Fisioterapia no Brasil pelo Parecer nº 388/63, elaborado por peritos do Conselho Federal de Educação. Esse parecer estabelecia que os cursos deveriam ter a duração de três anos e que os profissionais formados por ele seriam denominados “técnicos em fisioterapia”. Também seria estabelecido um currículo mínimo para o curso, como determinou a Portaria Ministerial de nº 511/64 (GAVA, 2004).

A profissão ganhou um curso técnico de padrão mínimo internacional, porém os documentos que norteavam o projeto do curso ainda não ofereciam a autonomia pretendida pela classe. O fisioterapeuta e outros profissionais citados no documento permaneciam como subalternos e obedientes às ordens do médico, sem a autonomia necessária para comprovar e avaliar suas práticas, como acontece atualmente (BARROS, 2002; GAVA, 2004).

Mesmo com as dificuldades que o MEC impunha à criação de mais cursos no País, a ABF continuava a trabalhar, buscando a criação e a regulamentação de um curso de nível superior em Fisioterapia. A ABF preocupava-se também com o aumento de pessoas não habilitadas no exercício da profissão. Havia necessidade de controlar também as formas de exercício profissional, visando, sobretudo, à defesa dos interesses corporativos da ocupação. Fazia-se necessário uma regulamentação legal da profissão e de seus membros no intuito de proteger a população e fiscalizar a qualidade dos serviços prestados. Essa regulamentação legal, além de necessária, poderia também ajudar na luta pela autonomia profissional (BARROS, 2002; GAVA, 2004).

Consolidando o segundo período, entre 1950 e 1970, um dos primeiros documentos oficiais que definiram a ocupação do fisioterapeuta foi o Parecer nº 388/63, do Conselho Federal de Educação. Esse parecer reforçou a atuação do fisioterapeuta como profissional da reabilitação, que, embora tivesse formação de nível superior, ainda era denominado técnico. O termo técnico vem marcar a competência de auxiliar do médico. Esse parecer serviu de guia até 1969, quando a fisioterapia foi reconhecida como profissão de nível superior. Usando as atribuições em atos institucionais, a Junta Militar que substituiu o presidente Costa e Silva, constituída pelos Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar, em 13 de outubro de 1969, por meio do Decreto-Lei nº 938 (BRASIL, 1969) reconheceu os fisioterapeutas diplomados por escolas e cursos reconhecidos pelo MEC como profissionais de nível superior e tornou exclusiva a execução de métodos e técnicas específicas à categoria (REBELATTO; BOTOMÉ, 1987).

Pode-se observar o quanto a legislação era vaga, quando não se tem a definição dos métodos e técnicas específicas ao fisioterapeuta, como apresentado no artigo 3º do Decreto-Lei nº 938: “É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”.

Segundo Wilensky (1970), quando o conhecimento é geral e vago ou muito estreito e específico, traz uma base fraca para a jurisdição exclusiva. A regulamentação da profissão

vem assegurar o monopólio do saber e da prática profissional. Para tanto, a especificidade da fisioterapia deveria estar mais bem definida para que tal regulamentação viesse ao encontro da real necessidade da categoria.

A partir de 1969, a formação profissional, em Minas Gerais, passou a ser orientada por parâmetros mais definidos para a fisioterapia, como a ampliação do curso para quatro anos, a contratação de professores fisioterapeutas e a busca por locais de estágio não controlados por médicos, como a Santa Casa de Misericórdia. Apesar do avanço, as dificuldades encontradas na definição das atribuições se complicaram, pois havia a hierarquização externa das ações médicas indicando um conflito entre a formação teórica institucionalizada e o saber prático adquirido (NASCIMENTO *et al.*, 2006).

De acordo com o desenvolvimento profissional caracterizado por Wilensky (1970), pode-se identificar no processo de profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais: os professores do primeiro curso eram os profissionais que lideravam o campo da reabilitação no Estado; o primeiro curso começou vinculado a uma faculdade, instituição de ensino reconhecida; o treinamento padronizado passou a ser requisito para ingressar na ocupação e, com base no curso, foi criada uma associação profissional. Cabe ressaltar a importância das primeiras turmas desse curso no desenvolvimento da identidade profissional do fisioterapeuta mineiro.

Mobilizados, principalmente, pelos conflitos internos e externos, em 1968 os profissionais organizaram a Associação Mineira de Fisioterapeutas (AMF), considerando que essa seria uma forma de auto-regulação que serviria para preservar ou melhorar o padrão dos serviços prestados, aumentar o prestígio profissional e diminuir a competição externa (médicos) e interna (práticos e auxiliares). Mas a associação mineira era frágil, tinha dificuldades que iam do financeiro à pouca clareza de seus objetivos, não conseguindo cumprir, na maioria das vezes, o papel esperado para entidades com essas características (NASCIMENTO *et al.*, 2006).

Elliot (1975) e Wilensky (1970) consideram que a fase de formação de uma associação representa a busca de identidade profissional. Um fator que contribui para a formação dessa identidade é o profissionalismo, que compreende atitudes como o uso da organização profissional, a crença na auto-regulação e o sentido de vocação e de autonomia.

Segundo Noronem *et al.* (1999), a autonomia pode ficar comprometida se não houver a definição da especificidade da fisioterapia e uma apropriação por parte do fisioterapeuta. No

estudo realizado por Nascimento (2004) verificou-se que a autonomia do fisioterapeuta esteve prejudicada pela medicina em vários momentos. Inicialmente, pelo monopólio dos saberes e das condutas no controle e no gerenciamento dos serviços de reabilitação, na prescrição do tratamento e, mais recentemente, na dependência do encaminhamento para o tratamento fisioterapêutico.

Questões relacionadas à denominação parecem ter dificultado a identificação profissional, como a rejeição do fisioterapeuta ao rótulo de massagista, denominação percebida como menos profissional. A definição das competências também trouxe conflitos internos e externos, mesmo porque não existia clareza quanto ao modelo a seguir. O desenvolvimento dessas competências foi-se dando ao longo do tempo pelos próprios conflitos entre os profissionais.

Em 3 de dezembro de 1971, foi reconhecido o curso de graduação em Fisioterapia da FCMMG, por meio do Decreto-Lei nº 69.687 (BRASIL, 1971), com importante participação da AMF e dos alunos. Após o reconhecimento da profissão no Brasil e do primeiro curso em Minas Gerais, o próximo passo foi o de regulamentação da profissão.

Os congressos brasileiros de fisioterapia também exerceram papel fundamental para a organização de idéias e planejamento dos rumos da profissão. O primeiro aconteceu no Rio de Janeiro, em 1964, antes mesmo do Decreto-Lei nº 938/69. O segundo, já após o decreto, deu-se em 1972, na cidade de São Paulo. Esses eventos culminaram com outra decisão histórica, que foi a Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975 (BRASIL, 1975), que criou o COFFITO e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITOs) – (BARROS, 2002; GAVA, 2004).

A indefinição de suas atribuições levou o fisioterapeuta a lutar por uma legislação que reduzisse a competição interna, por meio da exclusão dos práticos e auxiliares, mas que pouco assegurou com relação à autonomia profissional e ao monopólio do saber e das condutas (NASCIMENTO *et al.*, 2006).

A nova categoria profissional passou a perceber que quanto mais “esotérico” e padronizado o conhecimento, melhor a situação profissional, ou, em outras palavras, quanto mais científica a base cognitiva, melhores seriam as condições da profissão. A conquista da autonomia profissional, do reconhecimento perante os colegas da área da saúde e perante a sociedade deveria passar pela competência adquirida na universidade, por meio das atividades

de ensino/pesquisa/extensão. Assim, começou a ser elaborado um novo currículo mínimo que contemplasse todas essas vertentes.

Em seu terceiro período, observa-se na profissão diversificação dos cenários de atuação que, além dos centros de reabilitação, avançou sua atuação para hospitais, clínicas, consultórios, domicílios, centros de saúde, creches, escolas, indústrias, clubes, academias, etc.

Após a regulamentação da profissão em 1969 e após a nova concepção curricular em 1983, iniciou-se uma fase de reavaliação de sua *praxis*, testando os pressupostos de suas teorias e a eficácia das intervenções. Mais precisamente, a partir da década de 1990 foi que essa atitude de buscar embasamentos científicos para sua intervenção começou a ocorrer. No entanto, essa busca ainda está mais concentrada nas atividades de pesquisa dos docentes de algumas escolas brasileiras, em especial nas universidades públicas (UFSCar, USP e UFMG, por exemplo), onde existe a maior relação de professores mestres e doutores, além de estímulo à permanente atividade de pesquisa e ao desenvolvimento de programas de pós-graduação *stricto sensu* (CALDAS, 2006).

Para a afirmação efetiva da fisioterapia como profissão, torna-se necessária, então, a delimitação das especificidades do seu saber e do seu fazer (teoria e prática), com instrumentos próprios de apropriação e intervenção. Assim como em outras profissões, também no caso da fisioterapia deve haver um esforço no sentido de repensar sobre o objeto de trabalho e a metodologia que delimita sua ação, levando ao afastamento e à diferenciação do modelo médico de trabalho (NASCIMENTO *et al.*, 2006).

É indiscutível o avanço da fisioterapia, tanto na produção de conhecimento específico e na busca do estabelecimento desse conhecimento na clínica, a chamada prática baseada em evidências, quanto em programas de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*; porém a socialização necessária para o reconhecimento público ainda não foi alcançada.

Alguns autores, como Sampaio *et al.* (2002), afirmam que não se pode concluir que os resultados das pesquisas tiveram impacto sobre a prática profissional do fisioterapeuta. Indicam, para tanto, alguns fatores que parecem dificultar a integração entre a produção científica e a prática clínica. Tradicionalmente, a fisioterapia adota um modelo de ensino voltado para a transmissão de informação relacionada a técnicas de tratamento. Nesse sentido, esse ensino acabou por valorizar “como fazer”, em vez de buscar se concentrar nas questões de “por que” fazer.

Para vencer essa característica de “técnico”, é preciso que os cursos de formação profissional dêem ênfase às atividades de pesquisa, além de apresentar os conteúdos teóricos com o objetivo de formar profissionais críticos quanto à sua prática profissional. Também a educação continuada deve ser encorajada aos novos profissionais, uma vez que a atualização científica se tornou cada vez mais rápida em razão do grande número de instituições de pesquisa na área da saúde no Brasil, e mais precisamente em relação à fisioterapia em nível internacional.

A garantia de saúde para todos, estabelecida na Constituição Federal de 1988, demanda um grande desafio para os profissionais de saúde no século XXI: consolidar o SUS, baseando-se nos princípios de integralidade, equidade e universalidade, num sistema regionalizado e descentralizado. Muitos avanços foram alcançados, como a reorganização da atenção básica, com maior potencial de descentralização e autonomia dos gestores locais; a criação e a manutenção do Programa Saúde da Família; além de outras opções estruturantes que visam à inversão do modelo assistencial, demandando novas habilidades e competências aos profissionais de saúde, e em especial ao fisioterapeuta.

Esse novo profissional deve ser capaz de desempenhar suas funções específicas e de estabelecer relações de trabalho em equipe em diversos contextos, deve, obrigatoriamente, ter a habilidade de se manter em processo permanente de formação e atualização e gerir suas relações com os diversos atores da área da saúde: gestores, profissionais dos serviços e comunidade.

A Atenção Primária à Saúde, sendo considerada como a “porta de entrada” para o sistema de saúde, configura-se como um novo local de trabalho aos profissionais de saúde, incluindo o fisioterapeuta. A OMS preconiza que 80% dos problemas de saúde devem ser resolvidos no primeiro nível de atenção à saúde. Dessa maneira, os gestores devem planejar um novo modelo de assistência à população, dando respostas efetivas e eficazes aos problemas locais de saúde de uma comunidade.

Por intermédio dessa nova política, houve a reestruturação da assistência à saúde, ampliando as responsabilidades e o conseqüente reconhecimento do fisioterapeuta na saúde da população, traduzido por meio de novas portarias e resoluções:

- Resolução COFFITO nº 123, de 1991, que determina critérios para a prestação de serviços em fisioterapia pelas empresas de Saúde de Grupo;

- Resolução COFFITO n° 139, de 1992, que dispõe sobre as atribuições do exercício da Responsabilidade Técnica no campo assistencial da fisioterapia;
- Lei n° 8.856/94, que define a jornada de trabalho máxima do fisioterapeuta em 30 horas semanais;
- Resolução n° 218/97 do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo Ministro da Saúde, que define, dentre outros profissionais, o fisioterapeuta como profissional de saúde;
- Portaria n° 3.535/GM de 1998, do Ministério da Saúde, que define critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia, incluindo a necessidade da presença de fisioterapeutas;
- Portaria n° 466, de 1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária, e Portaria n° 2.918, de 1998, do Ministério da Saúde, que tornam obrigatória a presença do fisioterapeuta em enfermarias hospitalares de cuidados prolongados e em Serviços de Terapia Intensiva;
- Portaria n° 1.217-GM, do MS, de 13 de outubro de 1999, que inclui o fisioterapeuta na equipe de atendimento em transplantes de medula óssea;
- Resolução COFFITO n° 183, de 1998, que proíbe os fisioterapeutas de cumprirem normas oriundas das empresas de Saúde de Grupo que estejam contrariando a legislação e cerceando a autonomia e qualidade assistencial do fisioterapeuta;
- Resolução COFFITO n° 188, de 1998, que reconhece a especialidade de Fisioterapia Pneumofuncional;
- Resolução COFFITO n° 219, de dezembro de 2000, que dispõe sobre o reconhecimento da acupuntura como especialidade do fisioterapeuta;
- Resolução COFFITO n° 220, de maio de 2001, que reconhece a quiropraxia e a osteopatia como especialidades do fisioterapeuta;
- Resolução COFFITO n° 189, de dezembro de 1998, e n° 226 de agosto de 2001, que reconhecem a especialidade de Fisioterapia Neurofuncional;
- Lei n° 10.424, de 15 de abril de 2002, que acrescenta capítulo e artigo à Lei n° 8.080/90, regulamentando o atendimento domiciliar e a internação domiciliar do SUS realizada por equipes multidisciplinares, incluindo o fisioterapeuta;
- Resolução COFFITO n° 259, de dezembro de 2003, dispõe sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde do trabalhador;
- Resolução COFFITO n° 260, de fevereiro de 2004, que reconhece a especialidade de Fisioterapia Traumatortopédica Funcional.

Além desses, existem vários outros exemplos de legislação ratificando e reconhecendo a competência do fisioterapeuta, inclusive em nível internacional, como é o caso da OMS que, em 1994, incluiu o fisioterapeuta na equipe de reabilitação no seu documento sobre *Reabilitação Baseada na Comunidade*, e, em 1999, como um dos cinco membros da equipe básica no atendimento às pessoas portadoras de fibrose cística.

No que se refere à atenção primária, as políticas públicas vêm privilegiando a desospitalização e incentivando estratégias como o Programa de Agentes Comunitários (PACs) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que prevêm a atuação do fisioterapeuta. A Portaria nº 373-GM, do MS, publicada no dia 27 de fevereiro de 2002, que trata da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS), amplia a responsabilidade dos municípios na atenção básica, incluindo a assistência fisioterapêutica como elemento mínimo de média complexidade ambulatorial a ser oferecido pela rede municipal. Mais recentemente, em vários municípios do Brasil, está havendo uma mobilização com o intuito de aprovar uma lei de inclusão do fisioterapeuta no PSF. Como exemplo, cita-se o Projeto de Lei nº 117/2005, de autoria do vereador Ronaldo Gontijo, que estabelece a inclusão do fisioterapeuta nas equipes do PSF do município de Belo Horizonte.

No contexto federal, a Portaria nº 1.065-GM, de 4 de julho de 2005, criou os núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde, incluindo o fisioterapeuta nas equipes de reabilitação. Embora essa portaria preconize somente um fisioterapeuta para cada dez equipes do PSF, já demonstra uma resposta ao movimento de ampliação do campo de atuação do fisioterapeuta e uma necessidade social deste profissional na rede primária de saúde.

No sentido de adequar a formação dos novos profissionais fisioterapeutas ao novo perfil do profissional de saúde previsto pelo Ministério da Saúde e às diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação, todos os cursos de graduação no País iniciaram um movimento de reforma curricular. A instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (ANEXO 2) pode acarretar alterações tanto no perfil profissional quanto na identidade do fisioterapeuta. Dessa forma, o perfil profissional a ser desenvolvido parte de uma nova concepção de curso. Nesse sentido, propõem que o currículo seja capaz de desenvolver um perfil profissional baseado em uma “visão ética, humana e cultural”, capaz de “conhecer” e “cuidar” da integridade do corpo humano e, para tanto, do ser humano, com “qualidade”. Um curso de graduação que propicie o aprender a aprender e

de um processo de responsabilidade e compromisso com sua autoformação por intermédio da educação continuada. O profissional deve desenvolver capacidade crítica e reflexiva para relativizar o saber na e sobre sua prática profissional, de modo a reformular constantemente seus saberes, questionando-os sempre, e almejando saberes revestidos de episteme (TEIXEIRA, 2004).

A fisioterapia é, neste momento, uma profissão plena, do ponto de vista sociológico e à luz da realidade brasileira, dispondo de: conselhos e associações; código de ética, com reconhecimento do Estado e da população, com autonomia; mercado de trabalho exclusivo com referencial de honorários próprios no caso de atividade liberal; corpo consistente de conhecimentos específicos e próprios; e educação formal de nível superior onde fisioterapeutas formam novos fisioterapeutas.

2.1.2 O curso de graduação Fisioterapia na UFMG

A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) é uma instituição federal de ensino e tem sua sede em Belo Horizonte, capital de Minas Gerais. Possui 3 *campi* universitários, 19 unidades acadêmicas, 28 bibliotecas e 1 complexo hospitalar, além de museus, espaços de ciência, de cultura e de lazer. Atualmente oferece 48 cursos de graduação, 48 de doutorado, 58 de mestrado, 57 especializações e 37 residências médicas, totalizando 35.324 alunos. O seu quadro de 2.446 professores é composto por 65,1% de doutores e livre docentes; 24,5% de mestres, 6,2% de especialistas e 4,2% de graduados, sendo que 83,6% total trabalham em regime de dedicação exclusiva. Possui ainda 4.445 funcionários técnicos e administrativos (UFMG, 2006).

A UFMG continua em franca expansão. Sete cursos foram criados nos últimos quatro anos: Agronomia (em Montes Claros), Artes Cênicas, Engenharia de Controle e Automação, Matemática Computacional, Fonoaudiologia e, mais recentemente, Nutrição e Turismo. As oportunidades de ingresso crescem continuamente. Além de Belo Horizonte, o exame vestibular é agora realizado em 12 cidades no interior do Estado – Conselheiro Lafaiete, Contagem, Coronel Fabriciano, Divinópolis, Governador Valadares, Juiz de Fora, Lavras, Montes Claros, Pouso Alegre, Sete Lagoas, Uberlândia e Viçosa.

Desde que foi criado, há 27 anos, o curso de Fisioterapia da UFMG ficou conhecido, juntamente com o curso de Terapia Ocupacional, como os “nômades da UFMG”. A falta de uma sede própria obrigou o deslocamento constantemente dos dois cursos de um prédio para outro, sem estrutura adequada para aulas práticas e teóricas. O percurso do curso de Fisioterapia e desenvolvimento até a sua oferta atual, pode ser descrito em três fases: a criação do curso, a reestruturação do curso e o amadurecimento do curso.

Primeira fase: a criação do curso

O texto a seguir encontra-se na justificativa do projeto original da Criação dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, em 1978.¹⁰

A criação, na Universidade Federal de Minas Gerais, dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional viria contribuir, não somente para se atender às crescentes exigências do meio social, no sentido de fornecer-lhes profissionais instruídos e competentes, como também para evitar a atuação nefasta de falsos profissionais, responsáveis por improvisações perigosas no tratamento e recuperação de pessoas incapacitadas.

A preocupação da Universidade em criar os referidos cursos, remonta já há alguns anos, quando foram enviadas à Reitoria, atas do 1º Simpósio de Reabilitação de Minas Gerais (outubro de 1961), que sugeriam e acentuavam a conveniência de se criarem estes cursos. Tais sugestões vieram ao encontro de uma realidade social que, ao mesmo tempo em que evidenciava o desenvolvimento e o progresso da Medicina em nosso Estado, indicava a defasagem, pela inexistência de cursos nesta especialidade, de atividades paramédicas numa de suas importantes áreas de trabalho – a Reabilitação.

Nosso estado possui apenas um Curso de Fisioterapia e Terapia Ocupacional,¹¹ oferecido pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, que forma anualmente, uma média de 30 alunos em Fisioterapia e 5 em Terapia Ocupacional. Números estes considerados insuficientes, tendo-se em vista as crescentes exigências sociais da profissão.

¹⁰ Justificativa para a criação dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional na UFMG, apresentada na proposta de criação e apresentação dos currículos dos referidos cursos, elaborada pela Comissão constituída pela Portaria nº 001/77, do Conselho de Graduação da UFMG, para estudar e desenvolver o projeto de criação dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, coordenada pela Prof^a Maria Lúcia Paixão, professora da Escola de Educação Física da UFMG.

¹¹ O aluno se inscrevia no vestibular para o curso de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas e depois fazia a sua opção pela Fisioterapia ou pela Terapia Ocupacional. Somente a partir de 1977 a FCMMG exigiu a pré-opção do aluno na época da inscrição para o vestibular. Essa faculdade estabeleceu 10 vagas para o curso de Terapia Ocupacional e 30 para o de Fisioterapia.

Atendendo à recomendação do Conselho de Graduação da UFMG, segundo a qual “os objetivos de cursos devem ser definidos a partir de amplos debates sobre o profissional que se quer formar, seu papel na sociedade, as demandas do meio e do mercado de trabalho, levando em consideração o papel inovador que a Universidade deve desempenhar”, a Comissão de Criação dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional realizou pesquisa de mercado de trabalho com profissionais das referidas áreas, definiu o perfil profissional a ser formado e o número de vagas anuais oferecidas. Decidiu-se por 40 vagas anuais. A Comissão também realizou amplo estudo de currículos de várias escolas do Brasil e do exterior. Esse estudo permitiu a elaboração de um quadro comparativo das disciplinas comuns aos diversos cursos e respectivas cargas horárias, a partir do qual foi montado o primeiro anteprojeto de composição de currículo dos cursos. O curso de graduação teve seu primeiro vestibular na UFMG em 1979, estando entre os cinco cursos mais concorridos no Vestibular naquele ano.

O primeiro currículo proposto para o Curso de Graduação em Fisioterapia (ANEXO 3), foi elaborado a partir do Currículo Mínimo proposto pelo Conselho Federal de Educação, e estava estruturado em dois ciclos – ciclo básico e ciclo profissionalizante, com carga horária de 3.450 h (sem o estágio), curso diurno em horário integral com duração mínima de quatro anos. Tinha como objetivos centrais:

- possibilitar ao aluno a aquisição de informações para a exata compreensão dos fatos ou fenômenos relacionados à ciência da fisioterapia, procurando desenvolver atitudes e habilidades necessárias à permanente atualização, desenvolvimento e aplicação do conhecimento.
- formar profissionais conscientes de suas funções e responsabilidades, capazes de assumi-las legal integralmente, impondo-se como membro de uma equipe de saúde.

Nele sobressaíam as disciplinas técnicas,¹² nas quais os docentes, em geral, trabalhavam os conteúdos programáticos sem questionar as contradições existentes no campo de trabalho do fisioterapeuta. As disciplinas que compunham a grade do curso, na sua maioria, eram ofertadas por Departamentos do Instituto de Ciências Biológicas e da Escola de Medicina, reforçando o modelo médico centrado como referencial de modelo assistencial. O currículo expressava uma concepção de profissão sustentada no objetivo de promover a

¹² Disciplinas técnicas são aquelas com conteúdos específicos ao exercício profissional: Anatomia, Bioquímica, Patologia, Métodos e Técnicas de Avaliação Fisioterápicas, Recursos Terapêuticos, Fisioterapia Aplicada às Diversas Alterações Clínicas, etc.

reabilitação física do indivíduo sem, no entanto, contemplar discussões sobre as relações sociais e do jogo de interesses políticos, econômicos e sociais envolvidos nesse objetivo.

Nessa época, não havia no Brasil a oferta de cursos de pós-graduação na área e, conseqüentemente, não havia profissionais fisioterapeutas com título de mestre ou de doutor, obrigando ao Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional responsável pelas disciplinas específicas do curso contar com fisioterapeutas clínicos como docentes graduados e especialistas.

Quando foi criado, em 1979, o curso funcionava na Escola de Educação Física, mas nove anos depois, em 1987, por falta de espaço e em decorrência de conflitos políticos internos, teve de sair do prédio. O conflito entre os docentes do curso de Educação Física e os dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional acontecia por questões de poder: espaço físico, acadêmico, administrativo e financeiro na unidade acadêmica. O curso ficou sem local fixo na universidade pelo período de um ano, e em 1988 as aulas foram ministradas em salas cedidas por várias Unidades: Faculdade de Medicina, Escola de Veterinária e Escola de Educação Física.

Segunda fase: a reestruturação do curso

Em 1986, adequando-se ao novo currículo mínimo proposto pelo MEC,¹³ o curso passou por uma reforma curricular, incorporando as disciplinas do novo Currículo Mínimo. Foram inseridas novas disciplinas obrigatórias e optativas na grade curricular do curso. Essa reforma implicou a passagem do curso de quatro para cinco anos, um aumento significativo na carga horária total, a inclusão de uma série de disciplinas dos ciclos de Ciências Biológicas, Humanas e de disciplinas do próprio Departamento de Fisioterapia, na época, Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (ANEXO 4).

As matérias do Ciclo de Matérias Biológicas¹⁴ já existiam em currículos anteriores, porém adquiriram maior importância com o aumento de carga horária e dos conteúdos ministrados, equiparando o curso a outros cursos da área de saúde. As disciplinas no campo da Patologia também ganharam destaque utilizando uma abordagem muito mais investigativa

¹³ Parecer nº662/82 do MEC que estabelece mudanças nos conteúdos do curso de graduação da Fisioterapia e uma carga horária mínima de 3.240 horas/aula em, no mínimo, quatro anos, substituindo o currículo estabelecido pelo Parecer 388/63 homologado através da Portaria 511/64 do MEC, que tinha uma carga horária mínima de 2.160 horas (BARROS, 2002).

¹⁴ Ciclo de matérias biológicas: Anatomia, Citologia, Histologia, Patologia, Bioquímica, Biofísica, etc.

e diagnóstica da doença, e não, simplesmente, informativa. As disciplinas de formação geral, como Sociologia e Antropologia, surgiram pela primeira vez, trazendo a discussão sobre o homem e a sociedade para a realidade da fisioterapia, dando um cunho um pouco mais humanístico ao curso. (REBELATTO e BOTOMÈ, 1987).

Toda proposta curricular advém dos anseios de uma classe e de suas posições políticas, com o objetivo de assegurar sua consolidação e crescimento. O novo currículo apresentou uma valorização da profissão, tanto pelo aumento de conteúdos e número de disciplinas, como pela preocupação de disponibilizar ao acadêmico o máximo de informações possíveis. A instrumentalização mais adequada do profissional parecia para a ABF naquele momento, ser uma estratégia para o crescimento do fisioterapeuta do ponto de vista acadêmico, científico e de autonomia de atuação profissional perante a área médica. No entanto, o aluno continuava a ser formado de acordo com um modelo assistencial médico-centrado. Pode-se dizer que ele ainda mantinha as mesmas características do currículo anterior, estruturado de acordo com o modelo da racionalidade técnica.¹⁵

O curso da UFMG passou para 3.990 horas, das quais 330 foram reservadas para as aulas práticas e 1.215 horas para o Ensino Clínico. Essa estrutura de grade curricular é a que ainda está em vigor, até hoje, no curso de graduação Fisioterapia da UFMG. As aulas práticas são desenvolvidas nos laboratórios específicos (de recursos terapêuticos e de cinesioterapia). O currículo não prevê estágio curricular, e sim disciplinas clínicas, que correspondem aos três últimos períodos do curso. Nestas, sob a supervisão direta do professor, o aluno atua diretamente com o paciente, aplicando os conhecimentos adquiridos ao longo de sua formação acadêmica e aprendendo a avaliar, diagnosticar, prescrever e aplicar os recursos terapêuticos de acordo com a necessidade do paciente. O Projeto Pedagógico proposto para essas disciplinas prevê uma supervisão decrescente.

Dez anos depois de sua criação, em 1989, o curso foi transferido para a Unidade Administrativa III, que não dispunha de estrutura compatível para abrigá-lo, mas onde

¹⁵ Durante a década de 1970, a concepção de currículo nos Estados Unidos era denominada de paradigma técnico-linear, e tinha grande influência no Brasil. Era inspirado por Ralph Tyler e presidido pela lógica de controle técnico, o qual continha as decisões sobre objetivos a serem atingidos, grades curriculares, tópicos de conteúdo, carga horária, métodos e técnicas de ensino e avaliação destes objetivos. Essa concepção de currículo não se iniciou por influência de Tyler, mas teve suas bases na sociedade americana no início do século IX como consequência da revolução industrial. Assim, os objetivos da educação deveriam ser institucionalizados como nos negócios, desenvolvendo a predeterminação dos resultados específicos a serem obtidos, sendo administrada como uma indústria (GONÇALVES, 1994).

permaneceu por 2 anos. Por fim, em 1991, foi instalado na Unidade Administrativa II, onde funcionou 13 anos, até 2004.

Em 1992, o Departamento iniciou o investimento na capacitação docente, liberando grande parte do efetivo para cursos de pós-graduação no exterior, ficando o curso conduzido por professores, na sua maioria especialistas e recém-admitidos em concurso público.

O Curso de Graduação em Fisioterapia da UFMG oferece, desde 1994, a disciplina Clínica III em Unidades Básicas de Saúde, desenvolvendo com os acadêmicos de último ano atividades em Atenção Primária à Saúde, sendo pioneira no município de Belo Horizonte. Atualmente, a disciplina é desenvolvida em sete Unidades Básicas de Saúde, onde os acadêmicos estão inseridos nas equipes de PSF. É importante pontuar a preocupação em relação ao modelo de assistência. A estratégia do PSF é mudar o modelo assistencial centrado na doença e nas intervenções individuais e focalizadas para as ações “usuárias-centradas” que considerem as condições de saúde, organizadas e implantadas por uma equipe que atue de forma interdisciplinar e integral, com o objetivo de melhorar das condições de vida da comunidade.

Em 1996, a Lei Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB),¹⁶ estabeleceu novas bases para a formação profissional, ficando a critério de cada área de conhecimento estabelecer diretrizes curriculares para nortear seus cursos de graduação e dar maior liberdade para que as instituições de ensino superior estabelecessem projetos pedagógicos e estruturas curriculares. A avaliação da competência profissional para a habilitação ficaria a critério exclusivo dos Conselhos Federais de cada profissão, que deveriam estabelecer critérios de avaliação para o exercício profissional.

Terceira fase: o amadurecimento do curso

Em 1997, atendendo à solicitação de Edital nº 4/96 da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura (SESu/MEC), o Colegiado de Fisioterapia da UFMG promoveu o 1º *Encontro dos Coordenadores de Cursos de Fisioterapia de Minas Gerais*, que produziu um documento enviado à Comissão de Especialistas em Ensino de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-SESu/MEC, como proposta regional de sugestão das Diretrizes Curriculares para o curso de graduação fisioterapia.

¹⁶ BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

Em 1998, o curso passou pelo processo de Avaliação Interna,¹⁷ realizada por iniciativa da UFMG com base nas avaliações dos discentes e docentes das disciplinas, das condições de oferta do curso e do levantamento da área física, recursos e equipamentos as seguintes questões foram registradas:

- espaço físico inadequado, inclusive dos cenários de prática;
- títulos na biblioteca insuficientes e ultrapassados;
- sucateamento dos equipamentos e recursos didáticos;
- não-cumprimento da carga horária prática, nas disciplinas aplicadas;
- não-cumprimento das ementas e/ou conteúdos programáticos não atualizados.

O Colegiado de Graduação, nesse ano, ampliou os locais de desenvolvimento das disciplinas clínicas, assinando convênio com o Hospital Municipal Odilon Berhens, ampliando, assim, o espaço ambulatorial e de leito para o desenvolvimento das disciplinas clínicas do 8º e 9º períodos. Ampliou também para sete o número de Unidades de Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Nessa época, os docentes liberados para capacitação começam a retornar como doutores e se envolveram na criação dos cursos de especialização e mestrado.

Em 1999, o Colegiado de Fisioterapia definiu, na Resolução nº 01/99, a flexibilização horizontal do currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia, que regulamenta o registro no histórico escolar e reconhece como atividades acadêmicas curriculares as atividades de iniciação à pesquisa, à extensão e ao ensino, dando início à implantação do processo de flexibilização do currículo do curso de Fisioterapia.

Com o apoio da Pro-Reitoria de Graduação (PROGRAD), houve uma melhoria significativa na infra-estrutura e ampliação das instalações da área física da Unidade Administrativa II, com o aumento do número de salas de aula e laboratórios, aquisição e atualização do acervo bibliográfico, aquisição de equipamento mobiliário e recursos terapêuticos e implantação do Laboratório de Informática para os alunos da Graduação.

Ainda em 1999, o Colegiado de Graduação do Curso de Fisioterapia participou da criação e da implantação do Colegiado de Ensino, Pesquisa e Extensão do Complexo Hospital das Clínicas, espaço importante perante a Direção do Hospital Universitário.

¹⁷ Em 1998 foi a Avaliação Interna, realizada pelos docentes, discentes e funcionários técnico-administrativos do próprio curso. Em 1999 foi realizada uma Avaliação Externa do curso, realizada por profissionais externos à UFMG, sendo um docente, um profissional do mercado de trabalho e um ex-aluno.

Nesse mesmo ano, houve a Avaliação Externa do curso de graduação de Fisioterapia, cujo relatório final provocou reação dos docentes do Departamento de Fisioterapia e da Direção da Unidade da Escola, iniciando-se, então, um movimento de reflexão sobre o curso, seu espaço institucional, seus indicadores de qualidade, envolvimento do corpo docente na graduação, etc. Nessa época, o Departamento estava muito envolvido, estrategicamente, na criação dos cursos de especialização e mestrado e, a partir desse relatório percebeu a importância de rediscutir seu curso de graduação.

Em 2000, o Colegiado de Fisioterapia avaliou o relatório da Comissão de Avaliação Externa e estabeleceu como prioridade a discussão do currículo do curso de graduação, e, em parceria com o Departamento de Fisioterapia, realizou o seminário *Currículo da Fisioterapia/UFMG*. Nessa ocasião os docentes discutiram e avaliaram as disciplinas do currículo e participaram de palestras, conduzidas por especialistas convidados, sobre currículo e formação do profissional da saúde. Foram estabelecidas três comissões de trabalho para dar continuidade ao processo de reformulação curricular do curso de graduação fisioterapia/UFMG. Nesse momento também foi aprovada a criação do curso de Mestrado em Ciências da Reabilitação.

Em 2001, ainda com o apoio da PROGRAD, houve melhoria na infra-estrutura do Ambulatório Bias Fortes e a aquisição e atualização do acervo bibliográfico. Em 2003, foi realizado o *Seminário de Reforma Curricular*, promovido pelo Colegiado de Graduação, envolvendo todos os docentes, quando se definiu o perfil desejado do formando na UFMG. Além das características estabelecidas nas Diretrizes Curriculares para os cursos de fisioterapia, o fisioterapeuta formado na UFMG, segundo documento aprovado no Seminário de Reforma Curricular de 2003, deverá ser capaz de:

- reconhecer novas oportunidades de ação do fisioterapeuta em virtude da flexibilização curricular que oferece uma perspectiva ampla de formação;
- documentar mudanças funcionais e comunicá-las aos indivíduos e à comunidade científica;
- tornar-se independente na busca do conhecimento – educação permanente;
- ser agente modificador de práticas profissionais.

Em 2003, de acordo com as ações propostas no Projeto Campus 2000,¹⁸ a universidade iniciou a ampliação da Escola de Educação Física, agora já com a denominação completa de “Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional”, construindo um prédio destinado a abrigar definitivamente o curso de Fisioterapia. O Departamento de Fisioterapia já estava ofertando os cursos de especialização e mestrado, aumentando, assim, o número de atividades de iniciação à pesquisa envolvendo os alunos de graduação, bem como melhorando os recursos didáticos com a instalação dos laboratórios de pesquisa.

Em 2005, o curso, finalmente, foi instalado em sede definitiva: um novo prédio, anexo ao prédio da antiga Escola de Educação Física, que além de salas de aula, gabinetes individuais para os docentes e espaços administrativos, conta com laboratórios de ensino e pesquisa, recursos terapêuticos e hidroterapia. Uma clínica de atendimento externo também foi prevista no projeto da nova sede do curso, mas ainda não foi implementada.

Atualmente, o Colegiado de Graduação vem trabalhando na construção de uma nova proposta curricular sob nova abordagem pedagógica, de acordo com os princípios das diretrizes curriculares propostas pelo MEC e da flexibilização curricular. O objetivo é formar profissionais da saúde de acordo com os princípios da integralidade na atenção e no cuidado à saúde e da prática baseada em evidências, favorecendo a articulação dos conhecimentos e o trabalho em equipe multiprofissional, além de promover atividades práticas ao longo de todo o curso e em todos os tipos de unidades de saúde.

2.1.3 Que profissionais queremos formar?

Pereira e Almeida (2005) discutem o estado atual das práticas educativas relativas à saúde e à visão fragmentária que estas têm do ser humano, reduzindo-o a um corpo técnico, passivo, objeto de intervenções invasivas e por medicamentos. Ao excluírem de seu horizonte de referência a dimensão totalizante do ser humano, tais práticas deixam de abordar as injunções sociais, culturais, políticas e psicológicas, presentes no desenvolvimento dos estados de saúde/doença. Além disso, desconhecem a subjetividade dos atores envolvidos na produção da doença e da própria cura, bem como a si próprias enquanto artífices da

¹⁸ O projeto *Campus 2000* pretende transferir para o *campus* Pampulha todas as unidades acadêmicas da UFMG, incluindo as que ainda se encontram na região centro-sul de Belo Horizonte.

modelagem de um tipo próprio de subjetividade individualista moderna. Apresenta-se, assim, uma visão crítica da excessiva biologização dos ensinamentos dominantes, surgida em algumas escolas de saúde. Os autores sugerem que o campo da saúde se favoreceria do saber das Ciências Humanas. Por fim, indicam-se diretrizes teórico-metodológicas para uma proposta alternativa de educação médica que considere o ser humano na sua globalidade, alteridade e condição de sujeito da sua própria história, rompendo com as estruturas conservadoras, autoritárias e mercadológicas da formação médica atual.

Para que a formação do fisioterapeuta na UFMG esteja adequada à formação do profissional de saúde proposto pelos Ministérios da Saúde e Educação, mudanças efetivas no processo de formação devem ser feitas para melhor integração ensino/serviço/comunidade. Mas quais mudanças? No conteúdo, na forma, no cenário de aprendizagem? Como e o que mudar? Quais são as metodologias de ensino/aprendizagem mais eficientes na educação de adultos?

Para adultos, o motor da aprendizagem é a superação de desafios, a resolução de problemas e a construção do conhecimento novo são feitas tomando por base todos os conhecimentos e experiências prévias do indivíduo. (FREIRE, 1976, p. 45)

Sendo assim, o processo de mudança na formação universitária dos profissionais da saúde pressupõe a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que proponham concretamente desafios a superar pelos estudantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos e que coloquem o professor como facilitador e orientador do processo. Ou seja, a educação de adultos e a formação universitária exigem uma pedagogia basicamente interativa (BORDENAVE; PEREIRA, 1994).

A pedagogia da interação implica, necessariamente, certo grau de democratização das relações na universidade, já que está baseada numa relação entre sujeitos, em processos dinâmicos, por meio dos quais todos aprendem, além de possibilitar o aperfeiçoamento contínuo de atitudes, conhecimentos e habilidades dos estudantes e professores a partir da ação reflexiva.

A mudança das pessoas/docentes/discentes/gestores/profissionais de serviço, fundamental para o processo de transformação, é difícil, lenta e conflituosa. A resistência à mudança está associada a diversas circunstâncias (falta de incorporação/adesão do referencial

pedagógico pelos docentes, falta de habilidade na aplicação das novas tecnologias pedagógicas, falta de compromisso ou de apropriação do processo de mudança, etc.).

Outro elemento importante para pensar o processo de formação de profissionais é a velocidade vertiginosa com que se produzem e se disponibilizam conhecimentos e tecnologias no mundo atual. Os conhecimentos, as habilidades e as atitudes exigidas do profissional modificam-se rapidamente e, assim, a ênfase na transmissão perde ainda mais força e sentido. Constitui-se, então, como um dos objetivos fundamentais de aprendizagem o aprender a aprender, em um processo de educação permanente (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Aprender a aprender envolve o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações disponibilizadas em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, além da utilização das fontes pessoais de informação, destacando-se a informação advinda da própria experiência profissional (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Outro conceito-chave de um modelo inovador é o aprender fazendo, que pressupõe a inversão da seqüência clássica teoria/prática na produção do conhecimento e assume que ela ocorre de forma dinâmica por meio da ação-reflexão-ação. Essa é a porta para que o processo ensino-aprendizagem esteja extremamente vinculado aos cenários de prática e baseado nos problemas da vida real. Na área da saúde, implica que as atividades práticas estejam presentes ao longo de toda a carreira e cumpram o papel de “disparadores” do processo de busca/construção do conhecimento (FEUERWERKER, 2002).

Em muitas experiências de transformação do processo de formação do profissional, a participação dos atores dos serviços e da comunidade na definição dos conteúdos e na orientação dos trabalhos a serem desenvolvidos pelos próprios estudantes tem sido essencial para que se revelem novos conteúdos e para que novas práticas (para responder aos novos problemas) sejam construídas. Trabalhar por problemas ou por problematização provoca a busca de caminhos que viabilizam a abordagem interdisciplinar das questões.

Para que essa proposta pedagógica seja estabelecida, é necessário desenhar ou construir um currículo de maneira integrada, para que se possam articular os vários conteúdos necessários para dar conta de uma situação ou problema, independentemente da estrutura disciplinar. Trabalhar por problemas ou por problematização provoca a busca de caminhos que viabilizam a abordagem interdisciplinar das questões (FEUERWERKER, 2002).

A avaliação é outro terreno inevitável de mudança. Deve ser um instrumento de acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem, orientado a todos os seus aspectos e

não apenas um instrumento de verificação pontual, orientado basicamente às esferas da cognição e da memorização (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Buscar empreender mudanças amplas no processo de ensino-aprendizagem voltado para a formação de profissionais da saúde significa transformar a relação entre docentes, entre docentes e alunos e serviço, ou seja, entre a universidade e os atores do mundo real. Pressupõe mudanças na própria estrutura e organização da universidade, na legitimação desse novo processo de formação e produção de conhecimento pelo Estado. Isso significa confrontar modelos, expectativas. Significa buscar alterar relações de poder já estabelecidas. Significa provocar e enfrentar conflitos. Significa exercitar paciência e perseverança. Flexibilização e permeabilidade, portanto, são eixos fundamentais dos processos de mudança nessa esfera (ALMEIDA, 1999).

Dada a existência de diferenças importantes de contexto, diferentes estratégias que implicam tempos diferentes para a construção dos processos de mudança, o objetivo fundamental das estratégias de mudança é possibilitar a construção de sujeitos “ativos”, porque essas mudanças, que envolvem construir novos papéis e novas relações de poder, só podem ser construídas com base na transformação das pessoas.

Segundo Almeida (1999), algumas estratégias devem voltar-se inicialmente para os docentes, buscando:

- Criar espaços e instrumentos que possibilitem a reflexão crítica sobre a própria prática pedagógica tradicional. Perceber com clareza as limitações das práticas tradicionais e acreditar na capacidade de produzir respostas necessárias aos novos problemas é fundamental para que cada um possa chegar à convicção da necessidade de mudança.

- Sensibilizar e instrumentalizar os docentes por meio da capacitação em diversos temas: metodologias ativas, comunicação; trabalho em equipe, avaliação e planejamento estratégico, etc.

- Construir espaços de experimentação prática, de enfrentamento de novos desafios, de criação de alternativas, de interação com outros atores, de reconhecimento de novos cenários. Isso é importante para que a busca de novas metodologias seja, de fato, uma necessidade e para que a construção das novas alternativas seja feita a partir de experiência práticas realmente de domínio dos docentes.

- Estabelecer espaços de experimentação da interdisciplinaridade como estratégia para desconstruir as disciplinas e chegar a um currículo integrado e uma prática multiprofissional,

por meio do trabalho sobre temas comuns e novos cenários. Possibilitar a compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença; da complementaridade dos vários saberes e práticas profissionais, buscando a integralidade do cuidado e maior potência da ação cuidadora e terapêutica.

- Criar diversos momentos e espaços de reflexão, avaliação e construção coletiva das propostas de mudança, envolvendo a maior participação possível.

Todo processo de mudança deve ser conduzido por uma equipe. Um grupo que pense estrategicamente e dê uma só direção ao processo, desenvolvendo estratégias para construir viabilidade, adesão, motivação, governabilidade, estabelecendo acordos e aproximações sucessivas na construção da proposta de mudança e em sua implantação.

Outro fator fundamental para os processos de mudança é a parceria da Instituição de ensino com os serviços de saúde e com a comunidade. Isso possibilita maior relação entre o mundo do trabalho e o mundo da academia. A necessidade da mudança no processo de formação dos profissionais da saúde parte do mundo do trabalho, e esse processo depende da mudança da prática profissional, que por sua vez depende da mudança do modelo de atenção e do papel dos vários sujeitos na produção da saúde. Esses processos são dialeticamente relacionados e interdependentes. Nesse sentido as parcerias também são fundamentais porque permitem a aliança estratégica entre os atores dos três segmentos, ensino/serviço/comunidade, o que possibilita a sustentação do processo em momentos estratégicos.

Ao lado das novas abordagens pedagógicas, tem merecido destaque a Educação Permanente (EP). Para Ricardo Burg Ceccim (2005, p. 161), a Educação Permanente em Saúde é uma prática pedagógica na qual o processo educativo que faz parte do cotidiano possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no dia-a-dia.

2.2 Questões curriculares

Considerando a importância do currículo nos cursos de formação profissional, nesta seção serão discutidos alguns conceitos básicos do campo do currículo. Além da definição

do termo *currículo* e da apresentação de algumas expressões para melhor compreensão da produção dessa área, uma síntese das teorias do currículo é apresentada para a compreensão de que o currículo tem significados que vão muito além daqueles que as teorias tradicionais nos apresentaram. Na formação profissional, o currículo constitui, dentre outros, um importante elemento de análise das forças presentes no processo de negociação e definição de parâmetros norteadores da formação, determinando, assim, o perfil do profissional a ser formado.

2.2.1 Currículo: documento de identidade

Do ponto de vista etimológico, o termo *curriculum* deriva do verbo latino *currere* (correr), significando “pista ou circuito atlético”; “pequena caminhada a percorrer”. Essa palavra tinha também outros significados, incluindo “ordem como seqüência” e “ordem como estrutura” (SANTOS; PARAISO, 1996; LAMPERT, 2001; SILVA, 2004).

Desde a sua introdução no campo pedagógico, esse termo ganhou várias definições. Inicialmente significava um arranjo sistemático de matérias ou um elenco de disciplinas e de conteúdos. Posteriormente, currículo foi entendido como um conjunto de estratégias para preparar o jovem para a vida adulta. Além disso, também já foi definido como conjunto de experiências trabalhadas pela escola ou conjunto das atividades e dos meios para se alcançarem os fins da educação. Nessas perspectivas, o *currículo* envolve a definição de objetivos e a seleção dos conteúdos escolares (LAMPERT, 2001; SILVA, 2004).

É importante entender o significado das expressões criadas para traduzir diferentes especificidades ou dimensões do currículo tratadas na bibliografia deste campo, para melhor compreensão da produção dessa área. Assim, *currículo oficial* é o que foi planejado oficialmente para ser trabalhado nas diferentes disciplinas e séries do curso. É o que consta na proposta curricular institucional. Do mesmo modo, *currículo formal* abrange todas as atividades e conteúdos planejados para serem trabalhados na sala de aula. O currículo formal inclui também o oficial. *Currículo em ação ou real* refere-se aos diversos tipos de aprendizagem que os estudantes realizam como consequência de estarem escolarizados. A expressão *currículo oculto* significa o conjunto de normas e valores implícitos nas atividades

escolares, porém não mencionados pelos professores ou não intencionalmente buscados por eles. São, portanto, aprendizagens não intencionais que se dão como resultado de certos elementos presentes no ambiente escolar. É constituído tanto de práticas como de mensagens não-explicitadas. Contrapondo-se ao currículo oculto, o *currículo explícito* representa a dimensão visível do currículo e se constitui nas aprendizagens intencionalmente buscadas através do ensino. Por último, é importante destacar o significado de *currículo vazio* ou *currículo nulo*, que consiste nos conhecimentos ausentes, tanto das propostas curriculares (currículo formal), como das práticas das salas de aulas (currículo em ação), que, muitas vezes, abrangem conhecimentos significativos e fundamentais para a compreensão da realidade e para a atuação nela. Também chamados de campos de “silêncios” ou de “omissões”, seu significado é fundamental para entender o currículo como espaço de afirmação e negação de elementos das diferentes culturas, produzindo efeitos sobre os estudantes, tanto em função do que diz, como daquilo que silencia (SANTOS; PARAISO, 1996; SILVA, 2004).

Na década de 1970, ocorreu no Brasil uma grande influência americana no campo do currículo com a tradição curricular tecnicista, caracterizada pela racionalidade técnica, pela determinação de objetivos e de controle do processo educativo. Na realidade, essa tradição tecnicista influenciou uma geração de educadores e instituiu uma forma específica de conceber currículo no Brasil. Currículo passa a ser entendido como a especificação dos objetivos da educação considerados desejáveis e a definição de conteúdos a serem transmitidos na escola para se atingirem tais objetivos (SANTOS; PARAISO, 1996; SILVA, 2004).

No final da década de 1980 e no início da década de 1990, o currículo passou a ser problematizado a partir de suas relações com as esferas políticas, econômicas e socioculturais, sendo entendido como todas as experiências e conhecimentos proporcionados aos estudantes no cotidiano escolar, por meio tanto do currículo explícito quanto do currículo oculto.

Silva (2004) considera mais importante e mais interessante do que a busca da definição última de currículo saber a quais questões uma “teoria” do currículo ou discurso curricular busca responder. Segundo o autor, a questão central que serve de pano de fundo para qualquer teoria do currículo é a de saber qual conhecimento deve ser ensinado. De forma mais sintética, a questão central é: O QUÊ? Para responder essa questão, as diferentes teorias podem recorrer a discussões sobre a natureza humana, sobre a natureza do conhecimento, da

cultura e da sociedade. As diferentes teorias se diferenciam, até mesmo, pelas diferentes ênfases dadas a esses elementos. Ao final, entretanto, elas têm de voltar à questão básica: O QUE ELES OU ELAS DEVEM SABER?

A pergunta “o quê”?, por sua vez, nos revela que as teorias do currículo estão envolvidas, explícita ou implicitamente, em desenvolver critérios de seleção que justifiquem a resposta que será dada à questão. O currículo é sempre resultado de uma seleção, ou seja, de um universo mais amplo de conhecimentos e saberes, seleciona-se aquela parte que vai constituir, precisamente, o currículo.

Nas teorias do currículo, entretanto, a pergunta “O quê”? nunca está separada de outra importante pergunta: “O que eles ou elas devem ser”? – ou melhor, “O que eles ou elas devem se tornar”? Afinal, um currículo busca precisamente modificar as pessoas que vão seguir aquele currículo (PERRENOUD, 2003; SILVA, 2004).

No fundo das teorias do currículo está, pois, uma questão de “identidade” ou de “subjetividade”. Segundo Silva (2004), quando pensamos em currículo, pensamos apenas em conhecimento, esquecendo-nos de que o conhecimento que constitui o currículo está, centralmente, vitalmente, envolvido naquilo que somos, naquilo que nos tornamos: nossa identidade, nossa subjetividade.

Da perspectiva pós-estruturalista, podemos dizer que o currículo é também uma questão de poder e que as teorias do currículo, uma vez que buscam dizer o que o currículo deve ser, não podem deixar de estar envolvidas em questões de poder. Selecionar é uma questão de poder. Privilegiar um tipo de conhecimento é uma operação de poder. Destacar, entre as múltiplas possibilidades, uma identidade ou subjetividade como a ideal é uma operação de poder. Nesse sentido, as teorias do currículo estão ativamente envolvidas na atividade de garantir o consenso, de obter hegemonia. As teorias do currículo estão situadas num campo epistemológico social, ou seja, no centro de um território contestado. (APPLE, 1989; SILVA, 2004)

É precisamente a questão do poder que vai separar as teorias tradicionais das teorias críticas e pós-críticas do currículo. As teorias tradicionais pretendem ser apenas isto: teorias neutras, científicas, desinteressadas. As teorias críticas e as teorias pós-críticas, em contraste, argumentam que nenhuma teoria é neutra, científica ou desinteressada, mas que está, inevitavelmente, implicada em relações de poder, e estão preocupadas com as conexões entre saber, identidade e poder. Silva (2004) sintetiza as teorias da seguinte forma:

TEORIAS TRADICIONAIS

Ensino
 aprendizagem
 avaliação
 metodologia
 didática
 organização
 planejamento
 eficiência
 objetivos

TEORIAS CRÍTICAS

ideologia
 reprodução cultural e social
 poder
 classe social
 capitalismo
 relações sociais de reprodução
 conscientização
 emancipação e libertação
 Currículo oculto
 resistência

TEORIAS PÓS-CRÍTICAS

identidade, alteridade, diferença
 subjetividade
 significação e discurso
 saber-poder
 representação
 cultura
 gênero, raça, etnia, sexualidade
 multiculturalismo

Atualmente, com a política do multiculturalismo e com a ênfase dada aos aspectos culturais da escolarização, o campo do currículo tem avançado nas suas reflexões. O currículo passa a ser visto como elemento de uma política cultural em que é tanto território de produção ativa de cultura como um campo de contestação cultural. Nessa perspectiva, o currículo é entendido não apenas como transmissor de uma cultura produzida em outro local, mas também como uma arena de produção, criação e transgressão cultural (PERRENOUD, 2003; SILVA, 2004).

Depois das teorias críticas e pós-críticas do currículo, torna-se impossível pensar o currículo simplesmente por meio de conceitos técnicos, como os de ensino e eficiência, ou de categorias psicológicas, como as de aprendizagem e desenvolvimento, ou ainda de imagens

estáticas, como as de grade curricular e lista de conteúdos. Segundo Silva (2004), num cenário pós-crítico, o currículo pode ser todas essas coisas, pois ele é aquilo que dele se faz. Com as teorias críticas aprendemos que currículo é, definitivamente, um espaço de poder. O conhecimento corporificado no currículo carrega marcas das relações sociais de poder.

Na revisão da literatura, os conceitos de currículo cobrem um arco definido, que vai do currículo como texto da grade curricular ao currículo como o todo educativo. Delimitar o currículo de graduação, no caso da formação do fisioterapeuta, é uma tarefa complexa, considerando os inúmeros aspectos que confluem na discussão do perfil profissional que deve ser formado para conferir uma formação básica e consistente no campo técnico e humanístico.

Para a concretização da formação profissional é necessária a passagem de profissionais pela universidade como forma de legitimá-la e de conferir-lhes, mediante o treinamento e, posteriormente, pela posse do título/diploma, as condições necessárias para a habilitação profissional perante os Conselhos Profissionais. Essa formação confere certo domínio de habilidades e de conhecimentos que se tornam viáveis pela própria organização curricular. Em razão disso, o currículo constitui, dentre outros, um importante elemento de análise das forças presentes no processo de negociação e definição de parâmetros norteadores de formação, determinando, assim, o perfil do profissional a ser formado.

A organização de um currículo remete os agentes envolvidos, implícita ou explicitamente, a um posicionamento quanto ao papel da universidade e à adequação da formação profissional ao mercado de trabalho. Implica também a definição de um perfil profissional e de estratégias a adotar para conseguir os objetivos traçados.

Entende-se que as universidades necessitam discutir a adequação da formação ao mercado de trabalho, porém cabe refletir em que perspectiva cada curso apropria-se dessa discussão. Opta-se por uma adequação linear da formação às exigências do mercado do trabalho ou à preparação dos profissionais para intervir nesse mercado a partir da compreensão da dimensão política, social e econômica que envolve os seus rumos? O curso assumirá uma formação predominantemente técnica ou crítica quanto ao emprego de técnicas?

Como afirma Goodson (1990), é fundamental que se pesquise como o currículo adotou determinada configuração e como seus conteúdos vieram a compor o currículo tal qual se apresenta. Sob esse ponto de vista, este trabalho requer uma análise histórica,

compreendendo-se as rupturas e as discontinuidades em sua estruturação, o que se contrapõe à idéia de currículo como processo evolutivo de desenvolvimento.

Observa-se, assim, que possíveis deficiências dos currículos têm determinantes bem mais profundos do que os atribuídos a problemas advindos da organização e da sistematização de disciplinas. Trata-se de refletir sobre os fatores internos e externos que atuam na configuração desses currículos, os quais, em última análise, determinam sua organização e sistematização. Quanto a esses fatores, entende-se que os primeiros dizem respeito às próprias condições de trabalho na área, e os últimos estão diretamente relacionados à política educacional e ao contexto socioeconômico que a determinam (SANTOS, 1990).

Esses fatores internos e externos fazem com que a formação profissional esteja diretamente relacionada a determinadas formas de conceber as profissões e seus campos de trabalho, formas estas produzidas e incorporadas pelos docentes, profissionais, associações e outras instâncias organizativas desses profissionais. Em vista disso, o perfil do profissional que os agentes citados acima delineiam e formam está intimamente ligado às suas adesões a pressupostos teóricos e práticos presentes no campo profissional em determinado momento histórico. Isso significa que toda proposta pedagógica tem uma história que precisa ser contada.

Em síntese, como foi visto, apesar de o *currículo oficial* do Curso de Graduação em Fisioterapia da UFMG manter a mesma configuração desde 1986, o curso vem passando por mudanças importantes. Houve a transferência do curso para o novo prédio, sede definitiva; ampliação dos laboratórios de pesquisa e ensino; diversificação dos espaços de aprendizagem; mudança no perfil docente; ampliação do número de bolsas de iniciação científica e de estágios supervisionados extramuros; instituição de várias comissões do Colegiado que desenvolveram trabalhos específicos, como determinação do núcleo específico e estrutura do novo currículo, e a apresentação de uma nova proposta curricular. Esse processo de mudanças curriculares ocorreu e vem ocorrendo em meio a debates e discussões com pontos de vista diferentes e divergentes, o que evidencia ser o campo do currículo um campo de lutas e embates. Ao lado disso, pode-se dizer que as condições da infra-estrutura, os equipamentos, a formação dos professores influenciaram na configuração do currículo e na sua realização, o que mostra que o currículo vai muito além da grade curricular. Pode-se também dizer que os alunos do Curso de Graduação em Fisioterapia aprenderam durante sua graduação não coincide com o currículo oficial, mas está intimamente relacionado com o currículo real, bem

como com o currículo oculto e o currículo nulo. Aprende-se não apenas com o que foi realmente ensinado, mas também com aquilo que involuntariamente o corpo docente deixa transparecer e ainda com as omissões e os silêncios. Da mesma forma, é preciso lembrar que, ao lado de conhecimentos e habilidades, o currículo do curso desperta sensibilidades, interesses, legitima formas de raciocínios participando da formação da subjetividade do fisioterapeuta.

2.3 Objetivos e metodologia

Nas secções anteriores, foram apresentados os fundamentos teóricos e empíricos que dão suporte a este estudo do perfil da formação dos fisioterapeutas na UFMG e dos os aspectos mais importantes para a compreensão da trajetória profissional dos seus egressos. Tendo por base esses fundamentos, define-se nesta parte o objetivo geral e os objetivos específicos deste estudo, a metodologia e a descrição do estudo.

2.3.1 Objetivo geral

O propósito com este estudo foi traçar um perfil da formação dos fisioterapeutas na UFMG, bem como conhecer os aspectos mais importantes da trajetória profissional dos seus egressos. Para isso, esta investigação teve como foco os egressos do curso de graduação do curso de graduação fisioterapia da UFMG, buscando identificar e analisar a avaliação que fazem do curso, bem como de sua inserção no mercado de trabalho e as relações que possam ser estabelecidas entre ambos.

2.3.2 Objetivos específicos

- ♦ Caracterizar os egressos do curso de graduação fisioterapia da UFMG.
- ♦ Analisar avaliação que fazem do curso.

- ♦ Analisar o percurso profissional dos egressos.
- ♦ Identificar o nível de satisfação do profissional em relação à atual situação da profissão no mercado de trabalho.
- ♦ Traçar o perfil profissional do fisioterapeuta egresso da UFMG.

2.3.3 A metodologia

Pesquisadores sociais podem usar vários métodos de pesquisa para observar e entender o comportamento social. Segundo Babbie (2003), o método *survey* é um deles e consiste, resumidamente, em:

- seleção de uma amostra da população estudada;
- elaboração de um questionário para obter as informações relevantes ao tema investigado;
- aplicação dos questionários à amostra através de entrevistas pessoais, por telefone ou por correio;
- codificação das respostas de cada sujeito da amostra de forma padronizada e registradas de forma *quantitativa*;
- organização de um banco de dados;
- registro dos dados que são submetidos a uma análise agregada, para fornecer descrições dos sujeitos da amostra e determinar correlações entre diferentes respostas;
- generalização das conclusões descritivas e explicativas obtidas pela análise para a população da qual a amostra foi selecionada.

Surveys amostrais quase nunca são realizados para descrever a amostra particular estudada. São realizados para entender a população maior da qual a amostra foi inicialmente selecionada. Os *surveys* por amostragem podem ser extremamente precisos. A amostra estratificada é um método para obter maior grau de representatividade, reduzindo o provável erro amostral. O efeito da estratificação é garantir a representação adequada das variáveis de estratificação para aumentar a representação de outras variáveis relacionadas a elas (BABBIE, 2003).

2.3.4 Descrevendo o estudo

Para identificar e analisar a avaliação que os egressos do Curso de Graduação em Fisioterapia da UFMG fazem dele, bem como de seus percursos profissionais e das relações que possam ser estabelecidas entre ambos foi feita a opção por um levantamento tipo *survey* interseccional. Esse método pode ser utilizado não só para descrever, mas também para determinar relações entre variáveis na época do estudo.

Dado o elevado número de graduados e a limitação de tempo e recursos financeiros disponíveis para o projeto, fez-se opção por um estudo transversal com questionário auto-aplicável em egressos selecionados pelo método de amostragem estratificada. O número de egressos escolhidos em cada estrato foi proporcional ao número total de egressos no estrato; a amostragem nos estratos aleatória simples sem reposição, com variância global de 0,25 e custo da unidade amostral constante igual a 1.

O Curso de Graduação em Fisioterapia da UFMG possuía, até janeiro de 2005, uma população total de 44 turmas formadas num total de 828 ex-alunos, conforme demonstrado na TAB. 1. Considerando o processo histórico do curso na UFMG, essa população foi dividida em três estratos para facilitar a análise das respostas desses egressos de acordo com o contexto curricular do curso: a criação, a reestruturação e o amadurecimento do curso. Dessa forma, para a população total de 828 egressos, o tamanho total da amostra calculada neste estudo foi de 92 egressos, sendo 27 do Estrato 1, 31 do Estrato 2 e 34 do Estrato 3.

O fato de ser docente do Departamento de Fisioterapia e ter sido coordenadora do Colegiado do curso facilitou, em muito, meu acesso ao cadastro dos egressos do Curso de Graduação em Fisioterapia da UFMG e aos documentos relativos à criação do curso e ao projeto pedagógico.

TABELA 1
Número de alunos que se formaram em Fisioterapia na UFMG

	DATA DE COLAÇÃO	Nº DE FORMANDOS	TOTAL ACUMULADO
1a. turma	03/12/82	16	16
2a. turma	02/07/83	09	25
3a. turma	10/12/83	17	42
4a. turma	19/09/84	22	64
5a. turma	01/03/85	16	80
6a. turma	02/08/85	22	102
7a. turma	22/12/85	14	116
8a. turma	19/07/86	22	138
9a. turma	20/12/86	16	154
10a. turma	14/08/87	23	177
11a. turma	18/12/87	12	189
12a. turma	09/07/88	17	206
13a. turma	14/01/89	06	212
14a. turma	05/01/90	16	228
15a. turma	20/07/90	13	241
16a. turma	21/12/90	20	261
17a. turma	12/07/91	22	283
18a. turma	09/04/92	21	304
19a. turma	13/08/92	17	321
20a. turma	17/12/92	20	341
21a. turma	09/07/93	15	356
22a. turma	18/12/93	19	375
23a. turma	22/07/94	18	393
24a. turma	16/12/94	20	413
25a. turma	14/07/95	19	432
26a. turma	20/12/95	16	448
27a. turma	19/07/96	21	469
28a. turma	27/12/96	21	490
29a. turma	17/07/97	26	516
30a. turma	18/12/97	12	528
31a. turma	24/07/98	21	549
32ª turma	25/03/99	19	568
33ª turma	20/08/99	20	588
34ª turma	07/01/00	21	609
35ª turma	14/07/00	15	624
36ª turma	15/12/00	25	649
37ª turma	16/07/01	24	673
38ª turma	22/03/02	25	698
39ª turma	18/10/02	20	718
40ª turma	03/04/03	26	744
41ª turma	29/08/03	20	764
42ª turma	17/02/04	21	785
43ª turma	30/07/04	22	807
44ª turma	21/01/05	21	828

FONTE: Colegiado de Graduação do Curso de Fisioterapia UFMG/2005

✓ **ESTRATO 1: Primeira Fase: A criação do curso:** 241 egressos formados em 3/12/82 a 20/7/90, período de formação das primeiras turmas com a primeira proposta curricular.

✓ **ESTRATO 2: Segunda Fase: A reestruturação do curso:** 287 egressos formados em 21/12/90 a 18/12/97, turmas formadas com currículo adequado ao modelo “currículo mínimo”; aumento do número de docentes fisioterapeutas; docentes especialistas/clínicos; criação do Departamento de Fisioterapia e infra-estrutura precária.

✓ **ESTRATO 3: Terceira Fase: O amadurecimento do curso:** 300 egressos do curso formados em 24/07/98 a 21/01/05, período após qualificação expressiva dos docentes e melhoria significativa na infra-estrutura do curso.

O estudo contou com o apoio do Departamento de Fisioterapia da UFMG, do Colegiado de Graduação do Curso de Fisioterapia da UFMG, do COFFITO (ANEXO 7), da AMF e da Associação Mineira de Empresas de Fisioterapia (AMEFISIO), que disponibilizaram seus bancos de dados, facilitando assim a localização dos egressos que estavam em exercício profissional e regularmente registrados. Os egressos foram localizados, também, por meio dos registros na seção de ensino da EEEFTO/UFMG, na lista telefônica, na Internet e através de colegas de turma que forneceram endereços e telefones atualizados dos demais, principalmente dos que não estavam registrados no COFFITO.

Os egressos foram convidados a participar do estudo por contato telefônico e por e-mail (ANEXO 8), quando eram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. A confidencialidade das informações obtidas foi assegurada aos entrevistados, uma vez que os fisioterapeutas entrevistados neste estudo seriam mencionados apenas por números em qualquer publicação ou material resultante desta pesquisa.

O instrumento de coleta de dados deste estudo foi construído a partir dos questionários já utilizados para o levantamento dos egressos dos cursos de engenharia e medicina da UFMG,¹⁹ sendo acrescentadas questões específicas da área de fisioterapia e abordou os

¹⁹ Esse questionário-padrão foi submetido anteriormente a um pré-teste e construído com base nos questionários utilizados na pesquisa, em andamento, *Acompanhamento de Egressos: Graduados em Medicina, Direito, Ciências Sociais, Geografia e Ciências Biológicas da UFMG*, coordenada pela Prof^a Maria do Carmo Lacerda Peixoto, atual diretora da Avaliação Institucional da UFMG.

seguintes aspectos: identificação e contatos; estudos após a graduação; atividades profissionais; mercado de trabalho; avaliação do curso de graduação: (ANEXO 9).

A TAB. 2 ilustra os números referentes ao universo, à amostra e aos questionários respondidos, para cada estrato, evidenciando que o número de questionários realizados se aproximou bastante do previsto, sendo, muitas vezes, igual a este. Isso foi possível porque, sempre que factível, houve substituição do egresso selecionado para a amostra em casos de recusa a responder à entrevista, de falecimento ou, ainda, depois que se frustraram todas as tentativas de localizar o egresso. Para fins dessa substituição, foram sorteados egressos reservas, um ou mais, para cada um dos amostrados. Para não viciar a amostra com maior concentração de graduados mais facilmente encontrados,²⁰ cuidou-se para que essa substituição só fosse feita pelos reservas de cada integrante individual da amostra.

TABELA 2
População, amostra/Estratos

	ESTRATO 1 Egressos graduados entre 03/12/82 até 20/07/90	ESTRATO 2 Egressos graduados entre 21/12/90 até 18/12/97	ESTRATO 3 Egressos graduados entre 24/07/98 até 21/01/05,	TOTAL
Universo	241	287	300	828
Sorteados + reservas	37	45	48	130
Tamanho mínimo da amostra	25	31	33	91
Reservas utilizados	9	10	2	21
Questionários respondidos	27	31	34	92

Os questionários foram auto-administrados, enviados por e-mail e pelo correio. Somente um foi realizado por telefone, a pedido do egresso. Os questionários enviados pelo correio foram acompanhados de um envelope selado de retorno. Dos egressos sorteados, 21 foram substituídos por reservas. No Estrato 1, foram substituídos 9 egressos, sendo um por falecimento, 6 egressos não localizados e 2 profissionais não enviaram o questionário/resposta preenchido. No Estrato 2, foram substituídos 10 sorteados, sendo que 6 não enviaram o questionário-resposta e 4 não foram localizados. No Estrato 3, foram substituídos somente 2

²⁰ Os egressos residentes em Belo Horizonte e/ou os que fizeram a pós-graduação na UFMG recentemente eram mais facilmente encontrados.

egressos sorteados que não responderam o questionário enviado. Os dados foram coletados entre agosto de 2005 e fevereiro de 2006.

O estudo contou com a colaboração de dois acadêmicos da graduação do curso de Fisioterapia da UFMG no lançamento dos dados e com a colaboração de um acadêmico do curso de graduação Estatística da UFMG no tratamento estatístico dos dados. Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados, organizado com o aplicativo estatístico SPSS 13.0, de uso corrente nas Ciências Sociais. A análise univariada foi o método utilizado para avaliar o grau de associação entre as variáveis. A associação do desfecho “estrato” com as demais variáveis categóricas foi avaliada por meio do teste exato de Fisher, que é apropriado para a comparação de proporções quando são utilizadas amostras com pequenas frequências. Quando se comparou variáveis contínuas (como idade e tempo) entre os três estratos, utilizou-se o teste ANOVA (Análise de variâncias) indicado para comparação de três ou mais grupos.²¹

A análise dos dados foi realizada observando-se as seguintes questões:

- ✓ características de ingresso e do percurso na graduação;
- ✓ avaliação do curso de graduação;
- ✓ estudos de pós-graduação;
- ✓ exercício profissional e renda mensal;
- ✓ mobilidade social;
- ✓ atividade corporativa;
- ✓ satisfação profissional.

²¹ Para maiores informações sobre os procedimentos estatísticos, cf. SOARES; SIQUEIRA, 2002.

3 RESULTADOS

3.1 Analisando os resultados

Nesta secção foram analisados aspectos relacionados às características gerais dos egressos, como idade de ingresso e de conclusão do curso, tipo de escola frequentada no ensino médio, sexo dos entrevistados e tempo necessário para concluir o curso. Os aspectos referentes à avaliação que fazem do curso de graduação foram analisados e correlacionados a inserção no mercado de trabalho. No que se refere ao exercício profissional no mercado de trabalho, foram analisados aspectos relativos a: emprego, local de trabalho, vínculo da atividade profissional, tempo de permanência na atividade atual e mobilidade social proporcionada pelo exercício da profissão. Também foi enfocada a remuneração recebida pelos graduados, considerando diversos aspectos que podem nela interferir, tais como a experiência, os estudos de pós-graduação realizados, o tipo e local de trabalho, bem como a origem socioeconômica e o sexo dos egressos. Finalmente, foi analisado o grau de satisfação dos fisioterapeutas com a profissão escolhida. Estas temáticas serão abordadas a seguir.

3.1.1 Características de ingresso e do percurso na graduação

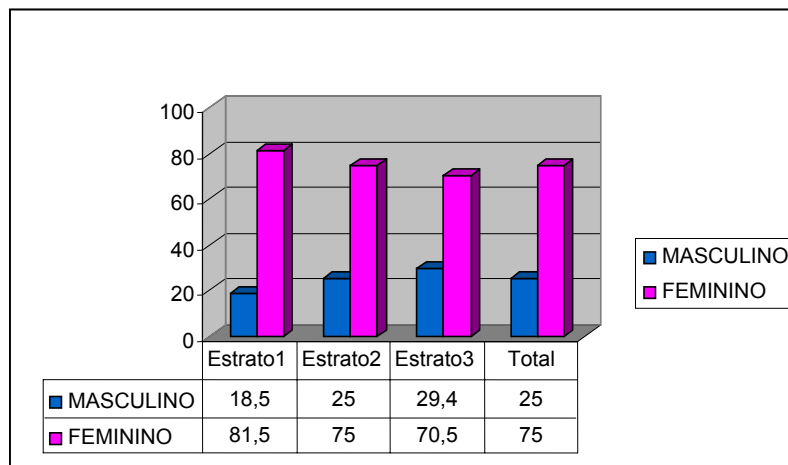


GRÁFICO 1 – Caracterização da amostras de egressos por sexo

A maioria dos egressos é do sexo feminino (75%), conforme demonstra o GRAF. 1. Sabe-se que entre os cursos da UFMG em que é maior a presença do sexo feminino²² estão: Arquitetura, Letras, Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Pedagogia e Fisioterapia. Observa-se que a proporção de ingresso de homens no curso de Fisioterapia vem aumentando: 18% no primeiro Estrato, 25% no segundo Estrato e 29,5% no terceiro Estrato.

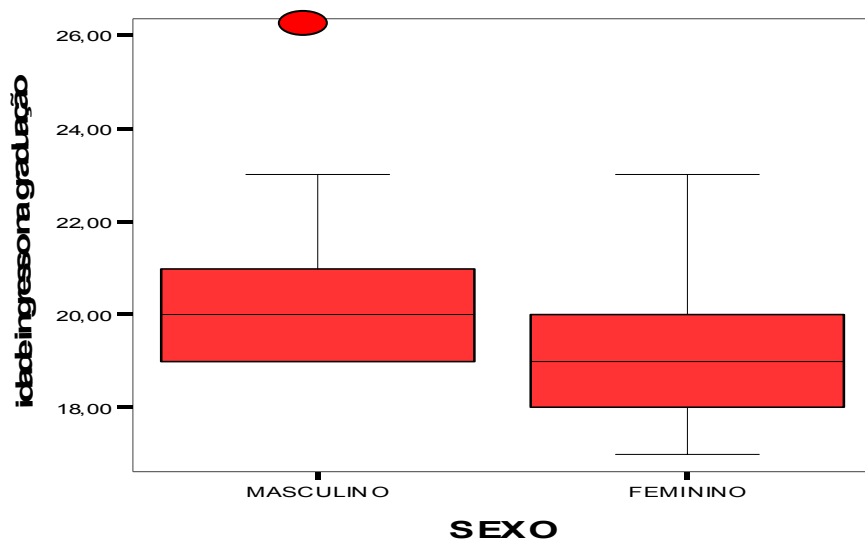


GRÁFICO 2 – Idade de ingresso na graduação vs. sexo

A idade média de ingresso no curso é de 19,5 anos para as mulheres e 20,5 anos para os homens, como demonstrado no GRAF. 2. Esses grupos encontram-se na faixa etária superior a considerada desejável²³ ao ingresso no ensino superior, ou seja, 18 e 19 anos. Se analisarmos a idade média dos egressos por estrato, sem considerarmos o sexo, observamos um ligeiro aumento na média de idade: 19,3 anos no primeiro Estrato; 19,9 anos no segundo Estrato e 19,7 anos no terceiro Estrato.

²² Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes da graduação da UFMG. Relatório-Belo Horizonte: FUMP, 1997.

²³ Sem atraso ou interrupção de percurso escolar.

Segundo pesquisas realizadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP),²⁴ os estudantes brasileiros ingressam tarde no ensino superior. A idade média dos alunos que estão no sistema é de 25 anos, quando, se todos iniciassem seu curso aos 18 ou 19 anos, ela deveria ser 21 ou, no máximo 22 anos, levando-se em conta o prazo médio de cinco anos para a conclusão do curso de graduação. A tese de que alunos de uma boa situação socioeconômica ingressam mais cedo no ensino superior parece não se confirmar neste estudo. No entanto, se observada a idade média de ingresso em cursos como Medicina constatar-se-á que os alunos deste curso ingressam em média com 18 anos. Isto evidencia que o curso de medicina foi colocado em primeira opção para um grande número de egressos da escola básica. A idade média de ingresso no curso de Fisioterapia de 19,5 para as mulheres e 20,5 para os homens indica que grande parte dos alunos prestou mais de um vestibular, que poderá ter sido para o próprio curso, como para outros cursos. Como é conhecida a atração que os jovens têm pelo curso de Medicina dado o prestígio e o *status* da profissão, pode-se inferir que alguns dos estudantes de Fisioterapia ingressaram no curso depois de não lograrem êxito na tentativa de ingresso no curso de Medicina, por exemplo. Em pesquisa informal, em sala de aula, há relato dos alunos de vestibulares anteriores sem êxito para Medicina e para o próprio curso de Fisioterapia.

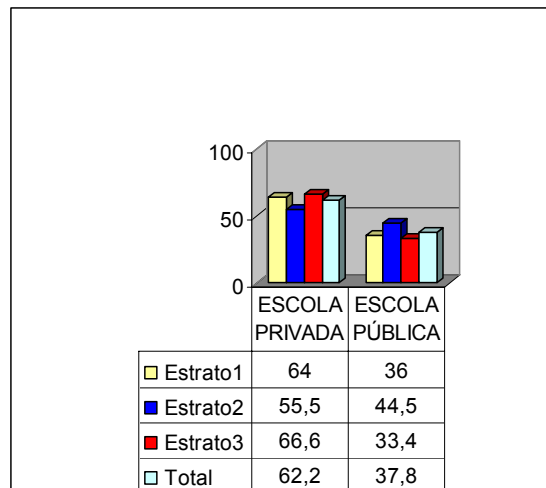


GRÁFICO 3 – Respostas do questionário à questão: Estudou o curso médio na escola pública ou privada?

²⁴ Disponível em: <http://www.mec.gov.br/nivemod/educsupe.shtm>. Acesso em: set. 2001, e em: <http://www.inep.gov.br/noticias/news>. Acesso: set. 2001.

No GRAF. 3, observa-se, no Estrato 3, que houve diminuição na percentagem dos alunos que estudaram em escola pública, de 36% no Estrato 1 para 33,4% no Estrato 3, mas essa percentagem é ainda maior que em outros cursos da área de saúde.²⁵ A maior parte dos entrevistados, 62,2%, cursou a escola média na rede privada e 37,8% na escola pública. Entre as mulheres, a proporção entre as que estudaram em escolas públicas (36,5%) é menor que entre os homens (42,2%). Sabe-se que o percentual de alunos da UFMG que estudaram em escola particular é superior ao percentual de alunos que estudaram em escolas públicas, 59,3% e 40,7%, respectivamente, bastante próximo ao percentual do curso de Fisioterapia (FUMP, 1997).

A redução da percentagem dos alunos que estudaram em escola pública mostra também que, embora o vestibular para o curso de Fisioterapia seja um dos mais disputados na UFMG²⁶ e que a média nas provas dos que preenchem as vagas seja alta,²⁷ o curso tem clientela mais diversificada do ponto de vista socioeconômico. No entanto, percebe-se uma tendência a elitização – decréscimo de alunos da escola pública, o que pode ser explicado pelo aumento da relação candidato/vaga (22,27 em 1994; 35,97 em 1997; 41,45 em 2001).²⁸ Pode-se dizer, ainda, que a maioria dos entrevistados cujos pais têm curso superior está no Estrato 3 (quase 57%), confirmando essa tendência à elitização.

Estudos realizados por Gouveia (1968), Amaral (1998), Braga, Peixoto e Bogutchi (2001) e Borges e Carnielle (2005) afirmam que no ensino superior, em especial nas instituições públicas, existe uma relação entre o segmento social do candidato e o curso pretendido. Borges e Carnielle (2005) observaram que, de maneira geral, os alunos originários de famílias de classe média alta estão inseridos nos cursos de maior prestígio e/ou tradicionais, que dão acesso às carreiras mais valorizadas socialmente, nas quais a renda média auferida é elevada, enquanto os oriundos de família com baixo poder aquisitivo, em sua maioria, optam por cursos cuja relação candidato/vaga é menor.

²⁵ A fração de concorrentes da escola pública é pequena para os cursos de medicina, odontologia, fisioterapia, veterinária e comunicação social e o estudo realizado por Braga, Peixoto e Bogutchi (2001) verificou ainda um decréscimo no número de concorrentes ao vestibular, oriundos de escola pública.

²⁶ Observa-se um crescimento na demanda pelo o curso de fisioterapia duas vezes maior que a média da UFMG. Consultar o anexo 11 com a planilha com a Variação das demandas para diversas carreiras vs. a relação candidato/vaga correspondente período 1990 a 1999, produzida por Braga, Peixoto e Bogutchi (2001).

²⁷ Por exemplo, em 1997 a nota para aprovação no curso de Fisioterapia estava entre 60 e 85,92 pontos e, no mesmo ano, para aprovação no curso de medicina 60 a 94,30 pontos.

²⁸ Dados fornecidos pela PROGRAD/UFMG – Indicadores de desempenho da graduação na UFMG.

A duração média do curso é de cinco anos (exceto para os egressos do Estrato 1)²⁹ e não distingue homens de mulheres, nem os que cursaram o ensino médio em escolas privadas dos que o fizeram na escola pública. As diferenças nas idades médias de conclusão entre egressos apenas reproduzem aquelas já observadas no momento do ingresso. Ou seja, apesar da entrada na graduação se dar em idade mais tardia para os homens, a trajetória no curso de graduação é praticamente a mesma para ambos os sexos.

Apenas 7,6 % da amostra cursaram outra Graduação: 3,2% fizeram a outra graduação antes do ingresso no curso na área da saúde (enfermagem, terapia ocupacional e fonoaudiologia), 1,2% cursou ao mesmo tempo outro curso da saúde (fonoaudiologia) e 3,2% cursaram outra graduação após o término do curso (psicologia, ciências humanas e direito). No entanto, observa-se que a maioria dos que cursaram outra graduação relata que suas atividades profissionais estão vinculadas à fisioterapia. O único egresso que não está exercendo atividades no campo à fisioterapia, também não está trabalhando na área da segunda graduação e trabalha no setor administrativo de uma instituição de ensino superior privado.

3.1.2 Avaliação do curso de graduação

Os egressos foram solicitados a avaliar vários itens do curso de graduação. É interessante observar que não houve diferença significativa de respostas entre os estratos na avaliação do currículo, registrada no GRAF. 4 indicando que o Curso de Graduação em Fisioterapia da UFMG apresenta algumas características relativas ao currículo que, na percepção dos egressos, se mantiveram constantes, independentes do período avaliado.

²⁹ Os egressos formados entre 3/12/82 a 20/7/90 fizeram o curso dentro da primeira versão curricular, que previa quatro anos.

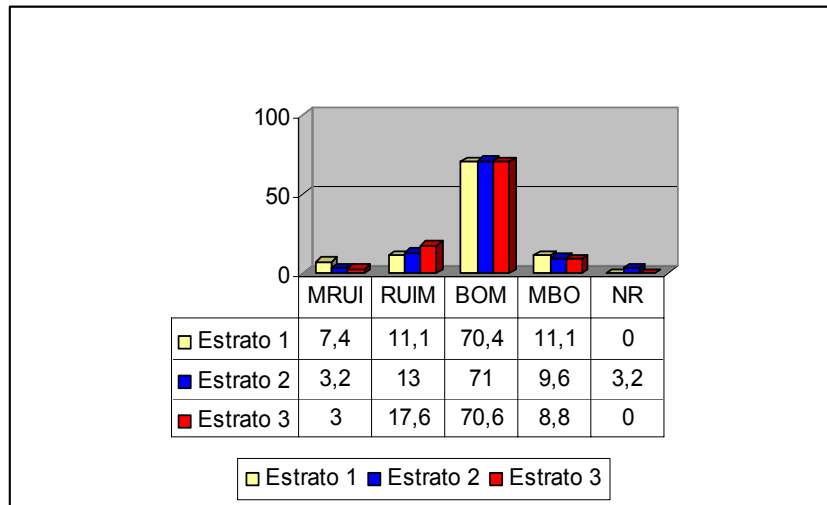


GRÁFICO 4 – Avaliação do currículo

O GRAF. 4 demonstra que o currículo do curso foi avaliado como BOM pela maioria dos entrevistados. As mudanças na grade curricular entre a primeira versão curricular e a segunda versão (1986) não produziram mudanças significativas na avaliação do currículo pelos egressos. Podemos observar que somente 20,6% dos egressos do Estrato 3, 16,2% do Estrato 2 e 18,5% avaliaram o currículo entre RUIM e MUITO RUIM.

No entanto, essa avaliação não diverge da realizada em 1999 pela Comissão de Avaliação Externa (PAUIB/UFMG), que em seu parecer sobre o currículo, implementado em 1986 (segunda versão), ainda em vigor, registrou nele várias falhas, destacando-se: a impossibilidade de identificar os objetivos do curso; a indefinição de um perfil profissional; a ausência de áreas fundamentais e com grande receptividade no mercado de trabalho não contempladas, como hidroterapia e fisioterapia esportiva; inadequação do conteúdo programático do ciclo básico ao do ciclo profissional; falta de integração interdisciplinar tanto dos conteúdos como dos programas das disciplinas; má distribuição da carga horária. Essa diferença na avaliação pode ser um indicativo que os egressos, ao avaliarem o item currículo, na verdade avaliam o currículo “vivido”, ou seja, aquele denominado currículo em ação ou real, que envolve todos os tipos de aprendizagem realizados no curso ou sob a supervisão deste, não se limitando a avaliação dos conteúdos programáticos das diferentes disciplinas.

Por um lado, a avaliação do currículo do curso parece mostrar também que as mudanças curriculares não modificaram substancialmente o curso. Isto pode significar que grande parte das transformações formais ou oficiais não causou o impacto previsto, uma vez

que não têm o poder de alterar por si só a prática dos docentes. Indica também que a maior qualificação do corpo docente³⁰ não teve ainda forte repercussão no currículo do curso de graduação, na percepção dos egressos. Por outro lado, a representação social da UFMG, como uma boa universidade, talvez leve os alunos, de forma comparativa (considerando os outros cursos existentes na área) a classificarem o currículo do curso como BOM. Chama a atenção o fato de a avaliação do currículo alcançar mais de 20% nos itens RUIM e MUITO RUIM no Estrato 3 (índice mais alto que nos Estratos 1 e 2), uma vez que os alunos desse estrato fizeram o curso com um currículo que não sofreu grandes modificações desde 1986 e que não mais atende à formação do perfil profissional do fisioterapeuta, prevista nas diretrizes curriculares e demandada pelo mercado de trabalho.

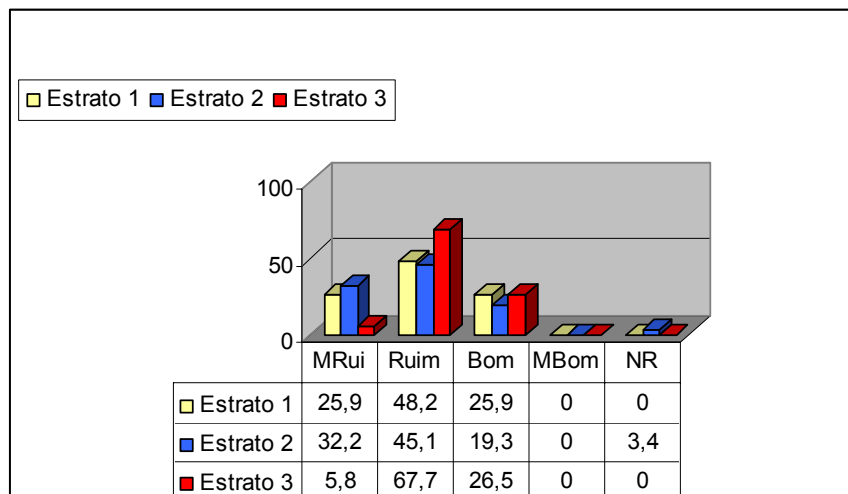


GRÁFICO 5 – Avaliação das instalações físicas do curso

³⁰ O Departamento de Fisioterapia contou, em 2006, com 23 docentes, sendo 15 doutores (65,2%), 5 mestres (21,7%), 1 doutorando (4,3%) e 2 mestrandos (8,6%). Oferece, além do curso de graduação, cursos de especialização, mestrado e o doutorado, sendo este último aprovado em 2006. Existem 127 projetos de pesquisa em andamento, 25 projetos de extensão e 4 projetos de ensino; houve, em 2005, um índice de 3,4 publicações Tipo I e 10,8 de publicações Tipo II.

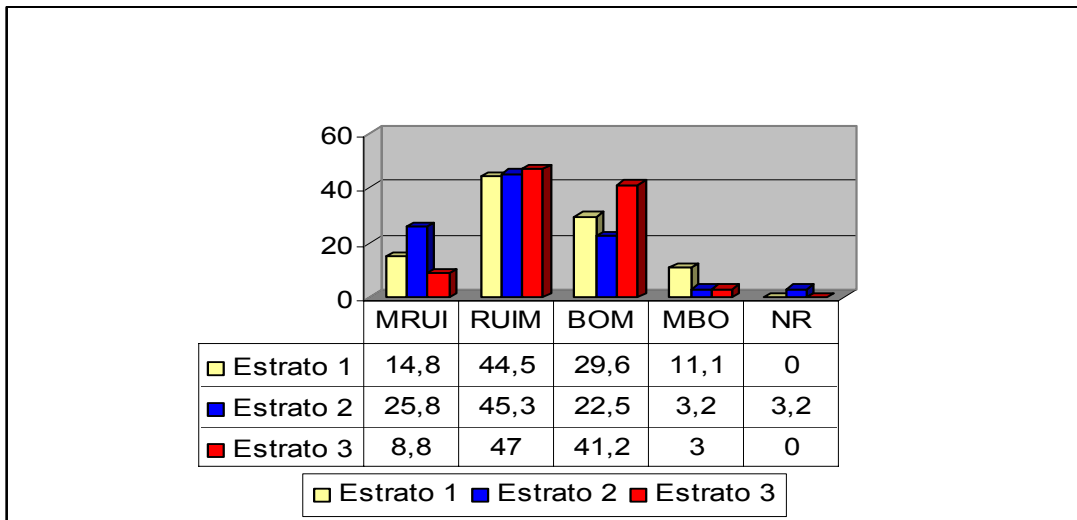


GRÁFICO 6 – Avaliação da biblioteca

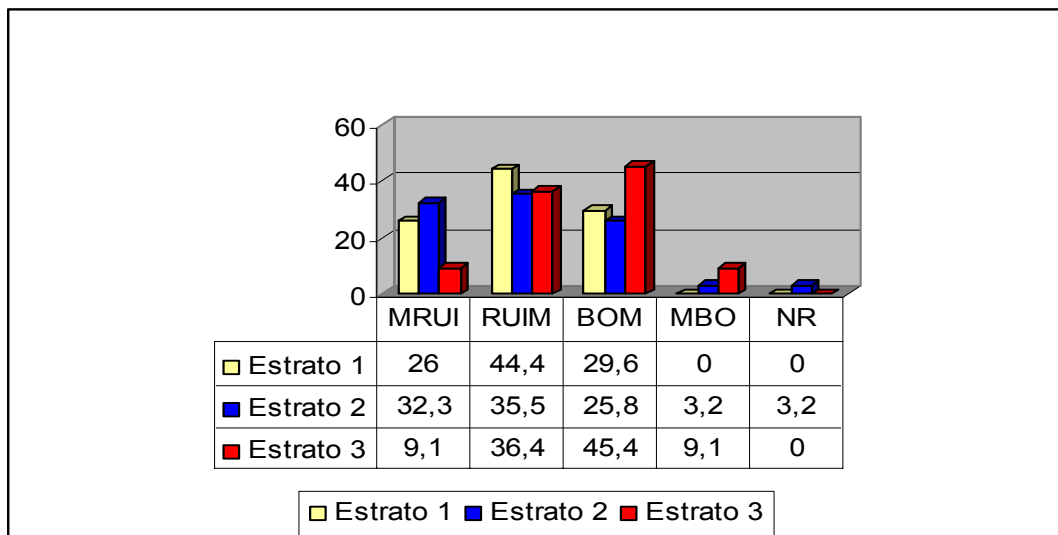


GRÁFICO 7 – Avaliação dos equipamentos

Os GRAF. 5, 6 e 7 demonstram como as instalações físicas, a biblioteca e os equipamentos foram avaliados. Foram classificados entre MUITO RUIM e RUIM por 77,3% (instalações físicas), 71,1% (biblioteca) e 67,8% (equipamentos) do Estrato 2. Esse Estrato corresponde aos alunos que estudaram durante o período caracterizado como *a reestruturação do curso*, entre 1990 e 1997, quando o curso foi ofertado em locais improvisados e com a infra-estrutura muito precária. Observa-se que houve uma melhor avaliação pelos egressos do Estrato 3 nos três itens, indicando que o investimento da PROGRAD e da Reitoria produziram

mudanças na avaliação da infra-estrutura, equipamentos e biblioteca do curso pelos egressos. A transferência do curso para a sede definitiva, a reforma e ampliação da biblioteca da EEFFTO e a aquisição de novos equipamentos para os laboratórios da graduação certamente modificarão em curto prazo a avaliação destes itens pelos futuros egressos.

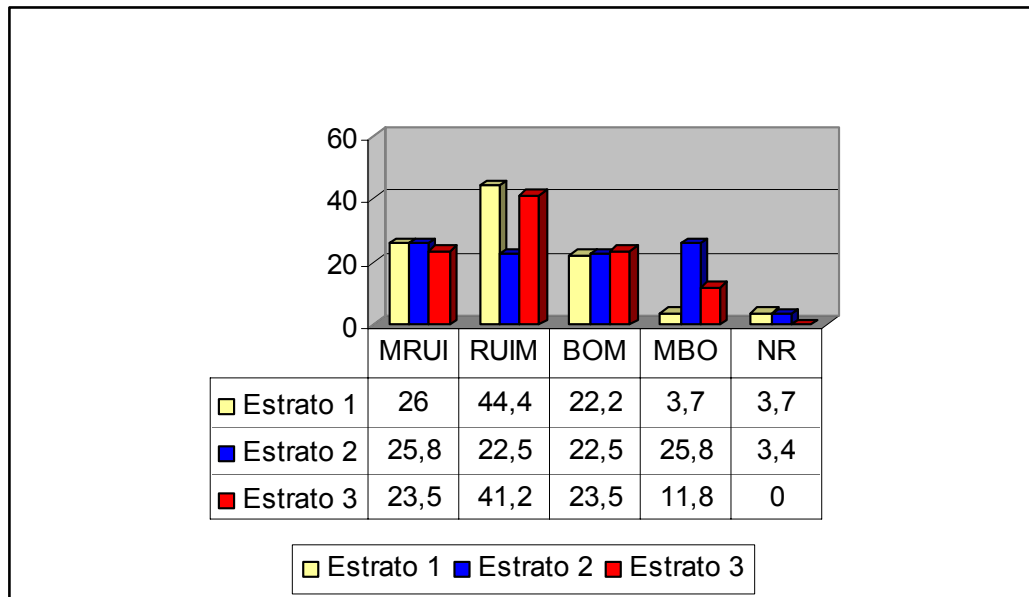


GRÁFICO 8 – Avaliação da relação escola vs. mercado de trabalho

A relação escola e mercado de trabalho é avaliada entre RUIM e MUITO RUIM por 70,4% do Estrato 1, 48,3% do Estrato 2 e 64,7% do Estrato 3, conforme demonstrado no GRAF. 8. A concentração da vivência profissional somente no final do curso, aspecto já apontado pela avaliação institucional, confirma que o curso oferece pouco contato dos alunos com o mercado de trabalho, concentrando a prática profissional em disciplinas clínicas, desenvolvidas sob a orientação docente direta. Observa-se, também, que os egressos do Estrato 2 fazem uma avaliação diferente dos demais estratos, chegando a 48,3% avaliar a relação escola vs. mercado de trabalho entre BOA e MUITO BOA. Nesse período, o curso era ministrado por professores especialistas/clínicos, recém-contratados pelo Departamento, o que, provavelmente, aproximou o curso do mercado de trabalho. O estágio curricular também foi mais bem avaliado pelo Estrato 2, 90,5% demonstrado no GRAF. 9, o que também pode ter contribuído para uma melhor avaliação da relação do curso com o mercado de trabalho por esse Estrato. Cursos de formação de profissionais da saúde, como fisioterapia, medicina,

odontologia, enfermagem, entre outros, necessitam de um percentual docente que esteja integrado no mercado de trabalho e que tenha uma boa experiência clínica. Esses docentes contextualizam o aprendizado teórico, trazendo exemplos e situações da prática profissional para a sala de aula e para a supervisão do aprendizado no campo de estágio, sendo um fator de aproximação ensino com o mercado de trabalho.

Existe uma intenção, por parte dos instrumentos de avaliação dos cursos da saúde e especificamente os dos cursos de fisioterapia (instrumentos estes normatizados pelo INEP/MEC) em valorizar os locais de estágio onde o preceptor ou supervisor direto seja o professor de Fisioterapia da Instituição de Ensino Superior (IES), ou em reconhecer o estágio somente em locais devidamente credenciados pelas instituições de ensino.

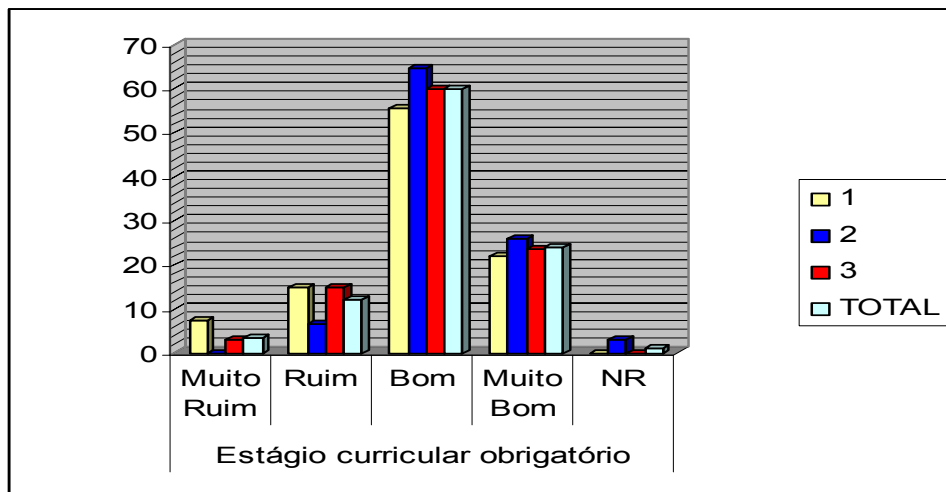


GRÁFICO 9 – Avaliação do estágio curricular obrigatório

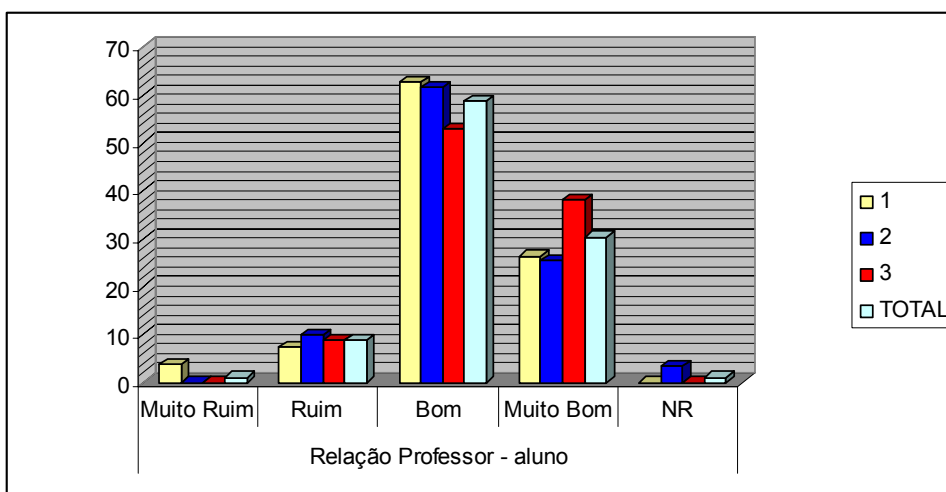


GRÁFICO 10 – Avaliação da relação professor-aluno

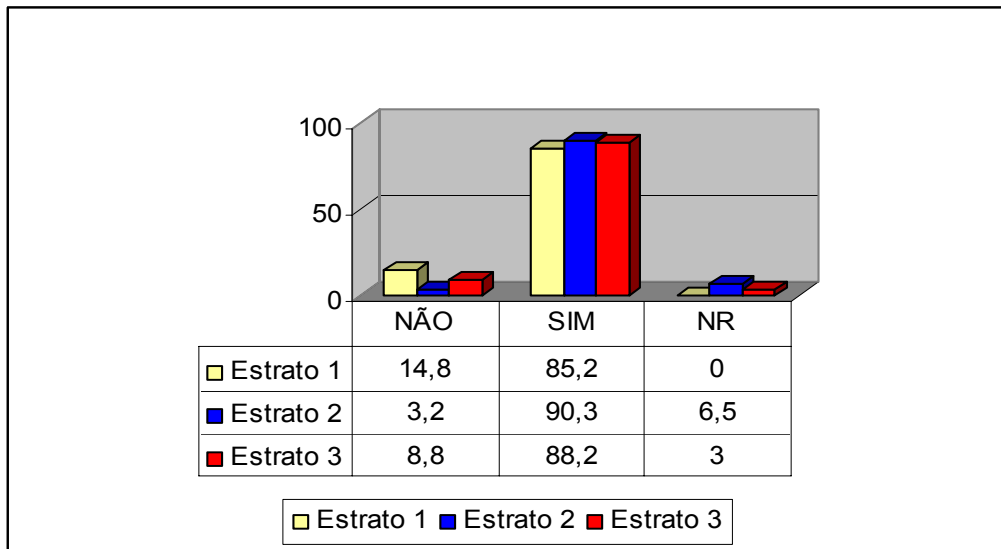


GRÁFICO 11 – Respostas do questionário à questão: O corpo docente era competente?

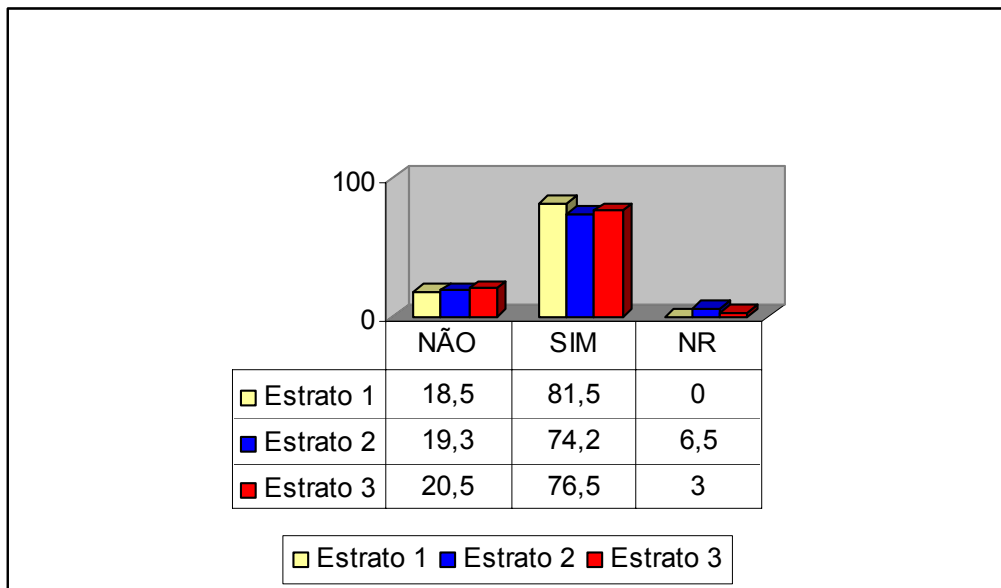


GRÁFICO 12 – Respostas do questionário à questão: O corpo docente demonstrava interesse e dedicação?

A relação professor/aluno foi bem avaliada em todos os estratos, como ilustra o GRAF.10, entre BOM e MUITO BOM 88,9% no Estrato 1, 86,9% no Estrato 2 e 90,9% no Estrato 3, sendo neste último observada melhor avaliação.

O corpo docente do curso foi avaliado positivamente: como competente pela maioria dos egressos, como demonstrado no GRAF. 11. A competência avaliada pelos egressos, porém, parece não estar diretamente ligada à qualificação do corpo docente, pois o aumento

da titulação dos docentes nos últimos anos não se traduz na avaliação dos alunos no que se refere à competência. A dedicação e o interesse do corpo docente foram avaliados positivamente por 76,5% e negativamente por 20,3% no Estrato 3, como demonstrado no GRAF. 12. Comparando-se o Estrato 3 e o Estrato 1, verifica-se que a dedicação e interesse decrescem ligeiramente, enquanto o bom relacionamento com alunos cresce no Estrato 3. Esses dados sugerem que os alunos fazem distinção entre a “relação professor aluno” e “dedicação e interesse”. Considerando a avaliação dos alunos, é possível dizer que o processo de seleção e admissão dos docentes do curso tem sido bastante satisfatório, uma vez que vem recrutando professores considerados competentes por aqueles que sofrem diretamente a consequência desse item na sua formação. Constata-se que o item Competência é mais bem avaliado que “dedicação e interesse”, evidenciando a necessidade de melhorar o investimento docente no curso de graduação. É importante também considerar que as respostas a esses itens (que avaliam os docentes) podem ser consideradas de baixo índice de fidedignidade ou confiabilidade, podendo indicar que os ex-alunos queriam manter boas relações com seus professores, uma vez que foi um questionário produzido na UFMG.

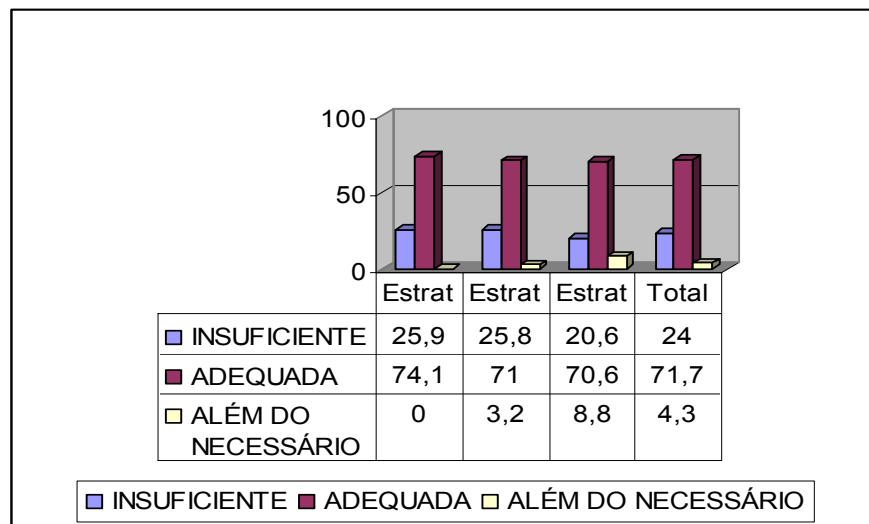


GRÁFICO 13 – Respostas do questionário à questão: Como avalia a formação básica do curso no ICB?

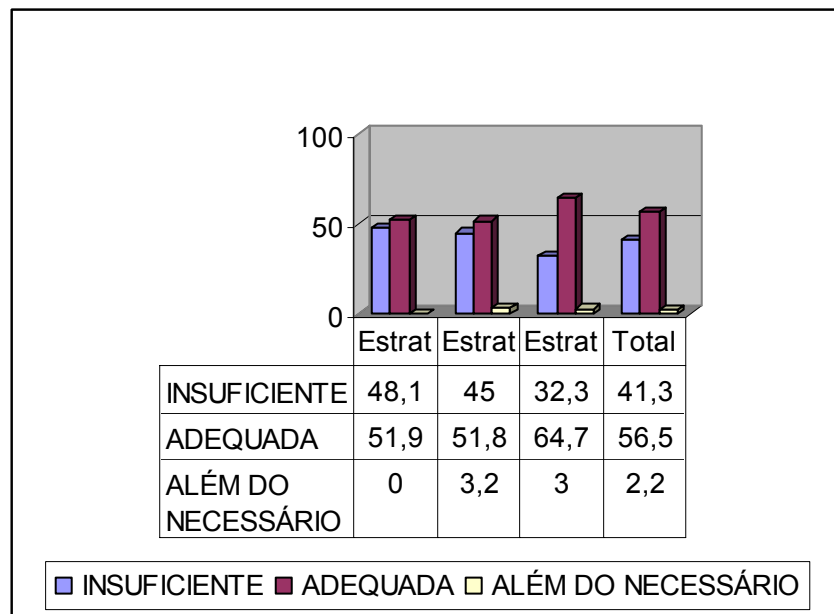


GRÁFICO 14 – Respostas do questionário à questão: Como avalia a formação técnica no núcleo específico do curso?

É interessante observar que também não houve diferença significativa de respostas entre os estratos em aspectos referentes à formação básica, como mostra os dados no GRAF.13. No que diz respeito à formação técnica no núcleo específico do curso de graduação há uma melhora, de acordo com as respostas do Estrato 3, indicando que o curso parece ter conseguido melhor equilíbrio entre formação básica e técnica. O GRAF 14 mostra que foi avaliada por 56,5% como ADEQUADA, enquanto, de acordo com o GRAF. 13 a formação básica no ICB foi avaliada ADEQUADA por 71,7% dos egressos. Isso mostra que a formação técnica do núcleo específico precisa ser mais estruturada, estabelecendo melhor conexão entre teoria e prática e destes com a realidade do mercado de trabalho. Ao lado disso, por um lado, é preciso considerar que os estudos no campo do currículo mostram que os estudantes tendem a valorizar mais as disciplinas teóricas, em que predominam conceitos abstratos e que discriminam com mais clareza alunos fortes e fracos. Nesse sentido, talvez as matérias do curso básico no ICB sejam mais compatíveis com este perfil, o que levaria os egressos a dizerem que a formação básica foi mais adequada. Por outro lado, com as rápidas transformações do mercado de trabalho, pode ser que o conhecimento do curso básico é que possibilite ao estudante uma adaptação mais rápida às novas práticas e novos campos de trabalho.

TABELA 3
Habilidades consideradas pelos egressos como necessárias para se obter emprego e para o bom exercício profissional

CONTRIBUEM PARA OBTER EMPREGO E PARA O BOM EXERCÍCIO PROFISSIONAL	NÃO	SIM	Total
Capacidade de se adaptar às mudanças	10,8	89,2	100
Iniciativa	14,1	85,9	100
Criatividade	21,7	78,3	100
Disciplina	13,0	87,0	100
Capacidade de trabalhar em equipe	14,1	85,9	100
Liderança	38,1	61,9	100
Comportamento ético	10,8	89,2	100
Capacidade de tomar decisões	14,1	85,9	100
Interesse em buscar novos conhecimentos	12,0	88,0	100
Conhecimentos de informática	18,5	81,5	100
Conhecimento de idiomas	10,8	89,2	100

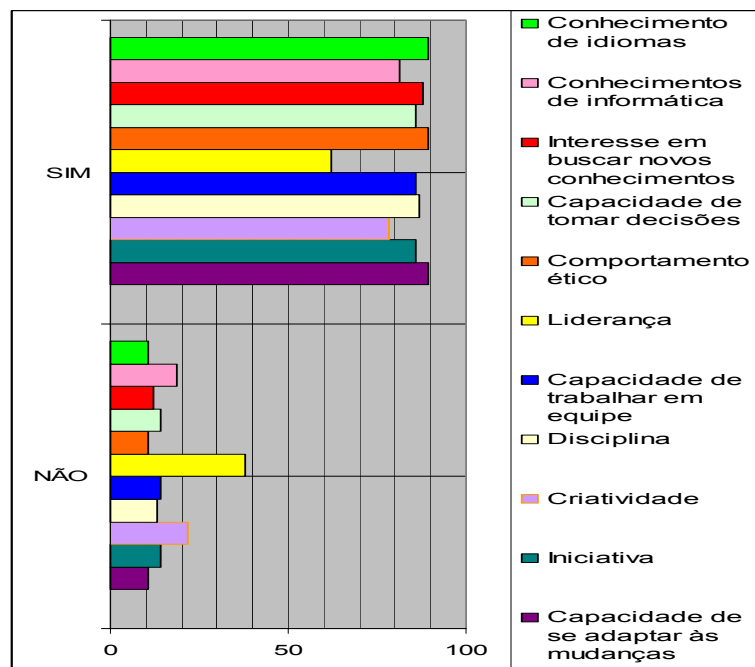


GRÁFICO 15 – Habilidades consideradas pelos egressos como necessárias para se obter emprego e para o bom exercício profissional

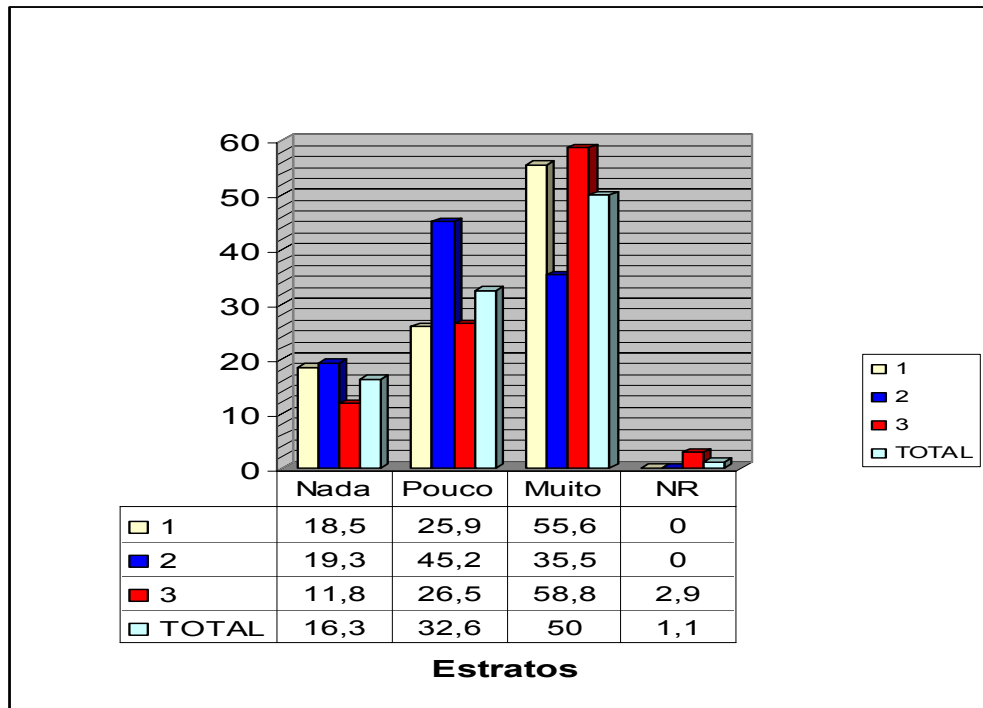


GRÁFICO 16 – Respostas do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver capacidade de se adaptar às mudanças?

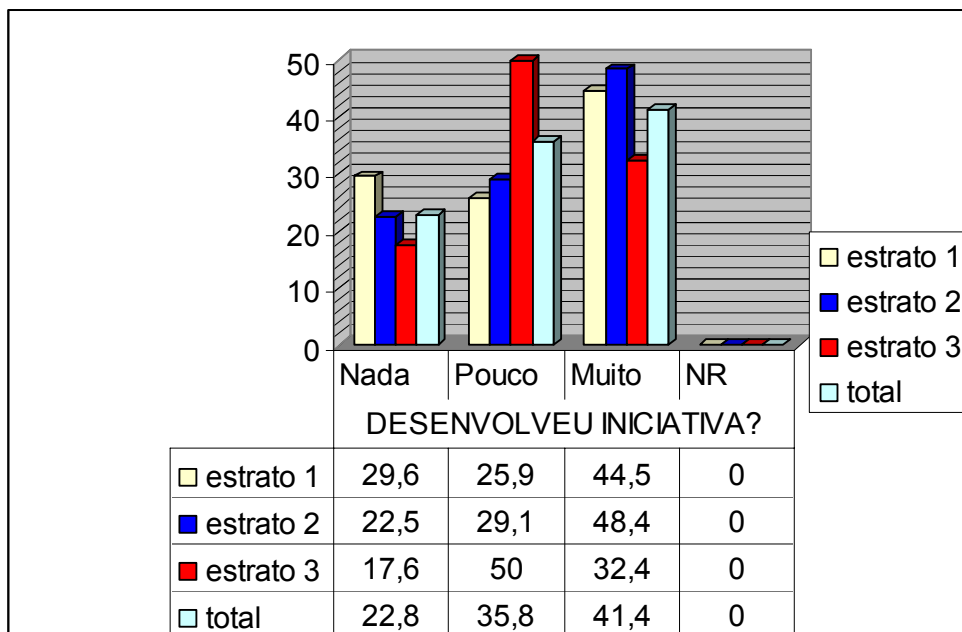


GRÁFICO 17 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver iniciativa?

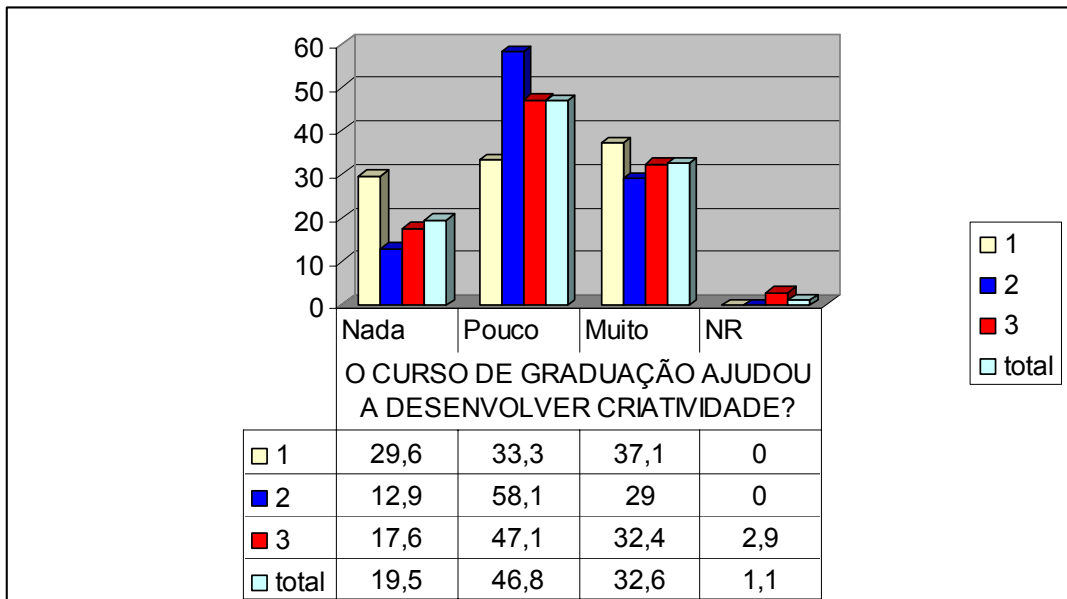


GRÁFICO 18 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver criatividade?

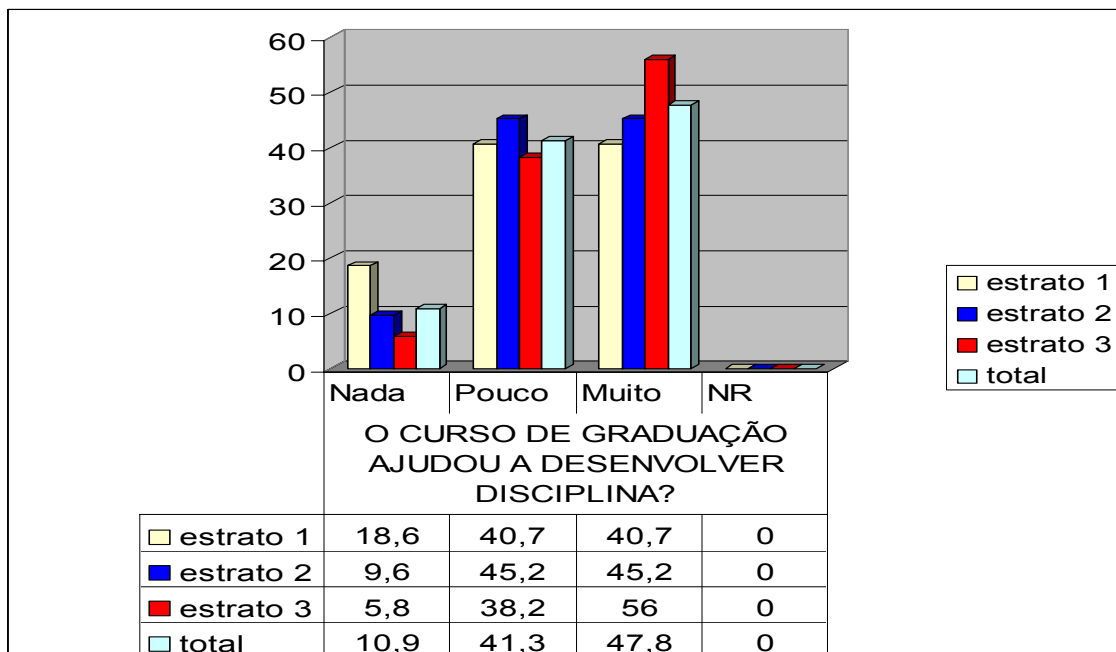


GRÁFICO 19 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver disciplina?

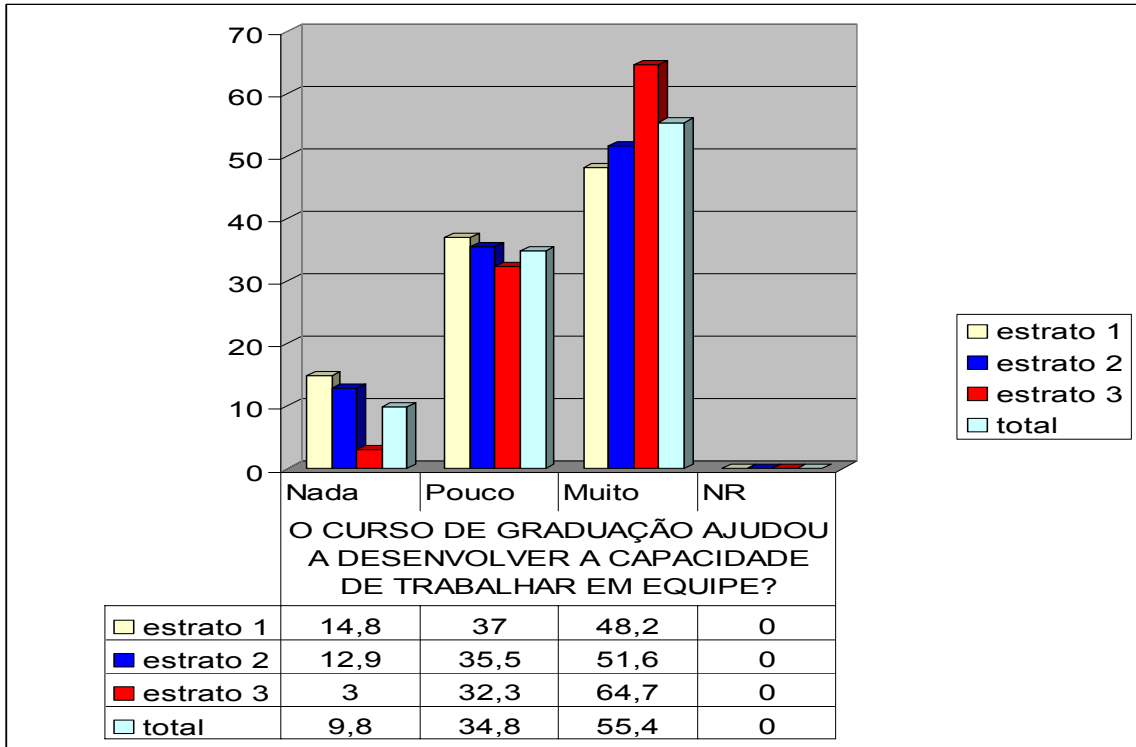


GRÁFICO 20 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver a capacidade de trabalhar em equipe?

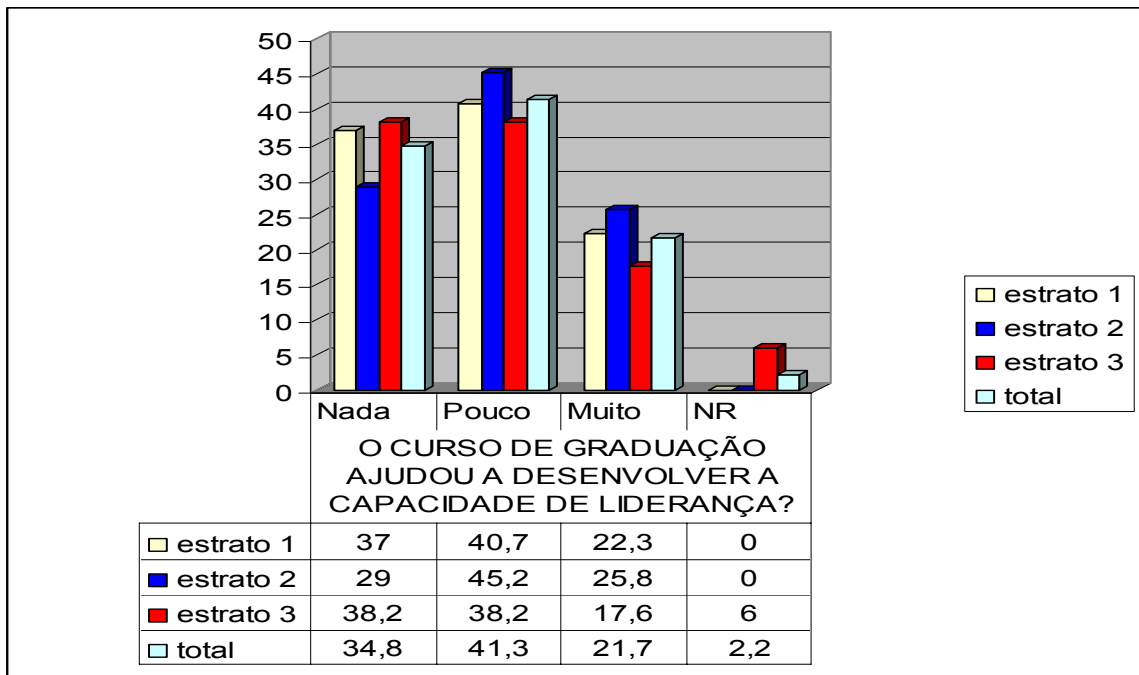


GRÁFICO 21 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver a capacidade de liderança?

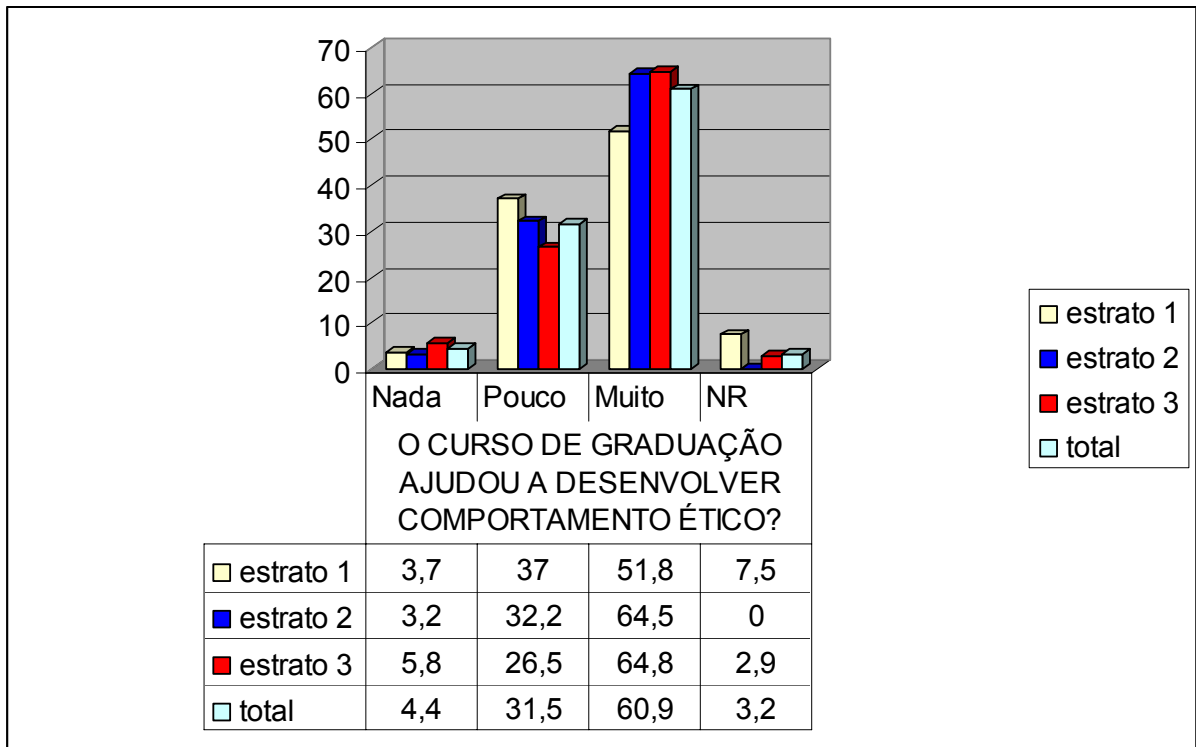


GRÁFICO 22 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver comportamento ético?

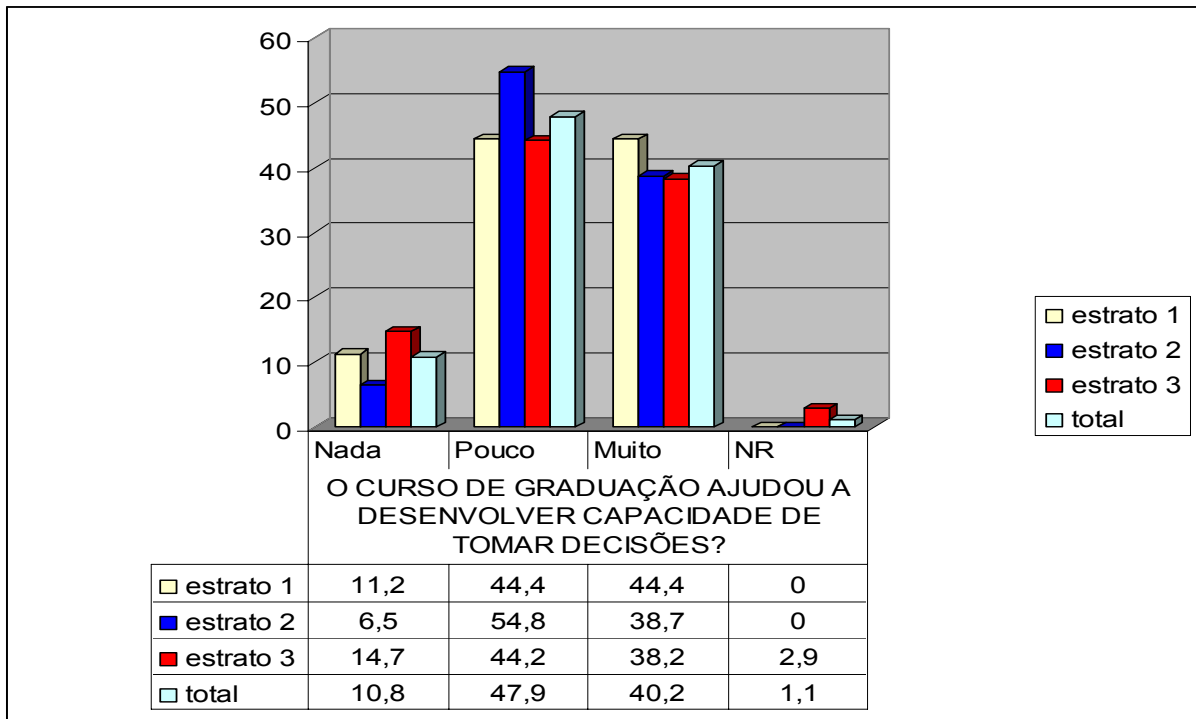


GRÁFICO 23 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver capacidade de tomar decisões?

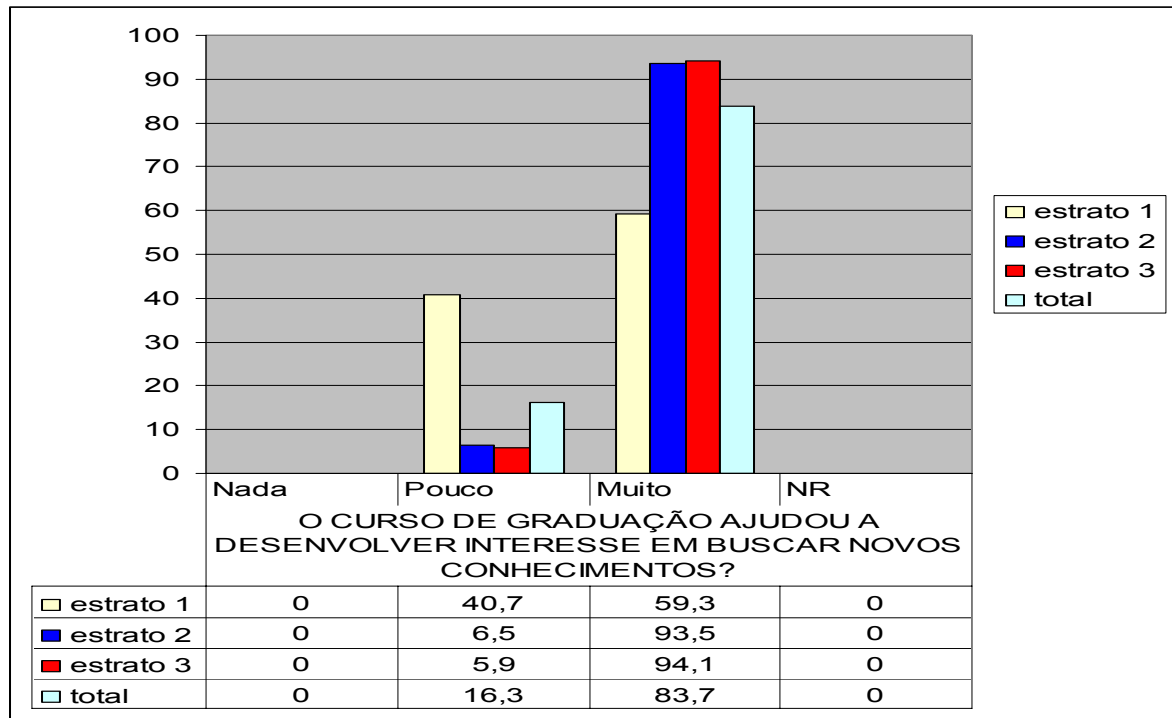


GRÁFICO 24 – Resposta do questionário à questão: O curso de graduação ajudou a desenvolver interesse em buscar novos conhecimentos?

Os egressos avaliam que o curso ajudou pouco e/ou nada a desenvolver iniciativa, criatividade, capacidade de liderança e capacidade de tomar decisões (TAB. 6, 7, 10 e 12). Estas habilidades foram também reconhecidas como importantes na obtenção de emprego e para um bom exercício profissional (TAB. 4). Ao mesmo tempo, avaliam que o curso desenvolveu muito a disciplina, a capacidade de se adaptar às mudanças, a capacidade de trabalhar em equipe e o comportamento ético (TAB. 5, 8 e 11). Na TAB. 4 a única característica considerada como contribuição para obter emprego ou bom exercício profissional que mostrou diferença estaticamente significativa entre os estratos (p -valor $<0,05$) foi a capacidade de liderança. O percentual de pessoas que consideram a capacidade de liderança como uma contribuição para obter emprego ou bom exercício profissional foi maior no Estrato 2 (44%) e menor no Estrato 1 (25%).

Esses dados caracterizam um curso de práticas pedagógicas tradicionais³¹ e talvez com pouca vivência prática onde o aluno é “conduzido” durante todo o percurso acadêmico, sem um espaço mais amplo de inserção na realidade da futura prática profissional. Esse é um aspecto que deverá ser reavaliado pela Coordenação atual do curso, pois, de acordo com as diretrizes curriculares, as habilidades acima avaliadas como pouco desenvolvidas no curso de graduação deverão ser estimuladas e fazem parte do perfil esperado dos egressos dos cursos de graduação, principalmente da área da saúde. A adoção de metodologias ativas e a inclusão do aluno no serviço mais cedo talvez possam ser facilitadores no desenvolvimento dessas habilidades nos profissionais em formação.

3.1.3 Estudos de pós-graduação

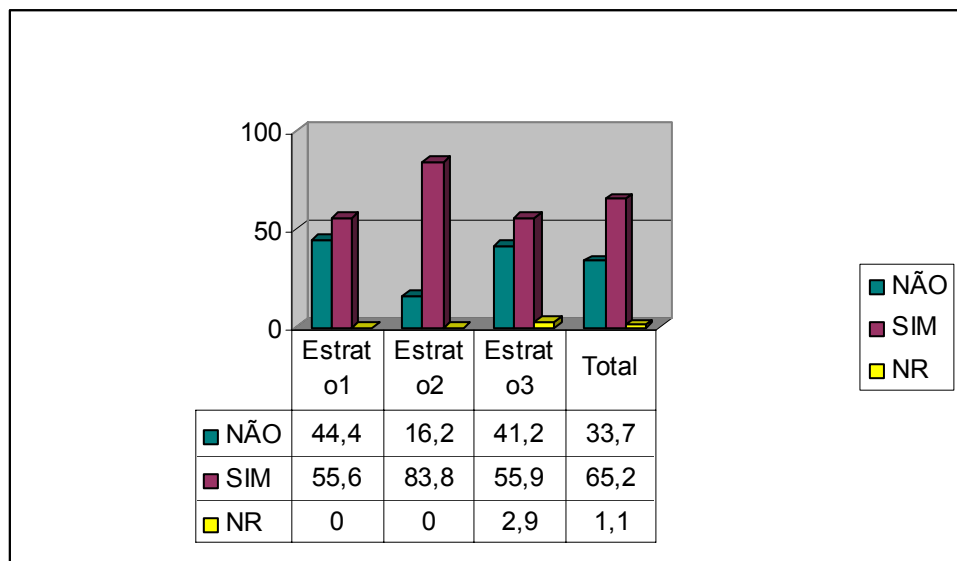


GRÁFICO 25 – Respostas do questionário à questão: Realizou estudos de pós-graduação?

³¹ São chamadas práticas pedagógicas tradicionais aquelas centradas no processo de ensino, enquanto as práticas pedagógicas inovadoras ou alternativas estão centradas no processo de aprendizagem com ênfase na autonomia do aluno e no pensamento divergente, por exemplo.

Os estudos de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) foram realizados por 65,2% dos egressos. O GRAF. 25 mostra a procura de estudos de pós-graduação por estrato. É interessante observar que 83,8% do Estrato 2 realizaram estudos de pós-graduação enquanto apenas 55,6% do Estrato 1 e 55,9% do Estrato 3. Os egressos do Estrato 2 (formados entre 90 e 97) se graduaram em um período de grande expansão dos cursos de especialização e início da especialização na UFMG, o que pode explicar o maior investimento desse estrato nesses cursos.

Uma questão interessante é que o tempo entre a conclusão da graduação e a procura pelos estudos de pós-graduação difere em muito entre os estratos. O GRAF. 26 indica que os egressos do Estrato 3 procuraram imediatamente a continuidade de estudos, com um espaço máximo de 4 anos após a conclusão da graduação, enquanto nos outros estratos esse tempo é maior. As variáveis sobre estudos de pós-graduação que apresentaram diferenças significativas entre os estratos (p -valores $<0,05$) estão relacionadas à realização dos estudos de pós-graduação *stricto sensu* e o tempo de início da pós-graduação. Percebe-se que o percentual de pessoas que realizaram algum estudo de pós-graduação está no Estrato 2 (43%). O Estrato 3 apresenta, em média, o menor tempo de início da pós-graduação (1,9 anos) e o Estrato 1 apresenta maior tempo (10,4 anos).

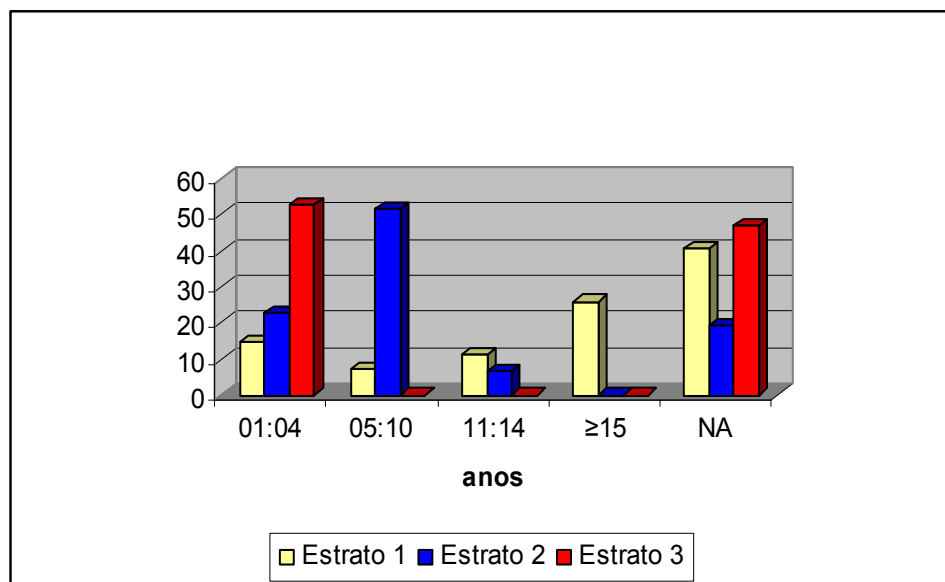


GRÁFICO 26 – Tempo entre a conclusão da graduação e o início da pós-graduação

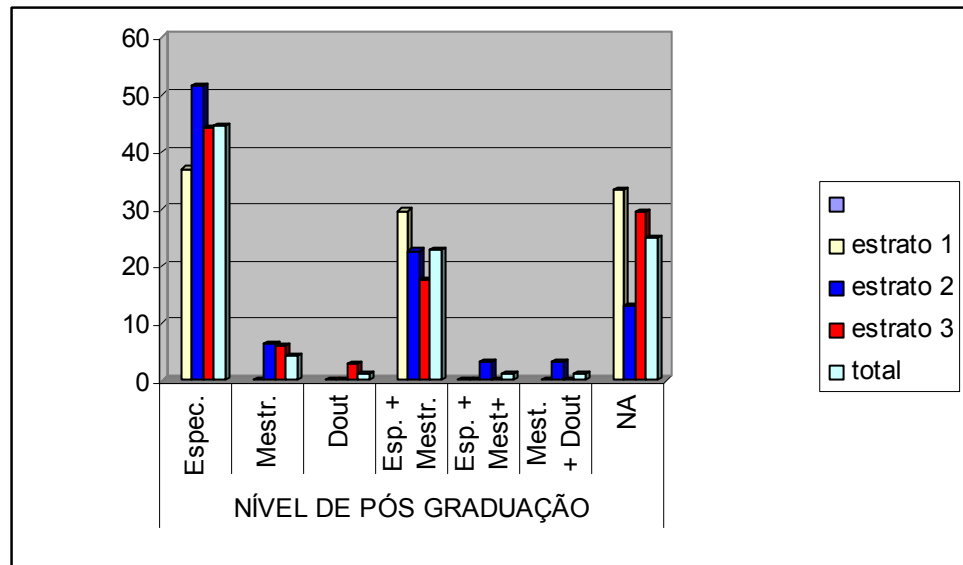


GRÁFICO 27 – Nível de pós-graduação

TABELA 4
Nível de pós-graduação

ESTRATO	NÍVEL DE PÓS GRADUAÇÃO							TOTAL
	Espec.	Mestr.	Dout	Esp. + Mestr.	Esp. + Mestr. + Dout	Mestr. + Dout	NA	
1	37,0	0	0	29,6	0	0	33,4	100
2	51,6	6,4	0	22,6	3,2	3,2	13	100
3	44,1	6	2,9	17,6	0	0	29,4	100
TOTAL	44,6	4,3	1,1	22,8	1,1	1,1	25	100

A TAB. 4 evidencia que 44,6% dos egressos cursaram especialização, 22,8% especialização e mestrado, 4,3% só mestrado, 1,1% só doutorado 1,1% especialização e mestrado, 1,1% especialização, mestrado e doutorado e 1,1% mestrado e doutorado, indicando que cerca de 30% dos egressos já concluíram o mestrado. Essa porcentagem pode ser considerada alta se aliada à porcentagem dos egressos que já fizeram curso de especialização e evidencia um interesse significativo dos fisioterapeutas formados pela UFMG na formação continuada, ou seja, na maior qualificação profissional.

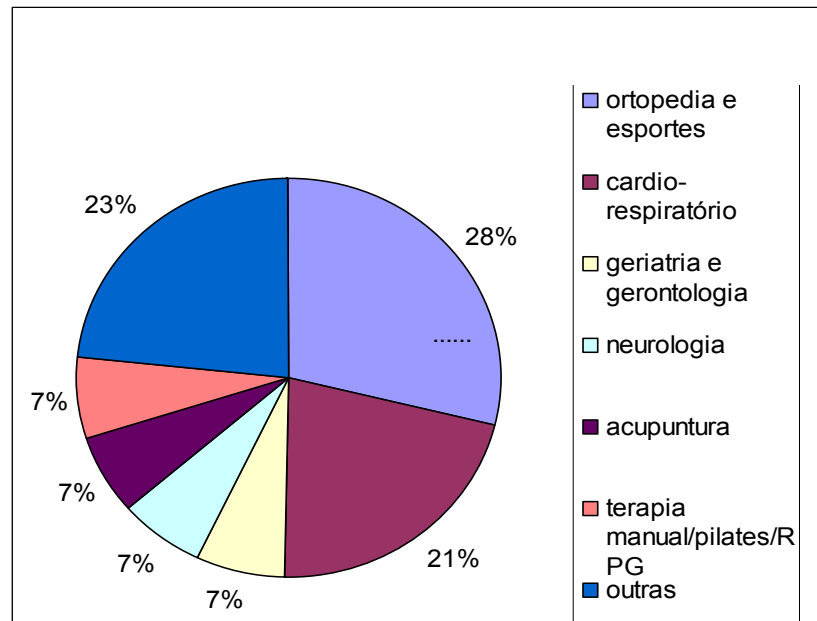


GRÁFICO 28 – Áreas de concentração dos cursos de especialização

O GRAF. 28 aponta as áreas de concentração dos cursos de especialização: 29,5% na área de ortopedia e esportes; 21,3 % na área de cardiorrespiratório; 6,6% na área de geriatria e gerontologia; 6,6% na área de neurologia; 6,6% em acupuntura e 6,6% em Terapia Manual /osteopatia/RPG/Pilates. O restante distribuído em áreas diversas, como Administração de Recursos Humanos, Saúde/Homeopatia, Hipoterapia, Método Rességuier – Harmonização do Corpo Sensível, Psicomotricidade, Reabilitação do Membro Superior, Educação, Ergonomia e Fisioterapia na Saúde da Mulher. Como pode ser visto, mais de 50% concentram-se nas áreas de ortopedia/esportes e cardiorrespiratório, indicando maior demanda do mercado nessas áreas e também maior consolidação dessas áreas da fisioterapia no mercado de trabalho.

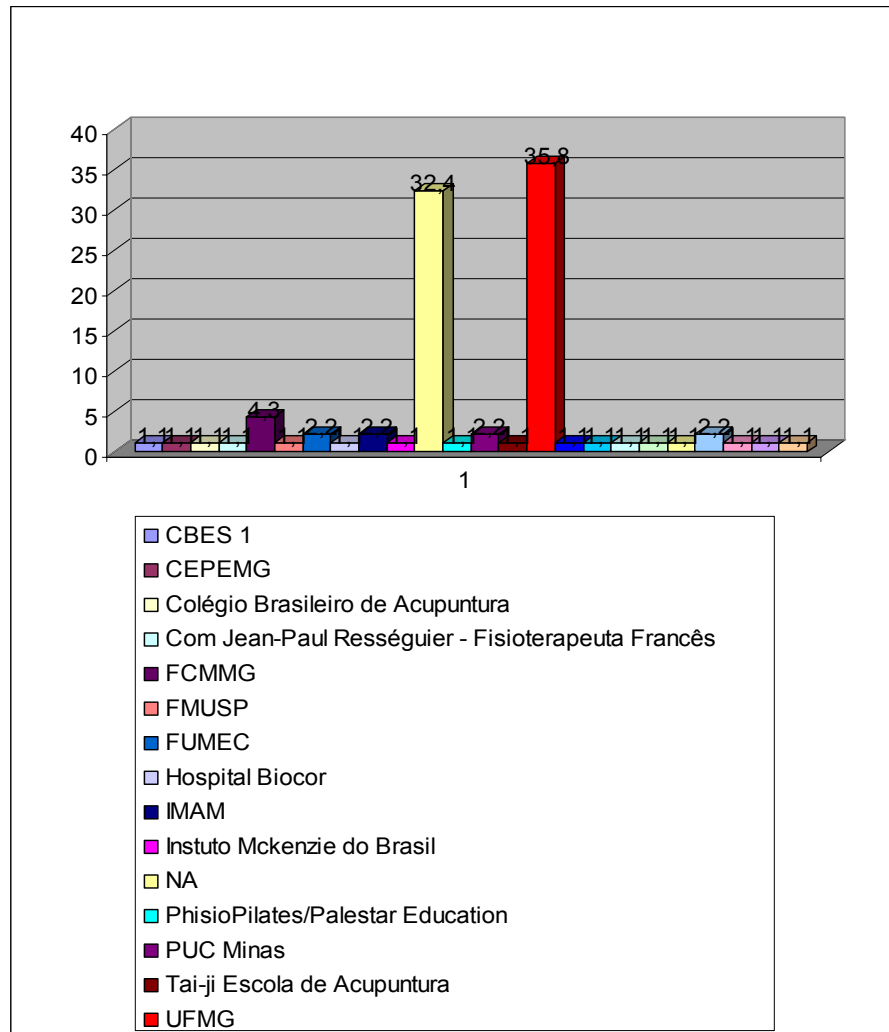


GRÁFICO 29 – Instituição – Cursos de especialização

O GRAF. 29 mostra maior concentração de egressos, 35,8% (que fizeram estudos de pós-graduação), no curso de especialização da própria UFMG. O mesmo é observado no GRAF. 30, em relação ao mestrado (23,9%), caracterizando o papel fundamental da UFMG na formação destes profissionais. Antes da oferta do curso de Mestrado em Ciências da Reabilitação, pelo Departamento de Fisioterapia da UFMG,³² os egressos procuraram cursos de mestrado nas áreas básicas da saúde, como fisiopatologia experimental, fisiologia cardiovascular, patologia geral e saúde pública; e de áreas afins, como educação, treinamento esportivo e psicologia do desenvolvimento humano.

³² Primeiro curso de mestrado específico da Fisioterapia no Estado de Minas Gerais, com a primeira oferta em 2003.

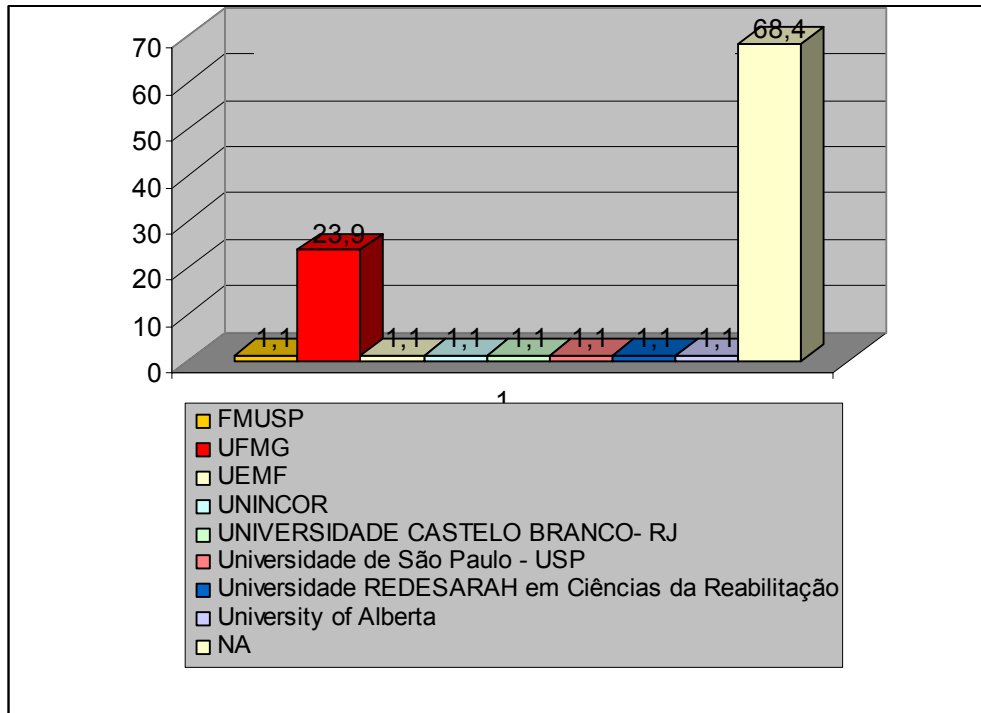


GRÁFICO 30 – Instituição – Cursos de mestrado

Em relação ao doutorado, dos quatro verificados na amostra, um foi realizado na UFMG e os outros três no exterior, nos Estados Unidos. O nível de pós-graduação (especialização, mestrado e/ou doutorado) está significativamente relacionado com a avaliação dos egressos sobre a influência da pós-graduação na inserção profissional.

A análise dos dados revela a importância da UFMG na formação dos profissionais na área da fisioterapia. Além de os egressos da graduação, que cursam a pós-graduação na UFMG, outros profissionais, na maioria docentes de outras instituições de ensino, também procuram a pós-graduação *stricto e lato sensu* na UFMG.

3.1.4 Exercício profissional e renda mensal

TABELA 5
Vínculo da principal atividade profissional

		A PRINCIPAL ATIVIDADE PROFISSIONAL É VINCULADA À FISIOTERAPIA?				TOTAL
		Vinculada	Sem vínculo	Ambos	NR	
ESTRATO	1	81,3	7,5	3,7	7,5	100
	2	84,2	9,4	0	6,4	100
	3	94,0	3	0	3	100
TOTAL		86,9	6,5	1,1	5,5	100

A maioria dos profissionais encontrava-se trabalhando no momento do levantamento, sendo que 86,9% consideraram ser seu trabalho vinculado à Fisioterapia. Dos egressos da amostra, 42,4% informam que trabalham em mais de um local de trabalho, sempre vinculado à Fisioterapia. Interessante observar que, quando presente uma atividade secundária, esta também é uma atividade vinculada à Fisioterapia (por exemplo, 1ª atividade – docente em instituição de ensino superior; 2ª atividade – fisioterapeuta em hospital público). No Estrato 3, somente 2,9% declararam estar desempregados. Esses dados sugerem que as possibilidades de trabalho para os graduados em Fisioterapia pela UFMG são bastante elevadas. Convém aqui observar que 78% dos entrevistados consideraram que o fato de terem se formado na UFMG facilitou sua inserção no mercado de trabalho. Quando a mesma pergunta foi feita em relação aos fatores *influência da família/amigos* e *formação em nível de pós-graduação*, os percentuais correspondentes foram 38% e 53%. Isso indica que o capital social,³³ associado ao aprimoramento profissional, exerce influência na inserção no mercado de trabalho. No

³³ Bourdieu (1986) e Coleman (1988) introduziram o conceito de capital na análise social para referir-se não apenas à sua forma econômica, mas também à sua forma cultural e social. Esses autores utilizaram o termo *capital* como metáfora para falar das vantagens culturais e sociais que indivíduos possuem e que geralmente os conduzem a um nível socioeconômico mais elevado. Quanto ao conceito de capital social, Bourdieu diz que ele está associado aos benefícios mediados pelas redes extrafamiliares e às lutas concorrenciais entre indivíduos ou grupos no interior de diferentes campos sociais. As ligações estabelecidas entre os indivíduos de um mesmo grupo não são somente advindas do compartilhamento de relações objetivas e de espaço econômico e social, mas também fundadas em trocas materiais e simbólicas. Já Coleman define o conceito de capital social pela sua função, argumentando que esse tipo de capital não é um atributo dos indivíduos, mas um aspecto dependente do contexto e da estrutura social, isto é, inerente à estrutura das relações entre dois ou vários atores. Para ele, esse conceito guarda uma relação estreita com o grau de integração social de um indivíduo e sua rede de contatos sociais. O tamanho da rede não importa tanto, mas, sim, a qualidade das relações que nela se estabelecem.

entanto, a influência maior, segundo os dados é atribuída pelos entrevistados à instituição onde realizaram a graduação, reafirmando o prestígio e positiva imagem social da UFMG.

As variáveis sobre atividades profissionais atuais que mostraram diferenças estaticamente significantes entre os estratos (p -valores $<0,05$) foram: estar empregado em setor público, fonte de remuneração, anos de trabalhos na instituição e estar procurando por emprego. O percentual de egressos que estão trabalhando no setor público é maior no Estrato 1 (48%). Além disso, o Estrato 2 possui maior percentual de profissionais trabalhando com convênio (60%). Por fim, o Estrato 3 concentra o maior percentual de pessoas que ainda estão procurando por emprego, mesmo relatando que está em atividade profissional (67%). Este último dado sugere que o exercício liberal da profissão está em declínio, o que leva os profissionais a buscarem empregos como melhor forma de atuação no mercado.

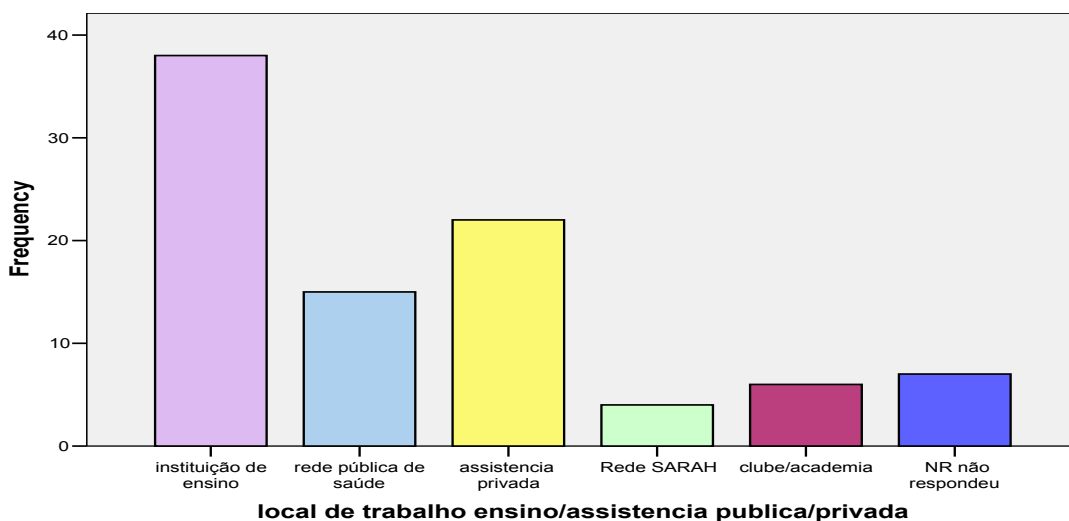


GRÁFICO 31 – Local de trabalho

TABELA 6
Natureza do local de trabalho

	ONDE OS EGRESSOS TRABALHAM?						TOTAL	
	Instituição de ensino	Rede pública de saúde	Assistência privada	Rede SARAH	Clube/ academia	Outros ³⁴		
ESTRATO	1	33,3	33,3	26	0	3,7	3,7	100
	2	45,2	16	19,5	6,5	0	12,8	100
	3	44	3,9	26,5	5,5	14,6	5,5	100
TOTAL		41,3	16,3	23,9	4,4	6,5	7,6	100

A TAB. 6 e o GRAF. 31 apresentam a natureza dos locais de trabalho a que estão submetidos os entrevistados. Há flagrante predomínio das instituições de ensino, que representam 41,3% da amostra, enquanto na rede pública de saúde encontram-se 16,3%, na assistência de saúde privada 23,9%, na Rede SARAH³⁵ 4,4%, em clubes e academias 6,5% e em outros locais diversos 7,6%. Uma questão interessante é que os egressos do Estrato 3, que possuem menos tempo de formados, também estão trabalhando em instituições de ensino superior.³⁶ Isto indica não apenas o prestígio do curso da UFMG, mas também o fato de que este curso serve de referência para outros cursos, uma vez que seus egressos são docentes em cursos de Fisioterapia de diferentes instituições do Estado de Minas Gerais. Os que trabalham na rede pública, além de desenvolverem atividades assistenciais em hospitais, exercem cargos de gestão de políticas públicas no setor da saúde em níveis municipal e estadual.

É importante considerar que a UFMG oferece um número pequeno de vagas anuais na graduação em Fisioterapia. Esse pode ser um fator de qualidade aumentando a relação candidato/vaga, uma vez que a demanda por ensino público é grande, em virtude também do

³⁴ Em outros, foram incluídos Ministério do trabalho, empresa de Mineração, empreendimento comercial, transporte de cargas.

³⁵ A Rede SARAH foi considerada um local diferenciado por ser uma rede hospitalar de reabilitação, uma instituição de ensino/serviço de importância nacional e de difícil ingresso profissional, em processo de seleção pública. A Associação das Pioneiras Sociais é entidade de serviço social autônomo, de direito privado e sem fins lucrativos – é a Instituição gestora da Rede SARAH de Hospitais do Aparelho Locomotor; tem como objetivo retornar o imposto pago por qualquer cidadão, prestando-lhe assistência médica qualificada e gratuita, formando e qualificando profissionais de saúde, desenvolvendo pesquisa científica e gerando tecnologia. O caráter autônomo da gestão desse serviço público de saúde faz da Associação a primeira Instituição pública não estatal brasileira. A qualidade dos serviços é aferida pelo Centro Nacional de Controle de Qualidade, com padrões universais nas áreas ambulatorial e hospitalar. Os recursos financeiros que mantêm todas as unidades da Rede SARAH provêm exclusivamente do Orçamento da União, em rubrica específica para manutenção do Contrato de Gestão. A Rede SARAH não recebe recursos advindos do número e da complexidade dos serviços prestados, à semelhança do que ocorre com instituições de saúde subordinadas ao SUS.

³⁶ Nos últimos anos, após 1996, com a aprovação da nova LDB, houve uma expansão dos cursos superiores no Brasil. Hoje, são 55 cursos de graduação em Fisioterapia em Minas Gerais.

alto preço da mensalidade desse curso nas instituições privadas. Até 1997, o curso oferecia 40 vagas anuais e aumentou desde então para 60 vagas. Este número é muito pequeno, perto do que é lançado hoje no mercado por outras 55 instituições de ensino no Estado de Minas Gerais.³⁷ Algumas dessas instituições ainda não formaram as primeiras turmas, mas em breve serão lançados no mercado, em média, 80 profissionais/ano por instituição.

TABELA 7
Anos de trabalho na principal instituição

ESTRATO	TEMPO DE SERVIÇO NA PRINCIPAL INSTITUIÇÃO						TOTAL
	Até 1 ano	Entre 1 e 5 anos	Entre 6 e 10 anos	Entre 11 e 15 anos	Entre 16 e 25 anos	NR	
1	3,6	11,2	11,2	26,1	37	10,9	100
2	12,8	45,3	6,5	12,8	3	19,6	100
3	38,1	46,7	5,9	0	0	9,3	100
TOTAL	19,4	35,8	7,7	12,0	11,9	13,2	100

Os dados representados na TAB. 7 revelam que o fisioterapeuta egresso da UFMG mantém uma relação estável com a instituição onde exerce suas atividades profissionais, inclusive os recém-formados, do Estrato 3.

TABELA 8
Nível de atenção à saúde das atividades profissionais

ESTRATO	EM QUAL NÍVEL SE ATENÇÃO SE CONCENTRAM SUAS ATIVIDADES?									TOTAL
	Primário	Secundário	Reabilitação	Primário + Secundário	Secundário + Reabilitação	Primário + Reabilitação	Primário + Secundário + Reabilitação	NA	NR	
1	7,5	7,5	3,7	3,7	18,4	0	51,7	7,5	0	100
2	0	12,8	35,9	6,5	12,8	9,5	6,5	9,5	6,5	100
3	0	14,8	35,1	6	6	17,5	11,6	6	3	100
TOTAL	2,2	12	26	5,5	11,9	9,7	21,7	7,6	3,4	100

Quando se questiona *Em que nível de atenção à saúde se concentram suas atividades?*, identifica-se que alguns egressos trabalham em um único nível de atenção à

³⁷ Informação fornecida no site do CREFITO/4ª Região

saúde: 26% se concentram na REABILITAÇÃO; 2,2% na atenção PRIMÁRIA e 12% na atenção SECUNDÁRIA, como demonstrado na TAB. 8. Outros já declaram desenvolver atividades em mais de um nível de atenção: 5,5% na atenção primária + secundária; 11,9% na atenção secundária + reabilitação; 9,7% na atenção primária + reabilitação e 21,7% na atenção primária, secundária e na reabilitação. É interessante observar que os profissionais docentes distribuem suas atividades nos três níveis de atenção e são os que concentram o maior percentual de atividades de atenção em nível primário. Rebellato e Botomé (1987) afirmam que os envolvidos no ensino orientam o que será a profissão nos anos seguintes. Dessa forma, podemos afirmar que os docentes egressos da UFMG estão investindo na formação proposta nas diretrizes curriculares, preparando os futuros profissionais para trabalharem também no setor primário. Dessa forma, os futuros fisioterapeutas estarão entrando no mercado de trabalho aptos a desenvolver suas atividades numa área do mercado de trabalho em franca expansão.

TABELA 9
Satisfação profissional

ESTRATO	ESTÁ SATISFEITO COM SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL ATUAL?			TOTAL
	Não	Sim	NR	
1	18,7	81,3	0	100
2	6,5	93,5	0	100
3	14,8	82,5	2,7	100
TOTAL	13,2	85,8	1,0	100

Uma questão interessante é que 85,8% estão satisfeitos com sua atividade profissional atual, como demonstra a TAB. 9. O nível maior de satisfação é no Estrato 2, que apresentou também a maior porcentagem em termos de realização de cursos de pós-graduação. Entre os 13% que NÃO estão satisfeitos, 2,2% referem-se aos que estão desempregados, 4,3% têm renda média até R\$1.000,00 e 6,5 % trabalham na mesma instituição há pelo menos 10 anos e tem renda mensal de até R\$ 3000,00. A insatisfação destes últimos pode estar relacionada à falta de planos de carreira ou de um bom plano de cargos e salários nessas instituições. Os que estão na rede pública, por exemplo, relatam que não têm equiparação salarial com os outros profissionais da área de saúde e ainda fazem parte da categoria de técnicos de nível superior.

TABELA 10
Local de residência atual do egresso

ESTRATO	BH	INTERIOR MG	OUTRO ESTADO	EXTERIOR	NR	TOTAL
1	55,5	18,7	14,6	7,5	3,7	100
2	61,3	16,4	12,8	0	9,5	100
3	59	20,5	8,7	5,9	5,9	100
TOTAL	58,7	18,6	11,8	4,4	6,5	100

A TAB. 10 mostra que mais de 75% dos entrevistados exercem suas atividades profissionais em Minas Gerais, o que indica o forte vínculo que a UFMG possui com esse Estado. Os que se deslocaram para outros Estados da Federação trabalham em Brasília, São Paulo, em Vitória no Espírito Santo e na cidade do Rio de Janeiro; e os que estão no exterior trabalham nos Estados Unidos.

TABELA 11
Renda mensal e experiência profissional

	R\$ 1000,00	R\$ 2000,00	R\$ 3000,00	R\$ 4000,00	R\$ 5000,00	R\$ 6000,00	R\$ 7000,00	ACIMA DE R\$7000,00	NR	TOTAL
ESTRATO 1	7,5	11	18,5	18,5	11	18,5	0	11	4	100%
ESTRATO 2	6,6	9,5	16	16	23	3,3	9,5	9,5	6,6	100%
ESTRATO 3	23,78	20,81	27,02	14,59	8,64	2,97	0	0	2,97	100%
TOTAL	13,2	14,1	20,4	16,2	14,1	7,6	3,2	6,4	4,4	100%

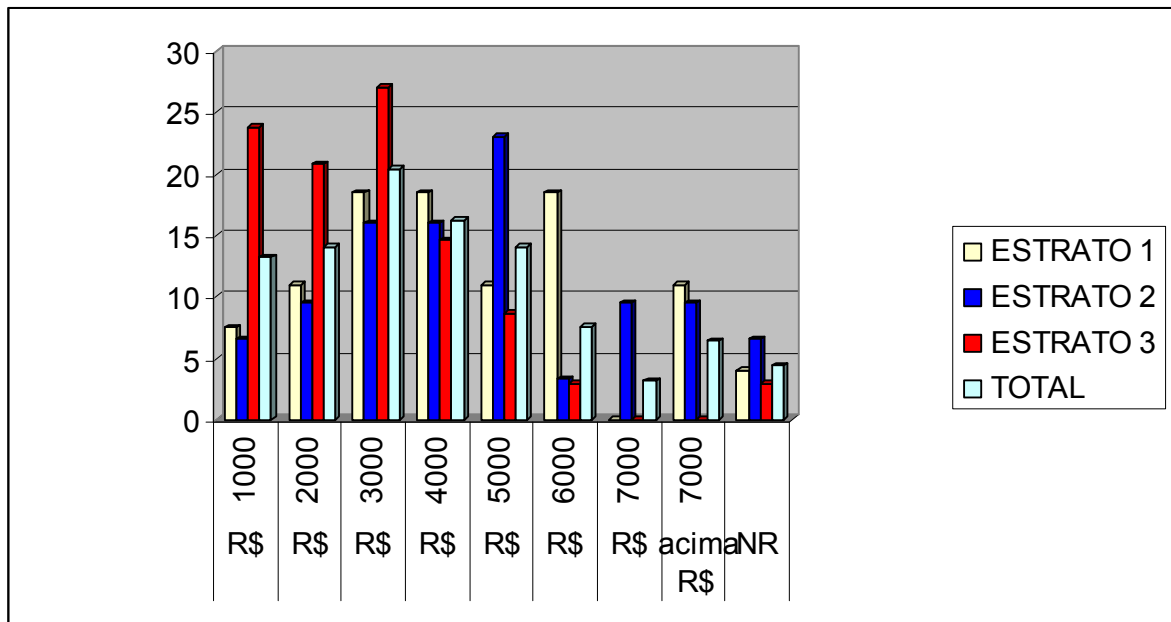


GRÁFICO 32 – Renda mensal vs. experiência profissional

Para avaliar a interferência de outros fatores na renda dos entrevistados, não se deve esquecer da dependência da remuneração com a experiência profissional. A TAB. 11 mostra a renda mensal dos egressos de acordo com os estratos. A variável “valor aproximado da renda individual” mostrou diferenças estaticamente significativas entre os estratos (p-valor=0,003). Os profissionais do Estrato 3 apresentam, em média, menor renda que os demais (aproximadamente R\$ 2650,00), enquanto nos estratos 1 e 2 mais de 40% recebem salário correspondente a R\$ 5.000,00 e acima desse valor.

Somente 13,2 % da amostra acusam renda mensal até R\$ 1000, 00, o equivalente a 2,8 salários mínimos,³⁸ valor abaixo do piso salarial do fisioterapeuta,³⁹ mas equivalente ao rendimento médio real habitualmente recebido pelos trabalhadores nas regiões metropolitanas no Brasil.⁴⁰ Os egressos do Estrato 2 registram os maiores valores de renda mensal, ou seja, 45,3% têm renda mensal igual ou acima de R\$ 5.000,00, enquanto no Estrato 1 40,5% acusam essa renda. A renda mensal neste estudo mostra-se relacionada à experiência profissional somada à melhor qualificação no mercado. Da mesma forma, “satisfação profissional e renda mensal” parecem afetadas pela qualificação profissional, uma vez que os egressos do Estrato 2 são os que mais procuraram cursos de pós-graduação. A formação pós-graduada quer em curso de especialização, ou no mestrado e no doutorado, também tem interferência significativa na remuneração dos entrevistados. Os que concluíram um curso de pós-graduação declararam renda média de R\$ 4.000,00. Quando se examina a interferência da titulação pós-graduada na remuneração dos entrevistados constata-se que o término da pós-graduação *stricto sensu* aumenta a renda dos que trabalham no setor privado, principalmente nas instituições de ensino superior. Por último, é importante salientar que os graduados que migraram para outros Estados da Federação têm, em média, remuneração equivalente à dos que permaneceram em Minas Gerais.

³⁸ Valor do salário mínimo oficial no Brasil é de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) em outubro de 2006.

³⁹ O piso salarial do Fisioterapeuta, para uma jornada de 6 horas é de 6 SM, determinado pela Federação Nacional dos Sindicatos de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (FENAFITO).

⁴⁰ A Pesquisa Mensal de Emprego, realizada pelo IBGE, estimou, em dezembro de 2005, para o agregado das seis regiões, o rendimento médio real habitualmente recebido pelos trabalhadores nas seis regiões metropolitanas em R\$ 995,40 (novecentos e noventa e cinco reais e quarenta centavos).

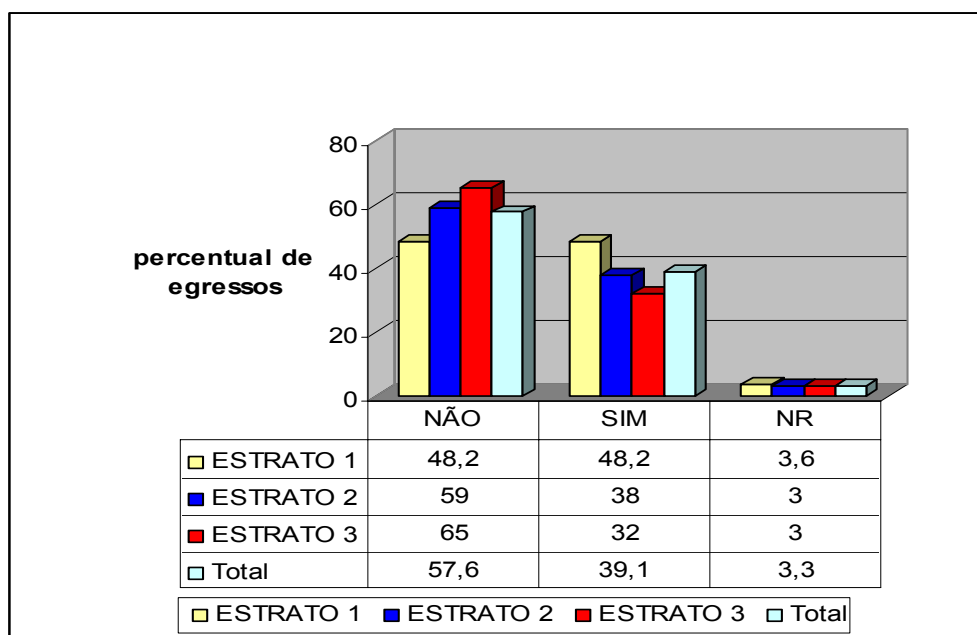


GRÁFICO 33 – Respostas do questionário à questão: Você ampliou o mercado de trabalho ou introduziu novas técnicas?

Os egressos foram questionados “se ampliaram o mercado de trabalho” e, de maneira interessante, como demonstrado no GRAF. 33, egressos de todos os estratos declaram que SIM. Encontramos entre os que responderam SIM 48,3% de egressos de escola pública e 32,3% de escola privada. Esse dado levanta questões sobre as diferenças na formação escolar dos egressos da escola básica pública e privada.

Alguns informaram que introduziram tecnologia ou desenvolveram atividades em um novo campo. Como se sabe, os profissionais acadêmicos não têm influência direta no mercado de trabalho, mas sua produção intelectual dá a autoridade científica à profissão e forma a base para as regras organizacionais e para as decisões de trabalho dos praticantes individuais (BONELLI & DONATONI, 1996). Verifica-se, então, que o conhecimento produzido na UFMG vem preparando os profissionais para intervir nesse mercado, introduzindo novas tecnologias e ultrapassando fronteiras de atuação.

3.1.5 Mobilidade social

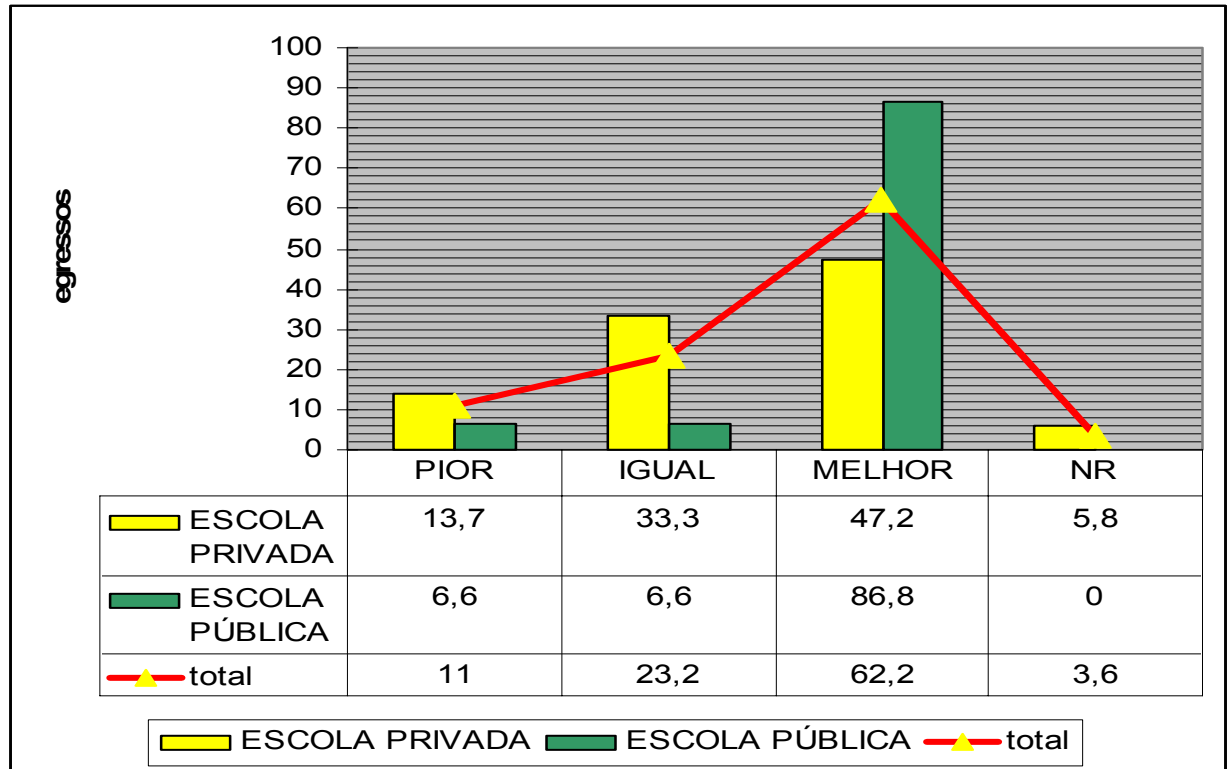


GRÁFICO 34 – Concluiu 2º grau em escola pública ou privada vs. situação socioeconômica atual em comparação com a de sua família quando do ingresso na faculdade

Tendo em vista a literatura da Sociologia da Educação, que associa educação e ascensão social,⁴¹ procurou-se verificar se os graduados em Fisioterapia da UFMG estariam em melhor situação socioeconômica no momento da entrevista do que quando ingressaram no curso. Para tanto, solicitou-se aos entrevistados que comparassem sua situação econômica atual com a de sua família, à época em que ingressaram no Curso de Graduação em Fisioterapia, com três opções de resposta: pior, igual e melhor. É importante considerar que a resposta a esse quesito pode estar impregnada de boa margem de subjetividade, em decorrência, por exemplo, do maior acesso da população, nos últimos anos, a bens de consumo duráveis e não duráveis. Esse acesso pode interferir na avaliação do entrevistado sobre suas condições econômicas atuais e a de sua família.

⁴¹ Sobre a relação entre educação e mobilidade social cf., dentre outros, CARNOY, MARTIN LEVIN, HENRY, 1993.

O resultado encontrado, demonstrado no GRAF. 34 indica que mais de 60% dos fisioterapeutas avaliaram sua situação econômica como MELHOR que a de seus pais, enquanto pouco mais de 10% consideraram-na PIOR. A resposta MELHOR é ainda mais freqüente entre os egressos da escola média pública (86,8%) o que pode ser evidência de certa consistência das respostas, uma vez, que de modo geral, é a população de mais baixa renda no Brasil que frequenta a escola pública e, que assim, teria maior mobilidade social com a graduação em nível superior. Como seria de esperar, a resposta a esse quesito é influenciada pela renda do entrevistado: quanto maior a renda atual, maior a probabilidade de sua situação econômica ser melhor que a de seus pais. No entanto, excetuados aqueles que declararam rendimentos na faixa de R\$ 1.000,00, em todas as faixas de renda a resposta MELHOR atinge cerca de 50%, confirmando a associação entre formação em nível superior e mobilidade social ascendente.

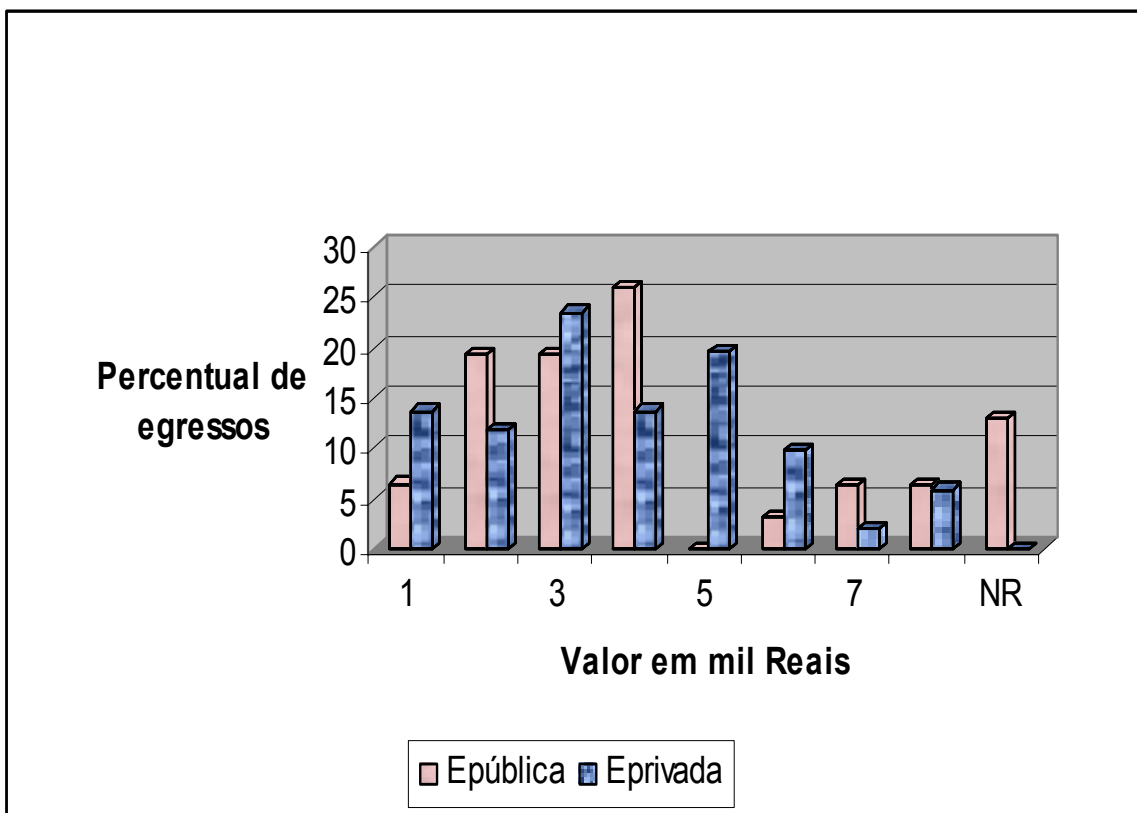


GRÁFICO 35 – Concluiu 2º grau em escola pública ou privada vs. renda mensal

Os dados demonstrados no GRAF. 35 confirmam a hipótese de que a escola média freqüentada – pública ou privada – é um bom indicador da condição socioeconômica do estudante. Os egressos da escola média pública ganham menos que os da escola privada,⁴² e aqueles, em maior proporção que estes, consideram sua situação econômica atual melhor que a de seus pais.

Observe-se que 32,2% dos egressos da escola média pública estão trabalhando no setor público, enquanto somente 17,6% dos egressos da escola média privada são funcionários no setor público, mas estes é que ocupam cargos de chefia, enquanto os outros desempenham cargos técnicos. O mesmo foi observado em relação aos locais de trabalho, onde os egressos da escola média privada estão em locais de mais difícil acesso ao emprego, como a Rede SARA, Aeronáutica e instituições federais de ensino superior no Brasil e no exterior.⁴³ Esses dados evidenciam a relação entre *habitus*⁴⁴ decorrente do pertencimento a determinada classe social mostrando a maior disposição para a liderança entre os egressos provenientes das camadas sociais médias (ex-alunos egressos da escola média na rede privada). Mostra, ainda, a disposição desse seguimento social para disputar empregos mais competitivos, o que também pode estar relacionado ao maior capital cultural⁴⁵ dos ex-alunos provenientes das camadas médias.

⁴² O que mostra a influência do capital social e sua relação com a renda dos pais.

⁴³ Esta situação pode ser atribuída ao maior capital cultural dos egressos da escola privada, que geralmente vêm de família de melhor status sociocultural que os egressos da escola pública.

⁴⁴ Segundo Bourdieu (1992), a partir de sua formação inicial em um ambiente social e familiar que corresponda à sua posição específica na estrutura social, os indivíduos incorporariam um conjunto de disposições para a ação típica dessa posição – um *habitus* familiar ou de classe – e que passaria a conduzi-los ao longo do tempo e nos mais variados ambientes de ação.

⁴⁵ O ator da Sociologia da Educação de Bourdieu (1992) não é nem o indivíduo isolado, consciente, reflexivo, nem o sujeito determinado, mecanicamente submetido às condições objetivas que ele age. Segundo o autor, cada indivíduo passa a ser caracterizado por uma bagagem socialmente herdada. Essa bagagem inclui, por um lado, certos componentes objetivos, externos ao indivíduo e que podem ser postos a serviço do sucesso escolar. Fazem parte dessa primeira categoria o *capital econômico*, tomado em termos dos bens e serviços a que dá acesso, o *capital social*, definido como o conjunto de relacionamentos sociais influentes mantidos pela família, além do *capital cultural* institucionalizado, formado basicamente por títulos escolares. A bagagem transmitida pela família inclui, por outro lado, certos componentes que passam a fazer parte da própria subjetividade do indivíduo, sobretudo o *capital cultural* na sua forma incorporada. Como elementos constitutivos dessa forma de capital merecem destaque a chamada “cultura geral” – expressão sintomaticamente vaga; os gostos em matéria de arte, culinária, decoração, vestuário, esportes, etc.; o domínio maior ou menor da língua culta; as informações sobre o mundo escolar. O capital cultural constitui o elemento da bagagem familiar que teria o maior impacto na definição do destino escolar.

3.1.6 Atividade corporativa

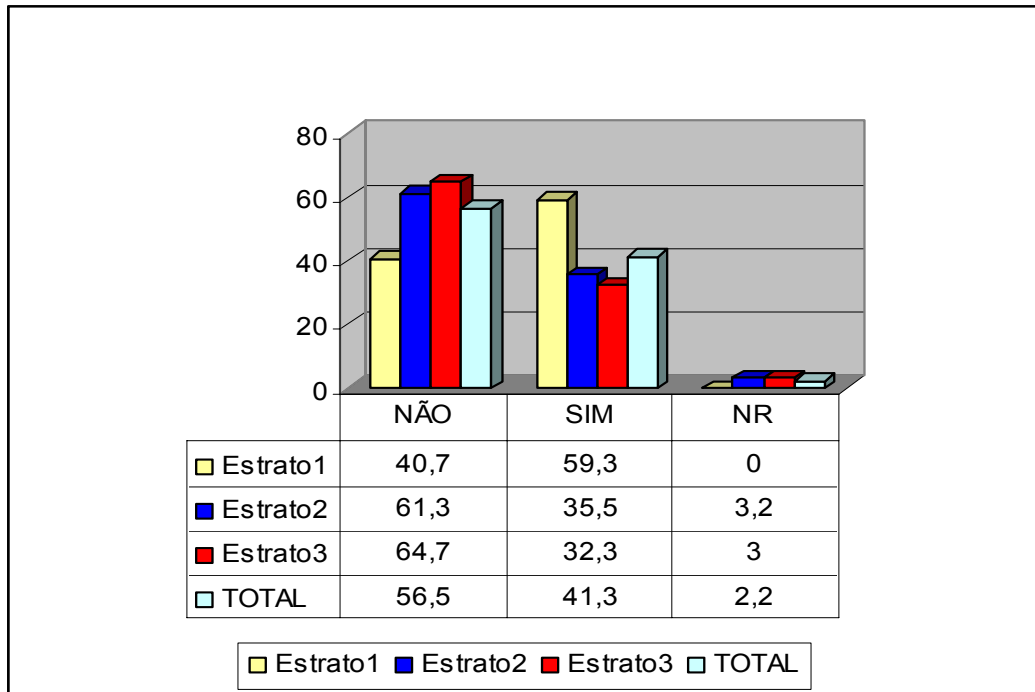


GRÁFICO 36 – Respostas do questionário à questão: É associado a alguma entidade profissional?

O GRAF. 36 mostra que 56,5% dos egressos NÃO são associados a nenhuma entidade civil da categoria. Os profissionais do Estrato 1, formados há mais tempo, é que apresentam o maior percentual de associados. Quando os egressos foram questionados sobre o porquê da não-vinculação à entidades representativas da categoria profissional, as justificativas são variadas, mas, em geral, devem-se à pouca confiança nas associações e à ineficiência delas:

Pouca confiança nas instituições/ ineficiência...

Atualmente estou residindo em uma cidade do interior de um outro estado e ainda não conheço entidades de interesse...

Pela falta de honestidade e préstimo dessas instituições...

Traumatizada com o CREFITO/4...

Porque quando me formei não havia entidade civil da classe profissional..

... Não acredito que entidades possam lutar de verdade pela classe...

Entre os egressos que estão vinculados às associações, muitos as estão presidindo, como a AMF, a Associação Mineira de Empresas de Fisioterapia (AMEFISIO) e o Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais de Minas Gerais (SINFITO/MG). Encontramos egressos trabalhando, também, de maneira ativa no COFFITO, na Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória (SOBRAFIR), dentre outras.

A relação com o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 4ª Região foi avaliada como PÉSSIMA por 71,7%, REGULAR por 25,0% e BOA por 2,2%. Este pode ser um dos fatores determinantes no baixo índice de envolvimento dos egressos com as associações. Como a profissão é muito nova, as associações estão ainda na fase inicial de organização, e ainda muitos confundem as funções de uma associação com as funções normativas e de fiscalização do CREFITO 4ª Região.

TABELA 12
Formação ética e política do profissional na graduação

ESTRATO	INSUFICIENTE	ADEQUADA	ALÉM DO NECESSÁRIO	TOTAL
1	70,3	26	3,71	100
2	70,9	25,8	3,3	100
3	61,7	38,3	0	100
Total	67,3	30,4	2,3	100

Como demonstrado na TAB. 12, a maioria dos os egressos considerou-a formação ética e política no curso de graduação INSUFICIENTE. Esse aspecto deve estar relacionado ao fato de essa formação no interior do curso estar bastante limitada às aulas de Fundamentos de Fisioterapia e à disciplina de Ética e Deontologia. No entanto, pode-se observar que houve melhor avaliação da formação ética e política do profissional no Estrato 3. Provavelmente em decorrência da realização, a partir de 1999, do grupo de estudo sobre a história da Fisioterapia e ética profissional, denominado mais tarde de Fisiointegração. Esse grupo organizou o primeiro *Seminário sobre Ética na Fisioterapia* realizado em 2005 na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG. Ao mesmo tempo, questões importantes como a discussão do projeto de Lei sobre o Ato Médico, e a realização do *Fórum Nacional de Políticas Profissionais de Fisioterapia*, promovido pelo COFFITO, também em 2005, sensibilizaram docentes e discentes sobre estas questões.

A formação em áreas conexas (ciências humanas, administração, ensino, etc.) foi INSUFICIENTE para 76,1% dos egressos, ADEQUADA para 19,6% e ALÉM DO NECESSÁRIO para 4,3%. Estes dados indicam um curso fechado dentro de sua área específica, deixando a desejar a formação humanística tão necessária ao exercício profissional de profissionais da saúde.

Sabe-se que as associações profissionais são fundamentais para se estabelecer a identidade e o perfil corporativo da profissão. (WILENSKY,1970). Além disto elas contribuem para que as *profissões* se tornem comunidades com identidade, compromisso pessoal, interesses específicos e lealdade corporativa, permitindo que conquistem, assim, prestígio junto à clientela (PEREIRA NETO,1997). Nesse sentido, considera-se que a formação ética e política deve ser abordada em todas as atividades desenvolvidas no curso de graduação, uma vez que este é responsável pela formação de futuros profissionais para o mercado de trabalho.

3.1.7 Satisfação profissional

Em dois momentos da entrevista os fisioterapeutas foram solicitados a dar informações sobre sua satisfação com o exercício profissional. No primeiro deles, perguntou-se “se estavam satisfeitos com sua atividade atual”, tendo como opções de resposta SIM e NÃO. A TAB. 9 mostra que os egressos estão satisfeitos com suas atividades profissionais 85,9%, e que estas estão vinculadas à fisioterapia. No segundo, perguntou-se “se vale a pena ser fisioterapeuta”, com as opções de resposta SIM, MAIS OU MENOS e NÃO. A TAB. 13 a seguir, indica que 66.3% dos egressos avaliam que vale a pena ser fisioterapeuta. No entanto, observa-se que apenas 53% dos egressos do Estrato 3 fazem a mesma avaliação, os demais já avaliam que não vale a pena 14,7% e 32,3% que vale mais ou menos a pena. Essa tendência neste último estrato, provavelmente, deve-se às mudanças no mercado de trabalho e ao aumento do número de profissionais no mercado. Por um lado, hoje, a atuação no setor privado da área da saúde está sujeita as grandes empresas de planos de saúde e disputas por de mercado entre médicos e outros profissionais da saúde. Por outro, no setor público da área da saúde, ainda não foram criados cargos, em números suficientes e adequados para o profissional fisioterapeuta.

TABELA 13
Vale a pena ser fisioterapeuta?

ESTRATO	VALE A PENA SER FISIOTERAPEUTA			TOTAL
	Não	Mais ou menos	Sim	
1	3,7	25,9	70,4	100
2	0	22,6	77,4	100
3	14,7	32,3	53	100
TOTAL	6,5	27,2	66,3	100

A remuneração parece produzir efeitos sobre o grau de satisfação com a atividade exercida. Todos os profissionais que estão trabalhando na Rede SARAH e os que trabalham em instituições de ensino superior estão satisfeitos e consideram que vale a pena ser fisioterapeuta, provavelmente, em decorrência das condições de trabalho estáveis e da boa remuneração mensal. Entre os 6,5% insatisfeitos, 50% têm renda média até R\$ 1.000,00, 17% registram renda de até R\$ 2.000,00 e os 33% restantes declararam renda média de R\$4.000,00. Para estes últimos, é possível que a insatisfação seja afetada por outros fatores além da remuneração.

Como pode ser observado, mesmo que 13,2% não estejam satisfeitos com a atividade profissional, somente 6,5% avaliam que não vale a pena ser fisioterapeuta. Esses dados indicam que ainda é alta a satisfação com a profissão e que as dificuldades no exercício profissional não diminuem o nível de satisfação com a profissão.

3.2 Concluindo o estudo

Este estudo forneceu elementos para a análise do processo de formação profissional do egresso da UFMG e sua inserção no mercado de trabalho. Algumas das questões identificadas trazem um campo fértil para análises futuras.

3.2.1 Contribuindo no processo da profissionalização da fisioterapia

Uma profissão é resultante de eventos internos e externos ocorridos no campo. Durante vinte anos, a formação do fisioterapeuta em Minas Gerais esteve limitada a dois cursos. O curso de graduação Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais ofertado a partir de 1968, com base em uma estrutura médica, voltado principalmente para a clínica e para a formação profissionais para atender as demandas do mercado. O curso de graduação da UFMG também foi criado para atender à necessidade de mão-de-obra especializada em reabilitação, mas nasceu em uma universidade, na Escola de Educação Física (próximo aos profissionais que têm o movimento humano como forma de expressão, esporte e lazer), fora do controle da classe médica. Dessa forma, vem formando profissionais com perfil diferente dos demais do Estado de Minas Gerais. A distância administrativa e física de outros cursos da área da saúde,⁴⁶ evitou que os conflitos entre a fisioterapia e a medicina no campo profissional, na década de 1980, afetassem o desenvolvimento do curso da UFMG. Assim, o fato de o curso ter sido proposto pela Escola de Educação Física facilitou o crescimento do Departamento de Fisioterapia dentro da Universidade. Mesmo enfrentando dificuldades com relação à infra-estrutura, à biblioteca e aos equipamentos, o curso pode crescer, uma vez que seus docentes encontraram espaço para desenvolver projetos e propostas. O curso de Fisioterapia vem ampliando suas atividades e investindo maciçamente na qualificação de seu corpo docente, o que vem resultando num crescimento significativo do Departamento de Fisioterapia da UFMG. Aos poucos, os fisioterapeutas, contratados como docentes, transformaram um curso criado sem espaço físico e administrativo⁴⁷ adequados em um curso consolidado, funcionando em um espaço próprio e adequado.

O Departamento de Fisioterapia, hoje, apresenta uma produção acadêmica acima da média da UFMG e é responsável pela oferta dos cursos de graduação, mestrado e doutorado. O conhecimento produzido pelo Departamento de Fisioterapia da UFMG foi um elemento definidor da profissão em Minas Gerais e no Brasil. Esse conhecimento aplicado nos cursos de graduação e pós-graduação certamente introduziu tecnologia no mercado de trabalho e

⁴⁶ O curso funcionava no *campus* da Pampulha, enquanto os de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Psicologia estavam na região central de Belo Horizonte.

⁴⁷ Na época da criação do curso, não havia o Departamento de Fisioterapia. Os docentes eram vinculados ao Departamento de Educação Física, que na época era responsável pela oferta das disciplinas específicas do curso. Depois, foi criado o Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e, finalmente, o Departamento de Fisioterapia.

conquistou autoridade científica profissional na área. Dessa forma, o curso não só alcançou seu objetivo inicial, como teve importante participação na construção da identidade da profissão em Minas Gerais. Impactou na representação interna e externa ao grupo, ampliando e delimitando fronteiras do campo de atuação.

O curso da UFMG investiu na produção de conhecimento e, conseqüentemente, na conquista da autoridade científica da profissão. A competição para o ingresso no curso e a conquista da sua autoridade científica traduzem o reconhecimento acadêmico e o prestígio alcançados perante a clientela e a sociedade, aproximando a profissão da proteção do Estado e facilitando, dessa forma, a conquista da jurisdição exclusiva. Abott (1991) afirma que é o nível abstrato do conhecimento profissional que diferencia a competição interprofissional da competição entre as ocupações em geral.

Sabe-se que a estrutura profissional de uma sociedade é extremamente dinâmica e neste estudo foram identificados alguns sinais que indicam um deslocamento ascendente da fisioterapia. Nasceu como uma profissão assalariada, com predomínio do gênero feminino, subordinada à autoridade médica masculina e sem uma definição clara de campo de atuação. Hoje, apresenta alguns aspectos semelhantes aos de outras profissões que se caracterizam pelo exercício autônomo, como a medicina, a odontologia e o direito, deixando também de ser uma profissão predominantemente feminina. Fortaleceu-se, definindo sua área de atuação, abrindo novas áreas funcionais na divisão do trabalho profissional e consolidando seu controle interno e externo.

Pode-se dizer que hoje o Departamento de Fisioterapia tem importância significativa para a profissão de fisioterapeuta em Minas Gerais e no Brasil, uma vez que se volta para a formação acadêmica do profissional, desde a graduação até o doutorado. Os profissionais formados por esse curso têm contribuído para inovações do campo do trabalho, introduzindo novas tecnologias e novas formas de atuação. A atuação na atenção primária, desenvolvida pelos docentes há mais de dez anos como atividade curricular obrigatória e na prevenção de lesões do esporte, são alguns exemplos que podem ser citados.

Segundo Freidson (1986), o cerne de uma profissão depende de escolarização universitária para se distinguir como possuidora de conhecimento e habilidades particulares. A educação tem, assim, duas funções: a educação profissional e a difusão do saber profissional. São essas duas frentes de atuação, que estão mais objetivamente, embora não exclusivamente, nas mãos dos intelectuais da área, que vão traçar o perfil de uma profissão.

Nos últimos anos, notícias nos jornais poderiam ser lidas como evidência de disputas em torno do lugar social dos grupos profissionais. Esses indícios aparecem quando advogados discutem as formas e os limites da sua atuação na defesa de criminosos, quando o projeto que define o campo médico gera enfrentamentos com outras categorias de trabalhadores da área da saúde⁴⁸ (BARBOSA, 2003). O aumento do número de profissionais e o novo contexto no mundo do trabalho exigiram um amadurecimento das corporações profissionais, e na fisioterapia esse amadurecimento pode ser evidenciado nas ações implementadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO),⁴⁹ na organização da Associação Brasileira de Ensino da Fisioterapia (ABENFISIO), na reativação da Associação Mineira de Fisioterapeutas (AMF)⁵⁰ e do Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais de Minas Gerais SINFITO/MG, bem como na organização da Associação Mineira de empresas de Fisioterapia (AMEFISIO).

Sabe-se que os profissionais se estabelecem e sustentam seus lugares no mercado de trabalho diferenciando-se em praticantes (clínicos), administradores e intelectuais. Atualmente, já se faz evidente essa divisão entre os fisioterapeutas. É interessante observar que neste estudo identificou-se que os egressos da UFMG, em Minas Gerais, tendem a se estabelecer como intelectuais e administradores da profissão. Mesmo não se tendo investido diretamente no desenvolvimento das associações profissionais e mesmo tendo os egressos avaliado a formação ética e política como insuficiente no curso, constatou-se que muitas das entidades civis atuantes no Estado de Minas Gerais, como a AMF, a AMEFISIO, a SOBRAFIR e a SINFITO-MG, estão sendo coordenadas por egressos do curso. O envolvimento dos profissionais, com associações ou outros órgãos de representação, deve ser valorizado e estimulado pelos docentes, para que a profissão alcance melhor *status* social. Ao lado disso, é importante considerar que a capacidade de cooperação entre colegas é fundamental nos aspectos constitutivos de uma profissão.

A profissionalização da fisioterapia depende das atitudes e do comportamento profissional dos fisioterapeutas, bem como do grau de aceitação dessas atitudes e comportamento pelo público. É importante que educadores de fisioterapia e administradores estejam atentos aos elementos que contribuem na profissionalização e que apoiem as

⁴⁸ ATO MÉDICO: Projeto de Lei nº 025/02 em tramitação no Congresso Nacional que subordina o exercício profissional de todos os profissionais da área da saúde ao profissional médico, restringindo drasticamente a autonomia dos profissionais da saúde não médicos.

⁴⁹ Realização de fóruns nacionais e regionais de discussão de políticas para a profissão.

⁵⁰ A AMF ficou vários anos desativada por falta de profissionais interessados e foi reativada em 2000 por fisioterapeutas egressos da UFMG.

mudanças necessárias para expandir a atuação dos profissionais e a diferenciação dos papéis desempenhados por outros profissionais da área da saúde.

A afinidade da ideologia profissional com a ideologia dominante é um dos elementos, indicados por Larson (1977), que podem favorecer no sentido de conquista e manutenção de monopólio de competência profissional. Nesse sentido, o conceito ampliado de saúde, defendidos pelos órgãos públicos e que desloca as ações dos profissionais da saúde da doença para as condições de saúde e bem-estar da população, favorece a valorização da fisioterapia. Com ações específicas não sobre a doença, mas para o bem-estar físico do indivíduo e sua inclusão social, a fisioterapia vai se tornando uma profissão em ascensão no sistema de saúde. A fisioterapia é uma das poucas, senão a única, entre as profissões da área de saúde que hoje tem conhecimento e tecnologia para atuar em todos os níveis de atenção à saúde e atender, conseqüentemente, às demandas de saúde da população com eficiência. Essa é uma questão que merece ser aprofundada em estudos futuros.

3.2.2 O curso de graduação e o fisioterapeuta formado na UFMG

Mesmo tendo forte impacto no processo de profissionalização da fisioterapia, a qualificação do perfil docente do Departamento de Fisioterapia da UFMG não se apresentou como elemento significativo na avaliação dos egressos do curso de graduação. O curso permanece estruturado no modelo da racionalidade técnica,⁵¹ uma vez que se estrutura em dois blocos, ou seja, disciplinas de fundamentação, seguidas de um conjunto de disciplinas profissionalizantes, com atividades práticas nos períodos finais do curso. Apesar dos limites desse modelo,⁵² o curso conquistou autoridade técnica e científica, principalmente na década de 1990, assumindo uma formação predominantemente crítica quanto ao emprego de técnicas.

O curso foi bem avaliado pelos seus egressos. É interessante observar que não houve diferença significativa de respostas entre os estratos na avaliação do curso, indicando que o Curso de Graduação em Fisioterapia da UFMG apresenta algumas características que se

⁵¹ Segundo o modelo da racionalidade técnica, a atividade profissional consiste na aplicação de conhecimentos e de técnicas derivadas do conhecimento científico (SHÖN, 2000).

⁵² Segundo Shön (2000), os problemas da prática profissional não se enquadram no modelo da racionalidade técnica, por se constituírem em situações singulares, incertas e com conflito de valores, tendo, assim, de ser estruturadas a partir da experiência do profissional, de seus conhecimentos e de seu quadro de referências éticas.

mantiveram constantes, na percepção dos egressos, independentemente do período avaliado. Segundo a percepção dos egressos, o curso apresenta bom currículo, boa relação professor-aluno, mas é ruim no que se refere à relação entre a escola e o mercado de trabalho. Esses dados caracterizam um curso mais teórico, com pouca vivência prática. As melhorias na infraestrutura do curso indicam que o investimento da PROGRAD e da Reitoria produziram mudanças na avaliação da infra-estrutura do curso pelos egressos. A transferência do curso para a sede definitiva, a reforma e a ampliação da biblioteca da EEEFTO, bem como a aquisição de novos equipamentos para os laboratórios da graduação certamente modificarão em médio prazo a avaliação desses itens pelos futuros egressos.

Grande parte das transformações formais ou oficiais que ocorreram no curso, desde a sua criação, não parece ter causado o impacto previsto, uma vez que tais reformas não têm o poder de alterar por si só a prática dos docentes. A representação social da UFMG, como boa universidade, talvez leve os alunos, de forma comparativa, a avaliar bem o currículo do curso, mesmo que este não mais atenda à formação do perfil profissional do fisioterapeuta, prevista nas diretrizes curriculares e demandada pelo mercado de trabalho.

A concentração da vivência profissional somente no final do curso, o pouco contato dos alunos com o mercado de trabalho e o perfil de um corpo docente qualificado, mas distante do mercado de trabalho resultam em certo distanciamento da escola com a realidade da prática profissional cotidiana. Cursos de formação de profissionais da saúde, como fisioterapia, medicina, odontologia, enfermagem, dentre outros, talvez necessitem de um percentual docente que esteja integrado ao mercado de trabalho, com boa experiência clínica. Esses docentes têm melhores condições de contextualizar o aprendizado teórico ao mercado de trabalho, o que constitui um fator de aproximação ensino/serviço (mercado). Ao lado disso, a formação técnica do núcleo específico precisa ser mais estruturada, estabelecendo melhor conexão entre teoria e prática e dessas com a realidade do mercado de trabalho.

A avaliação do corpo docente apresenta alta porcentagem no que diz respeito à competência e relação com os alunos. No entanto, a porcentagem decresce no que se refere a “dedicação e interesse”. Esse resultado mostra que os alunos fazem distinção entre a relação professor-aluno e dedicação-interesse. A avaliação do corpo docente é um indicativo da

eficiência do processo de seleção e admissão dos docentes, ao mesmo tempo em que indica a necessidade de um pouco mais de envolvimento dos docentes com o curso de graduação.⁵³

Segundo os dados coletados, o curso contribui pouco para o desenvolvimento da iniciativa, da criatividade, da capacidade de liderança e da capacidade de tomar decisões, reconhecidas como importantes para a obtenção de emprego e para um bom exercício profissional, mas, ao mesmo tempo, desenvolve a disciplina, a capacidade de se adaptar às mudanças, a capacidade de trabalhar em equipe e o comportamento ético.

É um curso de práticas pedagógicas tradicionais, no qual o aluno é conduzido sem um espaço mais amplo de inserção na realidade da prática profissional. Esse é um aspecto que deverá ser reavaliado pela Coordenação atual do curso, pois, de acordo com as diretrizes curriculares, as habilidades acima avaliadas como pouco desenvolvidas no curso de graduação deverão ser estimuladas e fazem parte do perfil esperado dos egressos dos cursos de graduação, principalmente da área da saúde. A adoção de metodologias ativas e a inclusão do aluno mais cedo em atividades do campo profissional talvez possam facilitar o desenvolvimento dessas habilidades nos profissionais em formação.

No estudo identificou-se que a maioria dos profissionais formados na UFMG é do sexo feminino, com idade média de 34 anos, tendo cursado a pós-graduação em níveis de especialização e/ou mestrado, trabalhando grande parte em instituições de ensino superior e em funções de gestão no serviço público e no setor privado. Os demais egressos do curso trabalham em hospitais, clínicas, academias e domicílios, atuando principalmente na reabilitação. As ações na atenção primária estão concentradas nas atividades do que exercem a docência, fortalecendo a importância das universidades e faculdades no treinamento para a atuação profissional.

O egresso do Curso de Graduação em Fisioterapia da UFMG está inserido no mercado de trabalho, satisfeito com sua atividade profissional e reconhece que introduz novas técnicas e formas de atuação nesse mercado. Praticamente todos estão trabalhando em atividades relacionadas com a fisioterapia, acham que vale a pena ser fisioterapeuta e acusam um salário médio de R\$ 3.600,00. Os dados sugerem que as possibilidades de trabalho para os graduados em Fisioterapia pela UFMG são bastante elevadas.

⁵³ Os critérios de avaliação da pós-graduação, dentre outros fatores, têm contribuído para uma concentração dos esforços dos docentes nas atividades de pesquisa, o que acaba prejudicando as atividades de ensino, sobretudo na graduação.

Neste estudo, identificou-se que os profissionais formados na década de 1990 apresentam características que merecem ser analisadas com maior profundidade em estudos posteriores. Essa década foi um período de grandes transformações mundiais. O processo de reestruturação produtiva, as novas tecnologias e os novos mercados aceleram a realização do valor, possibilitando a reprodução ampliada do capital. As redes de agregação de valor inspiraram uma concepção de sociedade como rede de indivíduos (conectados, mas abandonados à própria sorte, aos próprios resultados de cada um de seus jogos individuais, relegados à sua diferença) e chegaram até a educação como redes curriculares e de ensino – estas também sem começo e sem fim, como se o aluno fosse um cliente a escolher o seu produto final (FREITAS, 2004). A característica mais marcante da educação como meta prioritária da *proposta* do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) –1995 a 2002 – foi o destaque para o papel econômico da educação, como "base do novo estilo de desenvolvimento", cujo dinamismo e sustentação provêm de fora dela mesma – do progresso científico e tecnológico. Essa indução atuaria no sistema educacional pelo topo, isto é, pela universidade, entendendo-se que a competência científica e tecnológica é fundamental para garantir a qualidade do ensino básico, secundário e técnico, assim como aumentar a qualificação geral da população. Para se conseguir isso, essa *proposta* afirmava a necessidade de se estabelecer uma "verdadeira parceria" entre setor privado e governo, entre universidade e indústria, tanto na gestão quanto no financiamento do sistema brasileiro de desenvolvimento científico e tecnológico. Foi muito rápido o crescimento das universidades privadas no primeiro ano do governo FHC, com a oferta de cursos de graduação e especialização. Mas o dinamismo do setor privado expressou-se, igualmente, em outras áreas com a crescente expansão dos planos de saúde e a ampliação da rede hospitalar privada.

Os profissionais formados na década de 1990 foram os que apresentaram maiores faixas salariais, melhores ocupações no mercado de trabalho e tempo mais curto de ingresso na pós-graduação. Nessa época, o curso de graduação da UFMG foi ofertado em condições precárias de infra-estrutura, por docentes especialistas recém-contratados, que até então atuavam na clínica, dado o investimento maciço do Departamento de Fisioterapia na capacitação docente, o que levou grande parte dos professores a se afastarem da universidade para a realização de pós-graduação. Esse grupo entrou no mercado de trabalho concorrendo apenas com os profissionais formados na FCMMG, em um momento em que havia grande demanda do profissional fisioterapeuta em virtude do aumento da expectativa de vida da

população e, conseqüente, preocupação com a qualidade de vida da faixa etária acima dos 60 anos; do movimento pela inclusão social dos portadores de necessidades especiais e da abertura de novos cursos de graduação no País. Como foi mencionado, esse foi um período de mudanças profundas no cenário socioeconômico do País e nas políticas da área da saúde.

4 CONCLUSÃO

Finalizando este trabalho é possível concluir que, com base nos dados, constata-se que o Curso de Graduação em Fisioterapia da UFMG está bem consolidado, o que é evidenciado pela qualificação dos docentes que nele lecionam; pela melhoria de sua infraestrutura; pelo processo de inserção de seus egressos no mercado de trabalho e pela avaliação bastante positiva que fazem do curso, dentre outros aspectos. No entanto, a estrutura atual do curso está sendo desafiada pelas novas propostas no campo da saúde, que exigem reformas nos cursos de graduação nessa área. Essas novas propostas valorizam a integração de práticas profissionais e considera o ser humano como uma totalidade que sofre influências do ambiente em que vive e que necessita de cuidados para manter sua saúde. Nesse contexto, o curso de Fisioterapia alcançará novo patamar de desenvolvimento, à medida que conseguir superar a organização curricular, criando espaços interdisciplinares; quando for capaz de iniciar os estudantes, desde o começo ou princípio do curso, em atividades práticas presentes no campo profissional; no momento em que o curso introduzir novas formas de ensino e de avaliação que considerem o estudante sujeito ativo no processo de aprendizagem. Tais medidas poderão levar à formação de um fisioterapeuta mais autônomo e criativo, mais competente para enfrentar as rotineiras e as complexas situações da vida profissional.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, A. The future of professions: occupation and expertise in the age of organization. *Research in the Sociology of Organizations*, 8, 17-42.1991.

ALMEIDA, A. L. J. *Análise da prática profissional de Fisioterapia: implicações para um enfoque educativo no atendimento ao cliente*. 1996. 99 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1996.

ALMEIDA, M. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: Ed. UEL, Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

APPLE, M.W. Currículo e poder. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 46-57, jul./dez. 1989.

BABBIE, E. *Métodos de pesquisas de survey*. Tradução de Guilherme Cezarino. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. 519 p. Título original: *Survey research methods*.

BARBOSA, M. L. O. As profissões no Brasil e sua sociologia. *Dados*. [on line]. 2003 v. 46, n. 3 p. 593-607. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582003000300007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0011-5258. ACESSO EM; 24 jan. 2005.

BARROS, F. B. M. *A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia*. 2002. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BARROS, F. B. M. Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história. *Revista FisisioBrasil*, Vitória, n. 59, p. 20-31, maio/jun. 2003.

BELL, D. *O advento da sociedade pós-industrial*. São Paulo: Cultrix, 1977.

BONELLI MG. Estudos sobre profissão no Brasil. In: MICELI, S (Org.). *O que ler na ciência social brasileira*. São Paulo: Sumaré/ANPOCS; 1999. v. 2, p. 287-30.

BONELLI, M. G.; DONATONI, S. Os estudos sobre as profissões nas ciências sociais brasileiras. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*. n. 41, p. 109-142, 1996.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

BRASIL. Decreto-Lei n. 69.687, de 3 de dezembro de 1971. *Diário Oficial*, Brasília, DF, 1971.

BRASIL. *Decreto-Lei n. 938, de 13 de outubro de 1969*. Reconhece o Fisioterapeuta e os cursos superiores de Fisioterapia, reservando aos graduados nestes cursos o direito exclusivo da profissão.

BRASIL. Lei n. 6.316, de 17 de dezembro de 1976. Cria o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e os Conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITOs).

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. *Parecer n. 388/63*. Estabelece que os cursos técnicos de Fisioterapia devem ter a duração de três anos e que os profissionais formados por ele serão denominados Técnicos em Fisioterapia.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. *Parecer n. 662/82*. Estabelece mudanças nos conteúdos do curso de graduação, e uma carga horária mínima de 3240 horas/aula em quatro anos, substituindo o currículo estabelecido pelo Parecer 388/63 homologado através da Portaria 511/64 do MEC.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. *Portaria Ministerial de nº511/64*. Estabelece um currículo mínimo para o curso técnico de Fisioterapia e determina uma carga horária mínima de 2.160 horas.

CALDAS, M.A.J. *O processo de profissionalização do fisioterapeuta: o olhar em Juiz de Fora*. 2006. 118 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16, p.161-77, set. 2004/fev.2005.

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

COELHO, E.C. *As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

COLEMAN, J. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, v. 94, 1988.

CUNHA, L. A. O ensino superior no octênio FHC. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 24, n. 82, abr. 2003.

DEVEZA, M. *Saúde para todos: médicos para o ano 2000?* 1983. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 1983.

DINIZ, M. *Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais*. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

DONNANGELO, M. C. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

ELLIOTT, P. *Sociología de las profesiones*. Madrid: Tecnos, 1975.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. *Caderno CE*, v.2, n. 4, p. 11-23, 2001.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M. *et al. A educação dos profissionais da saúde na América latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; Londrina-Buenos Aires: Editora da UEL e Lugar Editorial, 1999.

FREIDSON, E. *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona, 1978.

FREIDSON, E. *Medical work in America*. New Haven: Yale University Press, 1989.

FREIDSON, E. Para uma Análise Comparada das Profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, ano 11, n. 31, jun. 1996.

FREIDSON, E. *Profession of medicine*. New York: Harper and Row Publishers, 1970.

FREIDSON, E. *Professional power: a study of the institutionalization of the formal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 1986.

FREIRE, P. *Educação como prática e liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

FREITAS, L. C. A avaliação e as reformas dos anos de 1990: novas formas de exclusão, velhas formas de subordinação. *Educ. Soc.* Campinas, v. 25, n. 86, abr. 2004.

GAVA, M. V. *Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo (UMESC), 2004.

GONÇALVES, D. C. O. Currículo em ação: buscando a compreensão do cotidiano da escola básica. *Revista Pro-Posições*, v. 5, n. 3, p.15, nov. 1994.

GOODSON, I. Tornando-se uma matéria acadêmica: padrões de explicação e evolução. *Teoria e Educação*, n. 2, 1990.

GOUVEIA, A. J. Origem social, escolaridade e ocupação. *Cadernos de Pesquisa*, n. 32, p. 3-30, 1980.

GREENWOOD, E. Attributes of a profession. In: HOWARD, M. V.; DONALD, M. (Org). *Professionalization*. New Jersey: Prentice Hall, 1966.

ISRAEL, V.L. *Caracterização da atuação profissional de um grupo de fisioterapeutas da cidade de Curitiba*. 1993. 106 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1993.

KAWAMURA, L. K. *Engenheiro: trabalho e ideologia*. São Paulo: Ática, 1981.

LAMPERT, J. B. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan./abr. 2001.

LARSON, M. S. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Califórnia: University of California Press, 1977.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: : MACHADO, M.H. (org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 13-33, 1995.

MARQUES, A. P.; SANCHES, E. L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. *Revista Fisioterapia da Universidade de São Paulo*. São Paulo, v. 1, p. 5-10. 1994.

MOORE, W. *The professions: roles and rules*. New York: Russel Sage Foundation, 1970.

NASCIMENTO, M.C. *A profissão de fisioterapia em Minas Gerais: uma história oral de suas raízes*. 2004. 91f. Dissertação (Curso de Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

NORONEM, L.; WIDSTROM, G. C. Professional theoretical paper: towards a paradigm-oriented approach in physical therapy. *Physical Therapy Theory and Practice*, v. 15, p. 175-184, 1999.

NOVAES JUNIOR, R. R. Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil e de suas entidades representativas. Disponível em: www.aliniploszaj.hpg.ig.com.br Acesso em: 19/1/2003.

PASTORE, J. *Desigualdade e mobilidade social no Brasil*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1979.

PEIXOTO, M. C. L.; BRAGA, M. M.; FIGUEIREDO, A. M. G. Perfil de egressos do curso de engenharia civil da UFMG. *Revista de Ensino de Engenharia – ABENGE*, Brasília, v. 21, n. 2, p. 27-33, 2002.

PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, T. M. C. La formación médica según una pedagogía de resistência. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n.16, p. 69-79, set. 2004/fev. 2005.

PEREIRA-NETO, André Faria. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 600-615, out./dez. 1995.

PEREIRA-NETO, André Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PEREIRA-NETO, André Faria. Tornar-se cientista: o ponto de vista de Bruno Latour. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.13, p.109-118, jan./mar.1997.

PERRENOUD, P. Sucesso na escola: só o currículo, nada mais que o currículo! Tradução: Neide Luzia de Rezende. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 119, 2003.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. São Paulo: Manole, 1987.

RODRIGUES, R. D. *A crise da medicina: prática e saber: alguns aspectos*. 1979. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C.; FONSECA, S. T. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na Fisioterapia e na Terapia Ocupacional. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 6, n. 3, p. 113-118, 2002.

SANTOS, L. L. P. História das disciplinas escolares: perspectivas de análise. *Teoria e Educação*, n. 2, 1990.

SANTOS, L. L. P.; PARAISO, M. A. Currículo. *Presença Pedagógica*, v. 2, n. 7, jan./fev. p. 82-84, 1996.

SCHÖN, D. A. *Educando o profissional reflexivo: um design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre/RS: Artmed, 2000.

SILVA, J. R. G. Os cursos brasileiros notáveis de fisioterapia em 2003. *Jornal Primeira Hora*, São Carlos/SP, Ano XV, n. 2.890, p. A2, 1º out. 2003.

SILVA, T. T. *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. 2. ed. 7ª reimp., Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

STARR, P. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos da América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.

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

TEIXEIRA, C. F. *O futuro da prevenção*. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2001.

TOMBINI, F. F. *Fisioterapia: considerações sobre uma ciência em construção*. 2000. 141 f. Dissertação (Mestrado em Educação nas Ciências) – UNIJUÍ, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2000.

TOREN, N. Desprofessionalization and its sources. *Sociology of Work and Occupations*, v. 2, n. 4, p.323-337, nov. 1975.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1992.

UFMG. Disponível em: http://www.ufmg.br/conheca/nu_index.shtml. Acesso: 15 jun. 2006.

WILENSKY, H.L. The professionalization of everyone? *In*: GRUSKY, Oscar; MILLER, George (Org.). *The sociology of organizations: basics studies*. New York: The Free Press, 1970.

ANEXOS**Anexo 1****DECRETO LEI Nº 938, DE 13 DE OUTUBRO DE 1969***

Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências

Os Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar, usando das atribuições que lhes confere o artigo 1º do Ato Institucional nº 12, de 31 de agosto de 1969, combinado com o parágrafo 1º do artigo 2º do Ato Institucional nº. 5, de 13 de dezembro de 1968, decretam:

Art. 1º É assegurado o exercício das profissões de Fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente.

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

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

Art. 4º É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente.

Art. 5º Os profissionais de que tratam os artigos 3º e 4º poderão, ainda, no campo de atividades específicas de cada um:

I – dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;

II – exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;

III – supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

* *DOU* n.197, de 14 de outubro de 1969. Retificado em 16 de outubro de 1969, Seção I, p. 3.658.

Art. 6º Os profissionais de que trata o presente Decreto-lei, diplomados por escolas estrangeiras devidamente reconhecidas no país de origem, poderão revalidar seus diplomas.

Art. 7º Os diplomas conferidos pelas escolas ou cursos a que se refere o artigo 2º deverão ser registrados no órgão competente do Ministério da Educação e Cultura.

Art. 8º Os portadores de diplomas expedidos até a data da publicação do presente Decreto-Lei, por escolas ou cursos reconhecidos, terão seus direitos assegurados, desde que requeiram, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, o respectivo registro, observando-se quando for o caso, o disposto no art. 6º.

Art. 9º É assegurado, a qualquer entidade pública ou privada que mantenha cursos de fisioterapia ou terapia ocupacional, o direito de requerer seu reconhecimento, dentro do prazo de 120 (cento e vinte) dias, a partir da data da publicação do presente Decreto-lei.

Art. 10. Todos aqueles que, até a data da publicação do presente Decreto-lei, exerçam sem habilitação profissional, em serviço público, atividades de que cogita o artigo 1º serão mantidos nos níveis funcionais que ocupam e poderão ter as denominações de auxiliar-de-fisioterapia e auxiliar de terapia ocupacional, se obtiverem certificado em exame de suficiência.

§ 1º O disposto no artigo é extensivo, no que couber, aos que, em idênticas condições e sob qualquer vínculo empregatício, exerçam suas atividades em hospitais e clínicas particulares.

§ 2º A Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e cultura promoverá a realização, junto às instituições universitárias competentes, dos exames de suficiência a que se refere este artigo.

Art. 11. Ao órgão competente do Ministério da Saúde caberá fiscalizar, em todo o território nacional, diretamente ou através das repartições sanitárias congêneres dos Estados, Distrito Federal e Territórios, o exercício das profissões de que trata o presente Decreto-lei.

Art. 12. O Grupo da Confederação Nacional das Profissões Liberais, constante do Quadro de Atividades e Profissões, anexo à Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-lei no. 5.452, de 1 de maio de 1943, é acrescido das categorias profissionais de Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e auxiliar de terapia ocupacional.

Art. 13. O presente Decreto-Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 13 de outubro de 1969; 148°. da Independência e 81°. da República.

Augusto Homann Rademaker Grünewald

Aurélio de Lyra Tavares

Márcio de Souza e Mello

Tarso Dutra

Leonel Miranda

Anexo 2
CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002*

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.210/2001, de 12 de setembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 7 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Fisioterapia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Fisioterapeutas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Fisioterapia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

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.

Art. 4º A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

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

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

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

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

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

VI – Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre

os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

II – atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

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

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

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

VI – realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;

VII – elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do Fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;

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

IX – desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultorias e auditorias no âmbito de sua competência profissional;

X – emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

XI – prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;

XII – manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;

XIII – encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;

XIV – manter controle sobre a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança;

XV – conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

XVI – conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fisioterapia;

XVII – seus diferentes modelos de intervenção.

Parágrafo único. A formação do Fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia. Os conteúdos devem contemplar:

I – Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos;

II – Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos às políticas de saúde, educação, trabalho e administração;

III – Conhecimentos Biotecnológicos – abrange conhecimentos que favorecem o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes a pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica; e

IV – Conhecimentos Fisioterapêuticos – compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, a ética e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção. Conhecimentos da função e disfunção do movimento humano, estudo da cinesiologia, da cinesiopatologia e da cinesioterapia, inseridas numa abordagem sistêmica. Os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção. Conhecimentos da intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos em todas as etapas do desenvolvimento humano.

Art. 7º A formação do Fisioterapeuta deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Fisioterapia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Parágrafo único. A carga horária do estágio curricular supervisionado deverá assegurar a prática de intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde etc.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Fisioterapia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Fisioterapia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá assegurar que:

I – as atividades práticas específicas da Fisioterapia deverão ser desenvolvidas gradualmente desde o início do Curso de Graduação em Fisioterapia, devendo possuir complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida (atividades clínico-terapêuticas);

II – estas atividades práticas, que antecedem ao estágio curricular, deverão ser realizadas na IES ou em instituições conveniadas e sob a responsabilidade de docente Fisioterapeuta; e

III – as Instituições de Ensino Superior possam flexibilizar e otimizar as suas propostas curriculares para enriquecê-las e complementá-las, a fim de permitir ao profissional a manipulação da tecnologia, o acesso a novas informações, considerando os valores, os direitos e a realidade socioeconômica. Os conteúdos curriculares poderão ser diversificados, mas deverá ser assegurado o conhecimento equilibrado de diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos para assegurar a formação generalista.

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Fisioterapia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Fisioterapia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO

Presidente da Câmara de Educação Superior

Anexo 3

1ª VERSÃO GRADE CURRICULAR DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UFMG

Períodos	Referência	DISCIPLINAS	Carga Horária				Créditos	Pré-requisitos
			T	P	GD	TOT.		
1º Período	1.1	Bioquímica Celular	36	28	28	92	5	—
	1.2	Citologia e Histologia Geral	25	46	16	87	3	—
	1.3	Biofísica	16	04	10	30	1	—
	1.4	Anatomia Aplicada à Fisioterapia e à Terapia Ocupacional	60	30	—	90	5	—
	2.12	Educação Física A	—	30	—	30	1	—
		TOTAL	137	138	54	329	15	—
2º Período	1.5	Neuroanatomia Apl. à Fisioterapia e à Terapia Ocupacional	15	30	—	45	2	1.4
	1.6	Histologia Especial Básica	15	45	—	60	2	1.2
	1.7	Fisiologia Aplicada à Fisioterapia e à Terapia Ocupacional	60	30	—	90	5	1.1 - 1.2 e 1.4
	2.1	Higiene Aplicada à Fisioterapia e à Terapia Ocupacional	30	15	—	45	2	—
	2.2	Ética e História da Reabilitação	30	—	—	30	2	—
	2.3	Administração Aplicada	30	—	—	30	2	—
	2.13	Educação Física B	—	30	—	30	1	—
		TOTAL	180	150	—	330	16	—
3º Período	1.8	Patologia Geral I	22	20	20	62	3	1.4 e 1.6
	2.4	Cinesiologia Aplicada à Fisioterapia e à Terapia Ocupacional	45	45	—	90	4	1.3 e 1.7
	2.5	Fisiologia do Exercício	30	15	—	45	3	1.1 e 1.4
	2.6	Fisioterapia Geral I	60	60	—	120	6	2.2 e 2.3
	3.1	Elementos de Enfermagem em «Ur- gências»	—	30	—	30	1	1.7
		TOTAL	157	170	20	347	17	—

Períodos	Referência	DISCIPLINAS	Carga Horária				Créditos	Pré-Requisitos
			T	P	GD	TOT.		
4º Período	2.7	Fisioterapia Geral II	60	60	—	120	6	2.1 - 2.4 e 2.6
	4.1	Psicologia I Aplicada à Fisioterapia e à Terapia Ocupacional	60	—	—	60	4	1.5
	5.1	Fundamentos de Ortopedia e Traumatologia	30	30	—	60	3	1.8
	5.2	Fundamentos de Reumatologia	30	—	—	30	2	1.8
	5.3	Fundamentos de Cardiologia	30	—	—	30	2	1.8 e 2.5
	5.4	Fundamentos de Pneumologia	30	—	—	30	2	1.8
		TOTAL	240	90	—	330	19	—
5º Período	2.8	Fisioterapia Aplicada I	60	60	—	120	6	2.7 - 5.1 - 5.2 - 5.3 e 5.4
	4.2	Psicologia II Apl. à Fisioterapia e à Terapia Ocupacional	60	—	—	60	4	4.1
	5.5	Fundamentos de Neurologia	30	30	—	60	3	1.5 e 1.8
	5.6	Fundamentos de Psiquiatria	30	30	—	60	3	4.1
	5.7	Fundamentos de Pediatria	30	—	—	30	2	1.8
	2.14	Est. de Problemas Brasileiros A	15	—	—	15	1	—
		TOTAL	225	120	—	345	19	—
* 6º Período	2.9	Fisioterapia Aplicada II	60	60	—	120	6	2.8 - 5.5 - 5.6 e 5.7
	3.2	Enfermagem Apl. à Fisioterapia e à Terapia Ocupacional	30	30	—	60	3	1.7
	5.8	Fundamentos de Geriatria	30	—	—	30	2	1.8
	5.9	Fundamentos de Endocrinologia	30	—	—	30	2	1.8
	5.10	Fundamentos de Obstetrícia	30	15	—	45	2	1.7
	5.11	Fundamentos de Oftalmologia	30	—	—	30	2	1.8
	5.12	Fundamentos de Otorrinolaringologia	30	—	—	30	2	1.8
	5.13	Fundamentos de Foniatria	30	15	—	45	2	1.8
	2.15	Est. de Problemas Brasileiros B	15	—	—	15	1	—
		TOTAL	195	105	—	300	16	—

Períodos	Referência	DISCIPLINAS	Carga Horária				Créditos	Pré-Requisitos
			T	P	GD	TOT.		
7º Período	2.10	Fisioterapia Aplicada III	60	300	—	360	14	2.9 e 3.2
		TOTAL	60	300	—	360	14	—
8º Período	2.11	Fisioterapia Aplicada IV	60	300	—	360	14	2.10
		TOTAL	60	300	—	360	14	—

Anexo 4

2ª VERSÃO GRADE CURRICULAR DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UFMG

(Continua)

PER.	CÓD	DISCIPLINAS	CRÉD	CARGA HORÁRIA			PRÉ-REQUISITOS	CL
				Total	TEOR	PR		
1 °	BIQ003	Química Fisiológica Aplicada a FTO	06	090	060	030	–	CM
	FIB001	Biofísica	03	045	030	015	–	CM
	MOF001	Citologia e Histologia Geral	05	075	015	060	–	CM
	MOF618	Anatomia Aplicada a FTO	06	090	045	045	–	CM
	SOA168	Antropologia Cultural	04	060	060	000	–	CM
2 °	BIG148	Introdução Estudo Genética e evolução	02	030	030	000	MOF001	CM
	EFI601	Educação Física A	02	030	018	012	–	OB
	FIB605	Fisiologia Aplicada a FTO	06	090	076	014	BIQ003,MOF001,MOF618	CM
	FIT001	Fundamentos de Fisioterapia	05	075	060	015		CM
	MOF606	Histologia Especial Básica	04	060	015	045	MOF001	CM
MOF619	Neuroanatomia Aplicada a FTO	04	060	020	040	MOF618	OB	
3 °	EFI618	Fisiologia do Exercício	03	045	030	015	FIB605	OB
	FIT002	Recursos em Fisioterapia I	04	060	030	030	FIB605	CM
	FIT003	Cinesiologia Aplicada a Fisioterapia	06	090	045	045	FIT001	CM
	MIC005	Microbiologia Aplicada a Fisioterapia	04	060	040	020		OB
	PAG001	Patologia Geral	07	105	045	060	FIB605, MOF606	CM
SOA101	Sociologia I	04	060	060	000		CM	
4 °	ENB010	Enfermagem Aplicada a Fisioterapia	04	060	030	030	MIC005	OB
	FIT004	Recursos em Fisioterapia II	04	060	030	030	FIT003	CM
	FIT005	Movimento e Desenvol. Humano I	05	075	045	030		CM
	FIT006	Cinesioterapia F	06	090	045	045	FIT003	CM
	PAG608	Patologia Aplicada a FTO	03	045	030	015	PAG001	OB
	PED001	Fundamentos de Pediatria	03	045	030	015		OB
PRO106	Radiologia Aplicada a Fisioterapia	02	030	015	015	MOF618	OB	
5 °	ALO603	Fundamentos de Ortopedia e Traumat.	04	060	030	030	PAG608, PRO106	OB
	CLM001	Fundamentos de Pneumologia	02	030	030	000	PAG608, PRO106	OB
	FIT007	Prótese e Órteses	02	030	015	015		OB
	FIT008	Movimento e Desenvol. Humano II	03	045	030	015	FIT005	CM
	FIT009	Introdução ao Estudo da Saúde	04	060	045	015		CM
	FIT010	Fisioterapia Apl. Disfunções Cardiovasc.	04	060	030	030	FIT006, PAG608	CM
	FIT011	Fisioterapia Apl. Pediatria I	04	060	030	030	FIT005, PED001	CM
	PSI210	Psicologia I Aplicada a FTO	04	060	060	000		

(Conclusão)								
PER.	CÓD	DISCIPLINAS	CRÉD	CARGA HORÁRIA			PRÉ-REQUISITOS	CL
6 °	EST179	Introdução a Bioestatística	04	060	060	000		CM
	FIT012	Fisioterapia Apl. Disf. Pulmonares	04	060	030	030	CLM001	CM
	FIT013	Fisiot. Apl. Ginecologia e Obstetrícia	02	030	015	015		CM
	FIT014	Fisiot.Apl.Disf.Ortop.Traum.Reumatl.	05	075	045	030	ALO603	CM
	FIT015	Fisioterapia Aplicada Pediatria II	04	060	030	030	ALO603	CM
	PSN602	Fundamentos de Neurologia	04	060	045	015		OB
	PSN603	Fundamentos de Psiquiatria	04	060	030	030	PSI210	OB
7 °	CAD007	Administração Aplicada a Fisioterapia	02	030	015	015		CM
	FIT016	Fisioterapia Preventiva	03	045	030	015		CM
	FIT017	Ética e Deontologia-F	03	045	030	015		CM
	FIT018	Fisioterapia Aplicada a Geriatria	03	045	030	015		OB
	FIT019	Fisioterapia Apl. Disf. Neurológicas	06	090	045	045	PSN602	CM
	PSI603	Psicologia II Aplicada a Fisioterapia	04	060	045	015		CM
	FIT026	Metodologia da Pesquisa Científica	04	060	045	015		CM
8 °	FIT020	Fisioterapia Clínica I	27	405	000	405	CAD007,FIT016,FIT017 FIT018,FIT019,PSI603, FIT026	CM
9 °	FIT021	Fisioterapia Clínica II	27	405	000	405	FIT020	CM
10 °	FIT022	Fisioterapia Clínica III	27	405	000	405	FIT021	CM

FONTE: Colegiado de graduação do curso de graduação Fisioterapia. 2006

Anexo 5**DECRETO Nº 90.640, DE 10 DE DEZEMBRO DE 1984***

Inclui categoria funcional no Grupo-Outras Atividades de Nível Superior a que se refere a Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA usando de atribuição que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no artigo 7º da Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970.

DECRETA:

Art. 1º Fica incluída no Grupo-Outras Atividades de Nível Superior estruturado pelo Decreto nº 72.493, de 19 de julho de 1973, com as alterações posteriores, a Categoria Funcional de Fisioterapeuta designada pelo código NS-943 ou LT-NS-943.

Parágrafo único. A categoria funcional de que trata este artigo compreende atividades de nível superior, envolvendo supervisão, coordenação, programação e execução especializada referente a trabalhos relativos à utilização de métodos e técnicas fisioterápicas, avaliação e reavaliação de todo processo terapêutico utilizado em prol da reabilitação física e mental do paciente.

Art. 2º As classes integrantes da categoria funcional prevista no artigo anterior distribuir-se-ão na forma do anexo deste decreto e terão as seguintes características:

Classe "C" – atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, avaliação, controle e execução em grau de maior complexidade;

Classe "B" – atividades de supervisão, coordenação, orientação, programação, controle, avaliação e execução especializada, em grau de maior complexidade;

Classe "A" – atividades de supervisão, coordenação, orientação, controle, programação e execução especializada.

* DOU n. 238, Seção I, p. 18.409.

Art. 3º Os ocupantes de cargos efetivos ou empregos permanentes da antiga Categoria Funcional de Técnico de Reabilitação, atual Terapeuta Ocupacional, portadores de habilitação legal para o exercício da profissão de Fisioterapeuta e que estejam exercendo atividades próprias dessa profissão, poderão ser reclassificados na Categoria Funcional de Fisioterapeuta de que trata este decreto, ressalvado o respectivo regime jurídico.

Parágrafo único. A reclassificação referida neste artigo será feita na referência igual à que o servidor estiver ocupando.

Art. 4º Ressalvado o caso previsto no artigo anterior, o ingresso na categoria funcional de que trata este decreto far-se-á na referência inicial da classe A, mediante concurso público, no regime da legislação trabalhista, observadas as normas regulamentares, exigindo-se do candidato certificado ou diploma do curso superior de Fisioterapia ou habilitação legal equivalente e registro no Conselho Regional respectivo.

Art. 5º Os integrantes da Categoria Funcional de Fisioterapeuta ficarão sujeitos à prestação mínima de 40 (quarenta) horas semanais de trabalho.

Art. 6º Na aplicação do disposto neste decreto serão observadas, no que couber, as demais normas constantes do Decreto nº 72.493, de 19 de julho de 1973.

Art. 7º Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 10 de dezembro de 1984; 163º da Independência e 96º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Ibrahim Abi-Ackel

(Art. 2º do Decreto nº 90.640, de 10 de dezembro de 1984 GRUPO-OUTRAS ATIVIDADES DE NÍVEL SUPERIOR código – NS-900).

CATEGORIA FUNCIONAL: FISIOTERAPEUTA, código NS-943 ou LT-NS-943	
DENOMINAÇÃO>	CLASSE
FISIOTERAPEUTA	Especial C B A

Anexo 6

LEI N° 8.856, DE 1° DE MARÇO DE 1994

*Fixa a jornada de trabalho dos profissionais
Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.*

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional ficarão sujeitos à prestação máxima de 30 horas semanais de trabalho.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 1º de março de 1994; 173º da Independência e 106º da República.

ITAMAR FRANCO

Walter Barelli

Anexo 7

Belo Horizonte, 20 de março de 2005

AO CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Prezados Senhores,

Sou mestranda do programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação/UFMG e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulada: *A Formação e a Atuação do Profissional Fisioterapeuta: um estudo com egressos da UFMG – 1982-2005*.

O projeto pretende analisar as relações entre a formação profissional do Fisioterapeuta e as demandas do mercado de trabalho, com o objetivo de fornecer subsídios para a reavaliação do projeto curricular do curso de graduação Fisioterapia da UFMG, e gerar informações sobre o exercício profissional dos Fisioterapeutas e sobre seu processo de profissionalização.

Para identificar e analisar a avaliação que os egressos do curso de graduação Fisioterapia da UFMG fazem do curso bem como de seus percursos profissionais e das relações que possam ser estabelecidas entre ambos foi feita a opção por um levantamento tipo *survey* interseccional. O questionário abordará os seguintes aspectos: identificação e contatos; estudos após a Graduação; atividades profissionais; mercado de trabalho; avaliação do curso de graduação.

Solicito a colaboração do COFFITO, auxiliando na localização de alguns egressos que estão com seus endereços desatualizados no nosso banco de dados. (listagem em anexo). Se estes estiverem atuando profissionalmente, certamente possuem seus dados atualizados no COFFITO.

.Agradeço antecipadamente a sua colaboração.

Atenciosamente,

Profª Ana Maria Chagas Sette Câmara CREFITO/4 3851-F

ana7camara@yahoo.com.br

Anexo 8

Prezado (a) colega de profissão e egresso da UFMG,

Sou mestranda da Faculdade de educação da UFMG e estou realizando o estudo *A Formação e a Atuação do Profissional Fisioterapeuta: um estudo com egressos da UFMG – 1982-2005*.

Este estudo pretende analisar as relações entre a formação profissional e as demandas do mercado de trabalho do Fisioterapeuta, com o objetivo de fornecer subsídios para a reformulação do projeto curricular do curso de graduação da UFMG e gerar informações sobre o exercício profissional dos Fisioterapeutas e sobre o processo de profissionalização da fisioterapia.

Você foi selecionado entre os profissionais formados pela UFMG para responder ao questionário do estudo. As informações obtidas neste estudo serão mencionadas apenas por números em qualquer publicação ou material resultante desta pesquisa, ficando assim assegurada a confidencialidade dos dados.

Espero que possa colaborar, disponibilizando poucos minutos do seu tempo. Nossa profissão e nosso curso serão beneficiados com a sua participação.

Sua contribuição é fundamental para o desenvolvimento do nosso trabalho e eu lhe pediria para responder a este questionário agora ou em uma hora mais oportuna.

Segue em anexo o questionário que deverá ser enviado respondido o mais breve possível.

Agradeço antecipadamente sua colaboração.

Atenciosamente,

Profª Ana Maria Chagas Sette Câmara
Mestranda da Faculdade de Educação da UFMG
Docente do Departamento de Fisioterapia da UFMG
ana7camara@yahoo.com.br

Anexo 9
QUESTIONÁRIO

***A Formação e a Atuação do Profissional Fisioterapeuta:
um estudo com egressos da UFMG-1982-2005***

Este estudo pretende analisar as relações entre a formação profissional e as demandas do mercado de trabalho do Fisioterapeuta, com o objetivo de fornecer subsídios para a reformulação do projeto curricular do curso de graduação da UFMG e gerar informações sobre o exercício profissional dos fisioterapeutas e sobre o processo de profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais.

Os dados pessoais e individuais são confidenciais e em nenhum momento nomes serão citados. Para nós, o importante é coletar informações que serão analisadas e discutidas à luz da sociologia das profissões, currículo e cultura.

Prof^a Ana Maria Chagas Sette Câmara

Responda as questões abaixo e assinalando a melhor alternativa:

1. IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS

1.1 Nome:

1.2 Ano de nascimento:

1.3 Estado civil (0) solteiro (a)

(1) Casado (a)

(2) Outros

1.4 Concluiu o 2º grau em

(1) Escola privada

(2) Escola pública

1.5 Graduação

1.5.1 Ano de início:

1.5.2 Ano de conclusão:

(1.6.1) **Endereço**/ (1.6.2) Telefone/ (1.6.3) e-mails:**1.7 Atividade/formação dos pais**

1.7.2.1 Pai – Ocupação:

1.7.3.1 Mãe – Ocupação:

1.7.2.2 Pai curso superior (0) não (1) Sim

1.7.3.2 Mãe curso superior (0) não (1) Sim

1.8 Sexo (1) masculino (2) feminino**2 ESTUDOS DE PÓS-GRADUAÇÃO****2.1 Realizou estudo de pós-graduação *stricto sensu*?** (1) Sim (0) Não**Nível:** (0) Especialização (1) Mestrado (2) Doutorado**2.1.1 ESPECIALIZAÇÃO: (se mais de um, apenas o mais recente).**

2.2.1.1 Área:

2.2.1.2 Instituição:

2.2.1.3 Início:

2.2.1.4 Término:

2.2.1.5

(0) Interrompido

(1) Em realização

(2) Concluído

2.1.2 MESTRADO: (se, mais de um, apenas o mais recente).

2.2.2.1 Área:

2.2.2.2 Instituição:

2.2.2.3 Início:

2.2.2.4 Término:

2.2.2.5

(0) Interrompido

(1) Em realização

(2) Concluído

2.1.3 DOUTORADO: (se, mais de um, apenas o mais recente).

2.2.3.1 Área:

2.2.3.2 Instituição:

2.2.3.3 Início:

2.2.3.4 Término:

2.2.3.5

(0) Interrompido

(1) Em realização

(2) Concluído

2.3 Realizou outro curso de graduação?

(0) NÃO (1) SIM

2.3.1 Informações sobre outra graduação (se, mais de um apenas o mais recente).

2.3.1.1 Área:

2.3.1.2 Instituição:

2.3.1.3 Início:

2.3.1.4 Término:

2.3.1.5

(0) Interrompido

(1) Em realização

(2) Concluído

3. ATIVIDADES PROFISSIONAIS ATUAIS**3.1.1 Principal atividade profissional atual vinculada à fisioterapia?**

(1) Vinculada à fisioterapia. (2) Sem vínculo com a fisioterapia

3.1.2 Classificação da principal atividade profissional?

(1) Aposentado (vá para 3.11)

(2) Autônomo /empregado

(3) Desempregado (vá para 3.11)

3.2 Trabalha em mais de um local de trabalho? (0) NÃO (1) SIM**3.3 Qual é a sua principal relação de trabalho?**

3.3.1. Empregado – setor público

(0) NÃO (1) SIM

3.3.1.2

(0) cargo chefia

(1) cargo técnico

3.3.2.1 Empregado – setor privado

(0) NÃO (1) SIM

3.3.2.2

(0) cargo chefia

(1) cargo técnico

3.3.3.1 Empresário (proprietário de hospital, clínica e/ou laboratório, com ou sem empregados).

(0) NÃO (1) SIM

3.3.3.2 Fonte de Remuneração

(0) Convênio

(1) Sem convênio

(2) Os dois

3.3.3.4 Autônomo

(0) NÃO (1) SIM

3.4 Os conhecimentos de fisioterapia contribuem para sua atividade atual?

(0) não (1) Um pouco (2) Muito

3.5 Áreas de atuação profissional:

3.6 Em que nível de atenção à saúde suas atividades se concentram?

(0) Primário (1) Secundário (2) Terciário
(promoção e prevenção) (curativo) (reabilitação)

3.7 Instituição/Empresa em que trabalha:

3.8 Há quantos anos trabalha nessa instituição/empresa?

3.9 Está satisfeito com sua atividade profissional atual?

(0) NÃO (1) SIM

3.10 Tem ocupação profissional secundária? (0) NÃO (1) SIM

3.10.1 Qual?

3.11 Está procurando emprego atualmente? (0) NÃO (1) SIM

4 MERCADO DE TRABALHO

4.1 Quais das seguintes características facilitaram sua inserção profissional?

4.1.1 Graduação na UFMG (0) NÃO (1) SIM

4.1.2 Realização de estudos de pós-graduação (0) NÃO (1) SIM

4.1.3 Relações familiares ou pessoas amigas (0) NÃO (1) SIM

4.2. a. Como o Sr(a) se apresenta no mercado de trabalho?

(0) Fisioterapeuta

(1) Nome da especialidade técnica (RPG, PILATES, Bobath, etc.).

(2) nome da especialidade clínica (neurologia, respiratória, ortopedia, etc.).

(3) Fisioterapeuta + nome da especialidade técnica (RPG, PILATES, etc.).

4.2.b Quais das características profissionais citadas no quadro abaixo contribuem para se obter emprego e para um bom exercício profissional em sua área de atuação?**4.2.1 Habilidades e competências**

4.2. 1.1 Iniciativa	(0) NÃO (1) SIM
4.2. 2.1 Criatividade	(0) NÃO (1) SIM
4.2. 3.1 Disciplina	(0) NÃO (1) SIM
4.2. 4.1 Capacidade de se adaptar às mudanças	(0) NÃO (1) SIM
4.2. 5.1 Capacidade de trabalhar em equipe	(0) NÃO (1) SIM
4.2. 6.1 Capacidade de liderança	(0) NÃO (1) SIM
4.2. 7.1 Comportamento ético	(0) NÃO (1) SIM
4.2. 8.1 Capacidade de tomar decisões	(0) NÃO (1) SIM
4.2. 9.1 Interesse em buscar novos conhecimentos	(0) NÃO (1) SIM

4.2.2 Quais destas características o curso de graduação ajudou a desenvolver?

	(0) Nada	(1) Pouco	(2) Muito
4.2.1.2 Iniciativa			
4.2.2.2 Criatividade			
4.2.3.2 Disciplina			
4.2.4.2 Capacidade de se adaptar às mudanças			
4.2.5.2 Capacidade de trabalhar em equipe			
4.2.6.2 Capacidade de liderança			
4.2.7.2 Comportamento ético			
4.2.8.2 Capacidade de tomar decisões			
4.2.9.2 Interesse em buscar novos conhecimentos			

4.3 Quais dos conhecimentos/experiência listados a seguir – não ministrados curricularmente – contribuem para se obter um emprego e/ou para um bom exercício profissional na sua área de atuação?

4.3.1 Conhecimentos de informática	(0) NÃO (1) SIM
4.3.2 Conhecimentos de idiomas	(0) NÃO (1) SIM
4.3.3 Manter-se bem informado sobre o que está acontecendo no mundo e na sociedade	(0) NÃO (1) SIM
4.3.4 Manter-se tecnologicamente atualizado	(0) NÃO (1) SIM
4.3.5 Ter atividades diversas da sua área de atuação profissional	(0) NÃO (1) SIM

5.1 Avalie os itens a seguir, referentes ao seu curso de graduação Itens avaliados	Avaliação			
	(0) Muito ruim	(1) Ruim	(2) Bom	(3) Muito bom
5.1.1 Currículo				
5.1.2 Estágio curricular obrigatório				
5.1.3 Relação professor/aluno				
5.1.4 instalações físicas				
5.1.5 Biblioteca				
5.1.6 Equipamentos				
5.1.7 Relação escola e mercado de trabalho				

5.2. Avaliação do corpo docente referente ao seu curso de graduação:

5.2.1 A maioria do corpo docente era competente?	(0) Não
	(1) Sim
5.2.2 A maioria dos professores demonstrava dedicação e interesse?	(0) Não
	(1) Sim
5.2.3 A maioria dos professores tinha uma boa relação com os alunos?	(0) Não
	(1) Sim

5.3 Tendo em vista a sua atividade profissional atual, como o Sr./Sra. avalia os seguintes aspectos de sua formação no curso de graduação em Fisioterapia:

5.3.1 Formação básica? (estudos realizados no ICB)	(0) Insuficiente	(1) Adequada	(2) Além do necessário
5.3.2 Formação técnica no núcleo específico da Fisioterapia	(0) Insuficiente	(1) Adequada	(2) Além do necessário
5.3.3 Formação ética e política da profissão de Fisioterapeuta	(0) Insuficiente	(1) Adequada	(2) Além do necessário
5.3.4 Formação em áreas conexas? (conhecimentos em outras áreas, tais como: ciências humanas, administração, economia, etc., que contribuem para a atividade do Fisioterapeuta)	(0) Insuficiente	(1) Adequada	(2) Além do necessário

6 CONCLUSÃO

6.1 O Sr.(a) é associado à alguma entidade civil da classe profissional?

6.1.1 (0) NÃO (1) SIM

6.1.2 Por quê?

6.1.3 Qual?

6.2 Como o Sr.(a) avalia a relação do COFFITO/CREFITO com os profissionais?

(0) Excelente (1) Boa (2) Regular (3) Péssima

6.3 O Sr. (a) ampliou o mercado de trabalho introduzindo novas técnicas ou desenvolvendo suas atividades em um campo ainda inexplorado em Minas Gerais e/ou no Brasil pelos profissionais?

(0) NÃO (vá para questão 6.5) (1) SIM

6.4 Como?

6.5 Como o Sr.(a) avalia a sua situação socioeconômica hoje, em comparação à de sua família na época em que ingressou no curso de graduação Fisioterapia como aluno de graduação?

(0) Pior (1) Igual (2) Melhor

6.6 Indique qual dos valores abaixo mais se aproxima da sua renda individual hoje:

(0) R\$ 1.000,00 (1) R\$ 2.000,00 (2) R\$3.000,00 (3) R\$ 4.000,00

(4) R\$ 5.000,00 (5) R\$ 6.000,00 (6) R\$7.000,00 (7) acima de R\$ 7.000,00

6.7 Vale a pena ser fisioterapeuta?

(0) Não (1) Mais ou menos (2) Sim

Agradecemos sua colaboração!

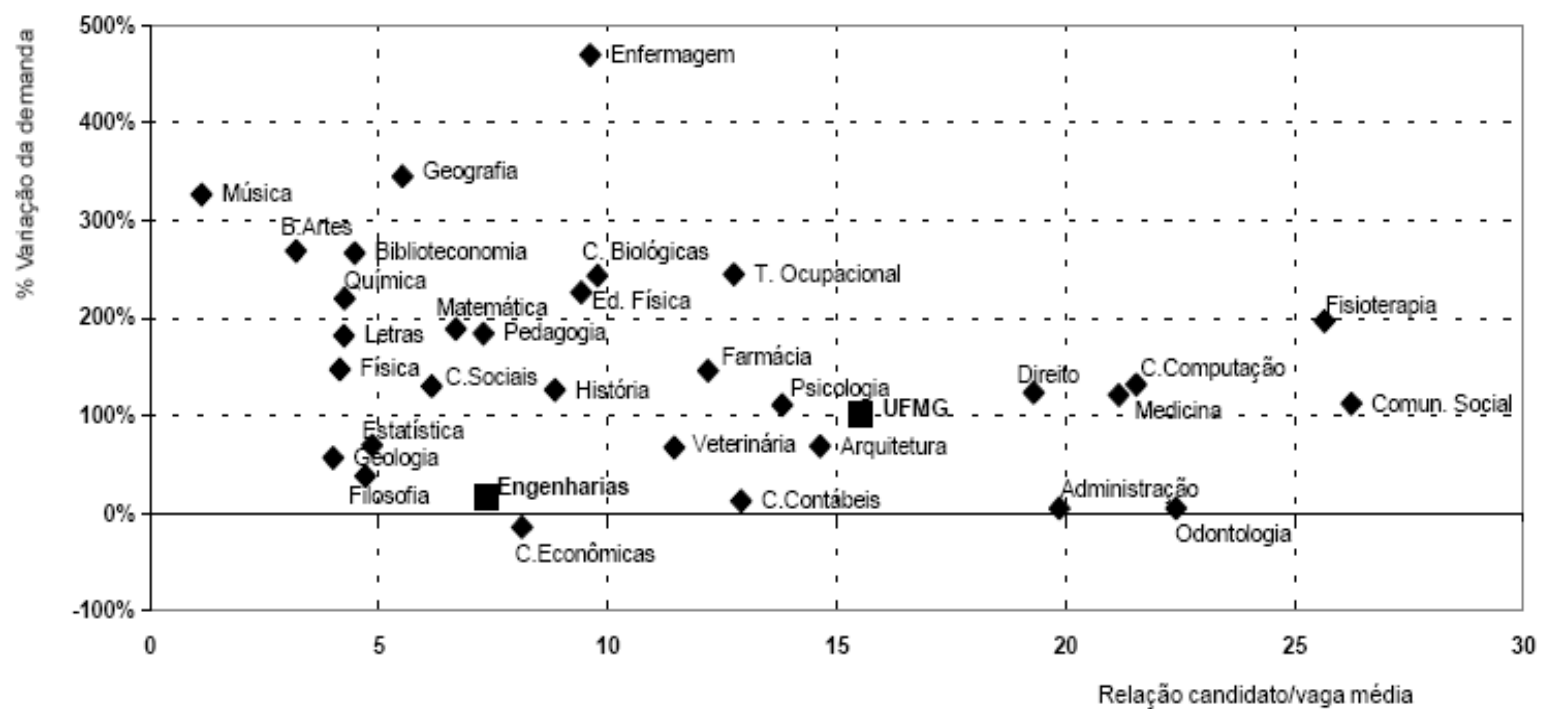
Anexo 10
CLASSIFICAÇÃO DAS PROFISSÕES⁵⁴

PROFISSÕES DE NÍVEL SUPERIOR -1	PROFISSÕES NÍVEL MÉDIO 2	PROFISSÕES NÍVEL INFERIOR 3	NÃO ATIVOS 4
Advogados	Projetista	Encarregado de obras	Aposentados
Administrador	Bancário	Comerciário	Falecidos
			Do lar
Turismólogo	Funcionário público	Cabeleireiro	
Empresário	Técnico em contabilidade	Aposentado	
Diretor administrativo	Técnico de segurança do trabalho	Alfaiate	
Contabilista	Corretor de imóveis	Mecânico	
Engenheiro	Militar	Autônomo	
Agropecuário/fazendeiro	Ferrovário	Representante comercial	
Funcionário público Federal	Professora	Artesã	
Arquiteto	Artista plástico	Costureira	
Médico			
Pedagoga			
Fisioterapeuta			

⁵⁴ Essa divisão foi feita tendo por base o estudo: *Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação da UFMG*: relatório. Belo Horizonte: FUMP, 1997.

Anexo 11

VARIAÇÃO DA DEMANDA PARA AS DIVERSAS CARREIRAS VERSUS A RELAÇÃO
CANDIDATO/VAGA CORRESPONDENTE; PERÍODO 1990/1999



Fonte: BRAGA; PEIXOTO; BOGUTCHI, 2001, p.129-152.