

ANGELA CARLA GHIZONI

**AS FACES DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE DOS CURSOS DE
GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA: O CENÁRIO DAS INSTITUIÇÕES
DE ENSINO SUPERIOR CATARINENSES**

2018

ANGELA CARLA GHIZONI

**AS FACES DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE DOS CURSOS DE
GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA: O CENÁRIO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO
SUPERIOR CATARINENSES**

Dissertação apresentada para obtenção
do título de Mestre em Ambiente e
Saúde da Universidade do Planalto
Catarinense - UNIPLAC.

Orientador(a): Dr^a Marina Patrício de
Arruda

Lages

2018

Ficha Catalográfica

Ghizoni, Angela Carla.

G422f As faces da integralidade em saúde dos cursos de
graduação em fisioterapia: o cenário das instituições de ensino superior catarinense
/ Angela Carla Ghizoni. – Lages : Ed. do autor, 2018, 85p. :il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Planalto Catarinense.

Programa de Mestrado em Meio Ambiente e Saúde

Orientadora: Marina Patrício de Arruda

1. Fisioterapia. 2. Recursos humanos. 3. Saúde coletiva. 4.
Educação em saúde I. Arruda, Marina Patrício de (orient.). I. Título.

(Elaborada pela Bibliotecária Andréa Costa - CRB-14/915)

ANGELA CARLA GHIZONI

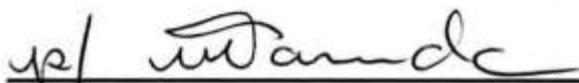
Dissertação intitulada “AS FACES DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA: O CENÁRIO DAS INSTITUIÇÕES CATARINENSES” foi submetida ao processo de avaliação e aprovada pela Banca Examinadora em 03 de setembro de 2018, atendendo as normas e legislações vigentes do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense para a obtenção do Título.

MESTRE EM AMBIENTE E SAÚDE

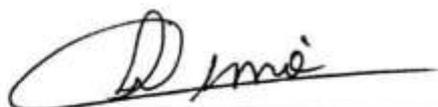
Banca examinadora:



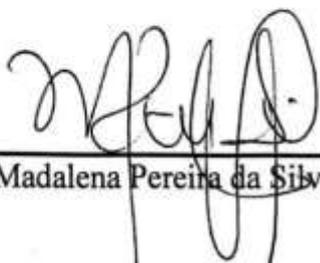
Dra. Marina Patrício de Arruda (Presidente e Orientadora – PPGAS/UNIPALAC)



Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga (Membro Titular Externo – PPGENSAU/UFRGS)



Dra. Lucia Ceccato de Lima (Membro Titular Interno – PPGAS/UNIPALAC)



Dra. Madalena Pereira da Silva (Membro Suplente Externo – PPGE/UNIPALAC)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho Lucas Ghizoni Machado, meu orgulho e grande amor da minha vida!

AGRADECIMENTOS

Em especial a Deus, pela vida, pela força que me concede em todos os momentos.

Ao meu marido, Washington, pelo apoio na construção deste trabalho, pelo amor e parceria que demonstra.

Aos meus pais, Angelina e Luiz Carlos, por acreditarem sempre no meu potencial, pelos ensinamentos mais valiosos e pelo incentivo constante na minha caminhada em busca de conhecimentos.

Ao meu filho Lucas que com sua existência e seu carinho me fortalece mesmo nos dias mais difíceis.

A minha amiga-irmã e comadre, Daisy, pelo auxílio e amizade em todas as horas da minha vida.

Aos meus avós, Augustinho e Nena pelos sábios conselhos.

A minha professora e orientadora Marina, pelos ensinamentos e cumplicidade na pesquisa.

A todos os meus professores (desde a infância até a pós-graduação), por contribuírem para a minha formação profissional.

Quando nada parece dar certo, vou ver o cortador de pedras a martelar numa rocha talvez 100 vezes, sem que uma única rachadura apareça. Mas na centésima primeira martelada a pedra abre-se em duas e eu sei que não foi aquela que conseguiu isso, mas todas as que vieram antes.

(Jacob Riis)

RESUMO

Introdução: O presente estudo inclui discussões sobre integralidade em saúde, princípio que integra o Sistema Único de Saúde – SUS no processo de formação profissional de fisioterapeutas. O objetivo da pesquisa foi identificar as faces da integralidade em saúde dos cursos de graduação em fisioterapia das instituições de ensino superior catarinenses. **Metodologia:** O cenário deste estudo incluiu as Instituições de Ensino Superior de SC reconhecidas pelo MEC e cadastradas no CREFITO, que disponibilizavam no site das referidas instituições a matriz curricular do curso e as ementas das disciplinas ofertadas, totalizando onze IES. A análise documental e levantamento quantitativo foi realizado com auxílio do MAXQDA, considerando quatro categorias de análise selecionadas de acordo com a conceituação do termo integralidade: educação em saúde, integralidade em saúde, princípios do SUS e formação em fisioterapia com base na integralidade. A análise de conteúdo teve enfoque quanti-qualitativo e indutivo pautado na pesquisa documental, para a busca de indícios que sinalizassem a presença da integralidade em saúde como princípio do SUS na composição das ementas. **Resultados:** Emergiram do estudo das ementas dos cursos de fisioterapia das instituições de ensino catarinense seis diferentes faces da integralidade: face holística (apresenta todas as categorias de análise), face ampliada (consideração do contexto e dos determinantes sociais do processo saúde-doença na abordagem), face integrada (observa-se integração dos conteúdos nas ementas), face fragmentária ou anti-integralidade (desassociação dos conteúdos) face oculta (ainda que não explicitamente, percebe-se a tentativa de ser trabalhado os princípios do SUS e a face nula (indiferença em relação ao SUS e seus princípios). **Conclusões:** Essas diferentes faces demonstram que o perfil dos profissionais ainda apresenta forte tendência à especialização, com currículos disciplinares o que mantém a dissociação entre o ensino das realidades dos serviços e de saúde da população. Cabe salientar a importância de se refletir sobre os desafios que ainda devem ser assumidos na formação do fisioterapeuta para atuação no SUS. Assim sendo, os resultados aqui elencados apontam para discussões mais amplas junto aos discentes, docentes e gestores das universidades pesquisadas.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde – Formação em fisioterapia – Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Introduction: The present study includes discussions about health comprehensiveness, a principle that integrates the Unified Health System - SUS in the process of professional training of physiotherapists. The objective of the research was to identify the health integrality aspects of undergraduate courses in physiotherapy of higher education institutions in Santa Catarina. **Methodology:** The scenario of this study included the Institutions of Higher Education of SC recognized by the MEC and registered in CREFITO, that made available in the site of the mentioned institutions the curricular matrix of the course and the menus of the disciplines offered, totaling eleven HEIs. The documentary analysis and quantitative survey was performed with the help of MAXQDA, considering four categories of analysis selected according to the concept of the term integrality: health education, health comprehensiveness, SUS principles and training in physical therapy based on integrality. The content analysis had a quantitative-qualitative and inductive focus based on documentary research, in order to search for evidence that indicates the presence of integrality in health as SUS principle in the composition of the menus. **Results:** Six different aspects of integrality emerged from the study of physical therapy courses in the state of Santa Catarina: holistic face (all categories of analysis), face magnified (consideration of the context and social determinants of the health-disease process in the approach), an integrated face (there is an integration of content in the menus), fragmentary or anti-integrality (disassociation of content) hidden side (although not explicitly, one can perceive the attempt to work the SUS principles and the null face (indifference to the SUS and its principles) **Conclusions:** These different faces demonstrate that the profile of the professionals still presents a strong tendency towards specialization, with disciplinary curricula which maintains the dissociation between the teaching of the realities of the services and health of the population. It is important to reflect on the challenges that have yet to be solved in the formation of the physiotherapist to act in the SUS. Thus, the results listed here point to broader discussions among the students, teachers and managers of the researched universities.

Key words: Health Integrality - Physical Therapy Training - Unified Health System

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFISIO	Associação Brasileira de Fisioterapia
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa.
CNS	Conferência Nacional de Saúde.
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
IES	Instituição de Ensino Superior
LILASC	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PPGAS	Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
SC	Santa Catarina
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Saúde coletiva, formação profissional e o SUS	15
2.2 Integralidade em saúde	19
2.3 Formação em fisioterapia	22
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	27
3.1 Caracterização da Pesquisa	27
3.2 Local do estudo	27
3.3 Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.....	28
3.4 Instrumentos	29
3.5 Procedimentos	32
3.5.1 Coleta de Dados.....	32
3.5.2 Análise e Interpretação dos Dados	32
4 RESULTADOS	34
4.1 Índícios de integralidade em saúde nas ementas das disciplinas dos cursos de formação em fisioterapia	34
4.2 Categorias de análise que dão sentido à integralidade em saúde	41
5.2 As faces da integralidade em saúde nos cursos de graduação de fisioterapia das instituições catarinenses	57
6 CONCLUSÕES.....	67
REFERÊNCIAS	69
BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e sociedade, 2002.	69

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo inclui discussões sobre integralidade em saúde, princípio que integra o Sistema Único de Saúde – SUS no processo de formação profissional de fisioterapeutas de instituições de ensino superior catarinenses. A partir da crítica ao modelo biomédico e mecanicista, que sustenta a formação de um técnico que identifica o mau funcionamento de uma parte do corpo e tenta consertá-la (BARROS, 2002) este estudo focaliza a formação dos futuros fisioterapeutas e a necessidade de estimular, desde a graduação, a interdisciplinaridade, o conhecimento do sistema de saúde vigente no país, o atendimento integral por meio de uma visão holística, generalista, crítica e reflexiva, de acordo com o que prevê as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), (BRASIL, 2002).

A reflexão proposta iniciou-se a partir do resultado da dissertação de mestrado da pesquisadora (GHIZONI, 2009) em que fisioterapeutas relataram dificuldades em efetivar as diretrizes do SUS pela ausência de informações sobre o Sistema durante o processo de formação acadêmica e consequente produção de conhecimento sobre as potencialidades e limites da prática da docência nos cursos de graduação da área da saúde.

Além disso, dentre as motivações que impeliram a construção do projeto de pesquisa destaca-se a ausência de informação e discussão sobre o SUS, seus princípios e funcionamento ao longo do processo pessoal de graduação da pesquisadora – tornando urgente a busca por esclarecimentos e reflexões pertinentes ao tema. Outra motivação diz respeito ao fato da pesquisadora ser docente de cursos da área da saúde, de certa forma responsável pelo processo de formação que ali se desenvolve e perceber que a efetivação de um sistema de saúde universal, integral, igualitário se faz necessário tendo em vista as possibilidades de discussões e reflexões. Nos semestres nos quais a pesquisadora leciona para o curso em questão, tem observado bastante dificuldade por parte dos estudantes em entender o funcionamento do Sistema Único de Saúde e os princípios que o regem.

O aumento do número de profissionais no mercado de trabalho do fisioterapeuta é significativo. De acordo com dados do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO10, são 7.465 fisioterapeutas cadastrados no site e 19 instituições, sendo que algumas delas oferecem curso em dois pólos, totalizando 23 locais em Santa Catarina que disponibilizam o curso de fisioterapia reconhecido pelo MEC (CREFITO10/2018). Necessita-se conhecer a estrutura curricular dos cursos de graduação que colocam no mercado esses profissionais, na tentativa de entender se há formação baseada nas DCN e nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, já que o referido curso até

pouco tempo adotava um currículo mínimo para cursos superiores que estimulava a especialização e negava a visão ampliada e generalista do sujeito.

As novas diretrizes curriculares para o curso de fisioterapia, formuladas e apresentadas pela ABENFISIO (Associação Brasileira de Fisioterapia) e COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) ao Ministério da Saúde, com parecer técnico 161/2017 (BRASIL, 2017, p.06) trazem que “a formação deve mobilizar afetos, saberes e fazeres entre o indivíduo, sua família, seu trabalho, seu território e comunidade em geral, sendo o fisioterapeuta inserido nesse processo como um ator que atua como agente transformador da sociedade em seus distintos aspectos que envolvam a garantia à saúde e à vida”. Embora ainda não estejam em vigor, as novas diretrizes nacionais curriculares para o curso de fisioterapia, abordam questões pertinentes a inclusão do fisioterapeuta no SUS.

A integralidade é entendida por Mattos (2009) como um conceito polissêmico que se revela em diferentes saberes e práticas expressas no cotidiano da saúde. O autor tece comentários sobre três dos sentidos que se aplicam ao termo: o primeiro refere-se às práticas dos profissionais de saúde; o segundo aplica-se à organização dos serviços e o terceiro diz respeito às respostas do governo aos problemas de saúde.

A reflexão proposta para este estudo teve seu início a partir do primeiro sentido referido pelo autor, tendo como propósito a produção de conhecimento sobre as potencialidades e limites da prática da integralidade em saúde e, também, porque esta é uma das premissas do Sistema Único de Saúde pretendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Na tentativa de auxiliar a instituir a plena “integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho” da ESF foi criado em 2008 o NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família, com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Para se atingir o objetivo, profissionais de diferentes áreas do conhecimento integram a equipe do NASF, sendo incluído nesta portaria, o profissional fisioterapeuta (BRASIL, 2008).

A compreensão que permeia este trabalho apoia-se também nas discussões de Ceccim e Feuerwerker (2004a) para perceber que a integralidade nas práticas em saúde é o eixo que norteia as necessárias mudanças na formação de profissionais e nas práticas de saúde. Os acadêmicos da área da saúde após formados, trabalharão em serviços públicos e privados, e portanto, integrarão o SUS. Para tanto, esses profissionais precisam atuar em concordância com a Lei 8080, Art.7º, a qual diz que as ações e serviços públicos de saúde e os privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos princípios do

SUS (BRASIL, 1990a). Vêm daí a importância de se conhecer os princípios e diretrizes do SUS durante o processo de formação profissional para que se tenha a melhoria do atendimento em saúde.

Os professores exercem papel importante na formação dos futuros profissionais de saúde. Lembrando Freire (1996, p.23) “não há docência sem discência” e apesar das diferenças entre os sujeitos, “quem ensina aprende a ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. A construção de uma identidade dos discentes baseia-se em interações sociais com o corpo docente e é moldada por valores e normas aprendidas no currículo formal e informal. Em detrimento disso, os educadores podem proporcionar aos seus alunos *feedback* avaliativo e estar aberto a novos saberes e novas práticas considerando as experiências e vivências trazidas pelo acadêmico para a construção da sua identidade profissional (PRATO, 2013).

Formadores de opinião, mediadores de conhecimentos, os docentes têm a incumbência de repassar informações atualizadas e coerentes para o aprendizado desses profissionais. Saberes e práticas integradas consolidam uma formação voltada a integralidade. Entretanto a separação de saberes, se estrutural, replica o problema que acaba se estendendo por várias gerações de formandos, perpetuando um trabalho inconsistente e desarticulado em razão da falta de conhecimento de muitos.

A integralidade necessita, para sua efetivação, ações interdisciplinares por parte dos profissionais de saúde, ela nega a fragmentação na qual cada profissional fica responsável por uma parte do indivíduo diante dos problemas de saúde. A atuação do profissional, considerando os aspectos da interdisciplinaridade, precisa ser trabalhada desde a formação, capacitando o futuro profissional a respeitar o outro, aceitar sugestões, comprometer-se com o SUS, ouvir a opinião do outro, colocar-se no lugar do outro, respeitar as diferenças e estar preparado para aprender ou mudar, se necessário, atuando com liderança pactuada e democrática (SANTOS et al, 2015).

A intercomunicação entre profissionais de saúde, professores de cursos de graduação e comunidade é fundamental para que se obtenha a substituição do modelo biomédico (ainda presente nos cursos de graduação) para o modelo ampliado de saúde (MARCO, 2006). E, especialmente, para os profissionais da saúde ressalta-se “a importância da formação profissional e da educação permanente como duas das várias dimensões que configuram o exercício profissional como uma prática socialmente construída” (GHIZONI, ARRUDA e TESSER, 2010, p. 825).

A produção de conhecimentos por meio da interdisciplinaridade acontece pela articulação entre diferentes saberes em que “conhecimentos específicos de cada área se

mantêm”. Nesse sentido, ressalta-se a importância de integrar cursos de graduação, mesmo que com propostas pedagógicas diferentes, mas que se unem na preocupação da “não fragmentação do processo ensino-aprendizagem”. Para tanto, é imprescindível o apoio e estímulo da universidade na formação interprofissional desde o início da graduação (TOASSI e LEWGOY, 2016, p.459).

A partir destas considerações; inspirada na produção dos autores do LAPPIS- Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde¹ -, esta pesquisa adota como categoria principal “integralidade em saúde”, considerando a multiplicidade do termo, e por compreender que é uma prática possível a todos os profissionais.

Esse estudo se justifica por discutir a importância do ensino em saúde no Brasil incluir o conceito de integralidade em saúde. Considera-se que o perfil dos profissionais ainda apresenta forte tendência à especialização, com currículos disciplinares e utilização do ambiente hospitalar como cenário prioritário das práticas, o que mantém a dissociação entre o ensino das realidades dos serviços e de saúde da população (MITRE *et al*, 2008).

Esta pesquisa encontra-se inserida no contexto do Programa de Pós-graduação em Ambiente e Saúde (PPGAS) na linha de pesquisa ambiente, saúde e sociedade e tende a ampliar conhecimentos sobre o processo de formação em fisioterapia oferecidos pelas instituições de ensino de Santa Catarina.

Parte-se do pressuposto de que o tema “SUS” ainda é pouco trabalhado nos cursos de graduação da área da saúde e que a adoção e transmissão de conhecimentos atualizados sobre o sistema de saúde brasileiro passam por distintos desafios, dentre eles a reformulação dos cursos com base nas diretrizes curriculares.

Estudo realizado por Ghizoni (2009), resultado da dissertação do primeiro mestrado da pesquisadora, destacou as faces da integralidade em saúde como resultado da percepção de fisioterapeutas. Nesse caminho, retomou-se a ideia de que a integralidade se traduz em vários sentidos, significados, aqui denominadas de faces das universidades pesquisadas. Tais faces foram nomeadas através da análise das ementas dos cursos de graduação em fisioterapia. Para tanto, adotou-se como pergunta de pesquisa: Quais as faces da integralidade em saúde dos cursos de graduação em fisioterapia das instituições de ensino superior catarinenses?

A pesquisa teve como objetivo analisar as faces da integralidade em saúde dos cursos de graduação em fisioterapia das instituições de ensino superior catarinenses. Para tanto, iniciou-se o processo com a verificação dos indícios de integralidade em saúde nas ementas

¹ Ver site <http://www.lappis.org.br/site>

das disciplinas dos cursos de formação em fisioterapia, na sequência fez-se a descrição da frequência das categorias de análise que dão sentido à integralidade em saúde, relacionou-se as categorias de análise e por fim, distinguiu-se as faces da integralidade dos cursos de fisioterapia das instituições de ensino superior catarinenses.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde coletiva, formação profissional e o SUS

Para operacionalizar o conceito de Integralidade em Saúde faz-se necessário refletir, inicialmente, sobre a formação dos profissionais da saúde. E não é possível falar em formação acadêmica sem citar os modelos de ensino que influenciaram e ainda hoje se fazem presentes nos cursos de graduação em fisioterapia. Primeiramente, abordou-se a história da saúde coletiva, os modelos de ensino médico que serviram de base para o currículo dos outros cursos de formação em saúde e, por fim, o sistema de saúde vigente no país – o SUS.

Rosen (2006) ao estudar a saúde pública, revela que os povos antigos já demonstravam preocupações com a doença e os primeiros sinais dessa preocupação foram encontrados em uma múmia, do ano 1000 a.C, aproximadamente, examinada por Ruffer que atestou sinais de varíola. Munidos de religiosidade, os egípcios, por exemplo, responsabilizavam os deuses por causarem doenças quando estavam irritados e por extingui-los quando se acalmavam.

Na Grécia, século V a.C., os médicos atribuíam a falta de saúde à desarmonia entre o homem e a natureza; para esses profissionais, no modo ideal de vida, equilibravam-se nutrição, excreção, exercício e descanso, sendo necessário ainda levar em conta, para cada indivíduo: a idade, o sexo, a constituição e as estações. Roma, no século II d.C, deixou como legado o conhecimento de suprimento de água e o hospital. A criação de um sistema público de saúde também foi obra dos romanos e sobreviveu à ruína desse império (ROSEN, 2006).

A Lepra (que teve início no séc VI, pico assustador no séc XIII e só perdeu a sua importância no séc XVI) e a Peste Bubônica ou “Peste Negra” (há registros da peste entre os séculos VI e XIV) tiveram grande relevo na saúde pública da Idade Média. O isolamento das pessoas contaminadas pela doença ou a chamada “quarentena” foi a medida de prevenção criada pelos povos antigos para controlar enfermidades infecto-contagiosas, medida esta utilizada até hoje e que, portanto, teve fundamental contribuição à prática da saúde pública (ROSEN, 2006).

Séculos mais tarde, XVII e XVIII, são registrados avanços na saúde pública como a descoberta do microscópio. Nesse período usava-se o poder de política e a coerção para obrigar, aos indivíduos sadios, hábitos saudáveis, e aos enfermos, o isolamento. Mais tarde, decorrentes da Revolução Industrial, surgem problemas sociais e para o seu enfrentamento emergiram os conceitos de medicina social e saúde pública que relacionavam saúde com condições de vida. Rudolf Virchow, patologista, realizou um estudo sobre a epidemia de Tifo

na Prússia e foi considerado precursor da Promoção da Saúde, por conceber a saúde em seu conceito amplo (WESTPHAL, 2007).

No Brasil, com a vinda da corte portuguesa em 1808, surgiram as primeiras escolas de medicina, em 1813 no Rio de Janeiro e em 1815 na Bahia. Essas academias funcionavam como órgão consultivo do Imperador nas questões ligadas à saúde pública nacional. Nesse período surgiu também a Junta de Higiene Pública que se mostrou ineficaz no que diz respeito a cuidar da saúde da população (BERTOLLI FILHO, 2004).

Os governos republicanos elaboraram minuciosos planos de combate à varíola, à febre amarela e a outros males da época, criando, assim, uma “política de saúde” que precisaria se articular com os projetos e diretrizes governamentais voltados para outros setores da sociedade como educação, alimentação, habitação, trabalho e transporte. No conjunto a presença e atuação do estado nessas áreas são denominadas como política social (BERTOLLI FILHO, 2004).

O diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, Oswaldo Cruz e o prefeito da cidade, o engenheiro Pereira Passos, comandaram uma profunda reforma urbanista e sanitária na então capital da República, Rio de Janeiro, entre 1902 e 1906. A partir daí, os óbitos por doenças epidêmicas no espaço carioca diminuíram (BERTOLLI FILHO, 2004).

A obrigatoriedade da vacinação contra a varíola foi aprovada pelo Congresso Nacional diante da insistência de Oswaldo Cruz, entretanto a população assustada por nunca ter passado por este processo e por desconhecer o material utilizado na imunização, reagiu contra o programa de vacinação. Em detrimento disso, surgiu a Liga contra a Vacina Obrigatória, tendo a sua frente os políticos Lauro Sodré, Barbosa Lima e Vicente de Souza e no dia 10 de novembro de 1904 começaram os confrontos entre populares e policiais. Com a ocupação do bairro da Saúde no final do dia 16 por forças da polícia e do exército e consequente prisão dos líderes populares, finalizou-se a Revolta da Vacina (BERTOLLI FILHO, 2004).

No final do século XIX e início do século XX surge a chamada “era bacteriológica”, época em que a ideia da natureza biológica da doença sobressai e que a saúde é definida como a ausência de doença, esta, por sua vez, tem uma só causa: um germe. Esse período foi marcado pelo mecanicismo, unicausalidade, o biologicismo e a especialização (WESTPHAL, 2007) e nele surgem as bases para o complexo médico-industrial com lucros imensos sobre as doenças e uma forte pressão para que as instituições implantem a “medicina científica”.

Abraham Flexner, no referido período, fez uma investigação nas escolas médicas, a pedido da John’s Hopkin’s University, e elaborou o Relatório Flexner, no qual recomendou o currículo de quatro anos, dividido em dois anos para o ensino básico e dois anos para o ensino

hospitalar. Após sua publicação, foram fechadas cerca de cinquenta escolas médicas nos EUA que não se adequavam ao modelo proposto pelo citado pesquisador (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Flexner entendia a doença como processo biológico e considerava o hospital como centro de transmissão do conhecimento, postura “assumidamente positivista” para Pagliosa e Da Ros (2008, p.496), por considerar “o método científico como forma legítima de produzir conhecimento”.

O modelo de ensino centrado na unicausalidade, biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado, positivista chega ao Brasil através de dois professores da Faculdade de Medicina de São Paulo, que se especializam em Saúde Pública nos EUA e voltam com o intuito de fundar uma faculdade de Saúde Pública, financiados pela Rockefeller Foundation, um dos pilares do modelo capitalista norte-americano (DA ROS, 2006).

A partir daí, escolas médicas foram criadas e os currículos das já existentes foram adaptados ao novo modelo de ensino. Após dez anos de forte repressão militar e com a primeira crise internacional do petróleo, com consequência para os países capitalistas dependentes, surgem movimentos contra a ditadura militar e, na área da saúde, contra-hegemonia ao *modelo flexneriano*, contra o complexo médico-industrial e em defesa de um sistema de saúde hierarquizado com práticas curativas e preventivas articuladas e sob um único comando ministerial. São vários movimentos espalhados pelo país que, reunidos, formam o Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário (DA ROS, 2006).

Nesta época, a Saúde Pública iniciou uma trajetória de transformações históricas tornando-se tema de questionamentos, análises e propostas de movimentos sociais, políticos, sindicais e comunitários. Uma das mudanças foi a troca do termo *público* por *coletivo*, visando chamar a sociedade para a transformação de uma área que era praticamente dominada pela corporação médica e mais excluía do que incluía a população (MINAYO, 2006).

A partir da metade do século XX intensificam-se os conflitos étnicos, a agressão ao meio ambiente, a deterioração do espaço urbano, a exacerbação da violência e o desrespeito aos direitos humanos (MACEDO, 1992). No caso da saúde, ampliou-se a discussão sobre a extensão de cobertura dos serviços envolvendo também o direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde. Na década de oitenta, a opção pelo neoliberalismo e pelo “estado mínimo” comprometeu o âmbito institucional conhecido como saúde pública e novos paradigmas foram necessários para a compreensão do “campo da saúde pública”. No caso específico da América Latina, observa-se a emergência nos últimos vinte anos de um campo que se designou como Saúde Coletiva (PAIM, 1986).

Fleury (1985, p. 107) chegou a definir saúde coletiva como "área de produção de conhecimentos que tem como objeto as práticas e os saberes em saúde, referidos ao coletivo enquanto campo estruturado de relações sociais onde a doença adquire significação".

Entretanto, este é um campo que vem se constituindo a partir da intensificação de fecundos diálogos com a saúde pública e com a medicina social, permitindo uma delimitação sempre provisória enquanto campo de conhecimento e âmbito de práticas. Neste sentido, a saúde coletiva contribui ao estudar e investigar o fenômeno saúde/doença em populações como processo social, analisando as práticas de saúde e buscando compreender as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde e se organiza para enfrentá-los (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

A saúde coletiva é uma maneira abrangente de pensar saúde, não limitando o olhar apenas nas possíveis doenças, diagnósticos, tratamentos e práticas preventivas. Como menciona CAMPOS (2000, p11) precisa-se "investir não somente dimensão corporal dos sujeitos conforme tradição da saúde pública (vacinação, por exemplo), mas também pensá-los como cidadãos de direito e donos de uma capacidade crítica de reflexão e de eleição mais autônoma de modos de levar a vida".

O tema Saúde Coletiva nasceu no contexto das correntes de pensamento marxistas e estruturalistas, fazendo parte de um movimento social muito mais amplo. Atualmente, novas abordagens teóricas e metodológicas e novas disciplinas vêm contribuindo para dar maior abrangência à conceituação de saúde e de doença e para a adequação de um sistema de saúde que atenda às necessidades e aspirações da população (MINAYO, 2006).

O Sistema Único de Saúde como fruto do movimento pela reforma sanitária define-se, a partir da Lei 8080, Art. 4º, como "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e pelas fundações mantidas pelo poder público" (BRASIL, 1990). Na opinião de Vasconcelos e Pasche (2006, p.531), o SUS é "o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes dessa política".

As ações programáticas estratégicas desenvolvidas na atenção primária brasileira visam assegurar uma rede holística de cuidados de saúde proporcionando iniciativas sociais e intervindo em fatores de risco à saúde da população. Nesse contexto, o estudo realizado por Silveira Filho *et al* (2017) reafirma a importância do Sistema Único de Saúde como Política que apoia e promove o bem-estar de todos os cidadãos. Precisa-se fortalecer a atenção básica para assim garantir a consolidação dos princípios do SUS.

Hoje, o SUS é uma política pública que completa pouco mais de duas décadas e meia de existência. Segundo dados contidos na portaria 399 GM, que Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto, o SUS tem uma rede de

mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos (BRASIL, 2006, p. 01).

Face ao exposto, tendo em vista a consolidação desse sistema é que as instituições de ensino precisam investir em ações e práticas curriculares de modo a favorecer a vivência dos estudantes de fisioterapia em contextos reais de saúde aliando assim aliar o conhecimento teórico ao prático.

2.2 Integralidade em saúde

As Conferências Nacionais de Saúde – CNS, fruto do movimento pela Reforma Sanitária, foram percursoras para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, na tentativa de garantir uma assistência integral ao indivíduo, através dos princípios e diretrizes que o regem. Entretanto, para que isso se concretize, os trabalhadores em saúde precisam utilizar as informações disponíveis nos relatórios das CNS, que consideram os fatores ambientes e condições de vida como variáveis de saúde, para gestão do cuidado. Essa visão ampliada só será possível, através de mudanças curriculares, do desenvolvimento da educação permanente em saúde e da utilização de práticas profissionais voltadas à identificação dos riscos ambientais (STEDILE et al, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), os princípios preconizados pelo SUS, Lei 8080/90 (BRASIL, 1990b), são os seguintes:

1. Universalidade e equidade;
2. Integralidade;
3. Regionalização, hierarquização e resolutividade;
4. Descentralização;
5. Participação.

Entre os princípios do SUS está a integralidade. Esta pode ser vista como uma imagem-objeto, com vários sentidos, dentre os quais destaca-se: a integralidade vista como

ações integradas de promoção e prevenção na atenção à saúde e articulação com ações curativas e reabilitadoras; como acesso a diversos níveis de atenção e como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas; como crítica à atitude profissional fragmentária, como crítica a um serviço que privilegia a especialização e segmentação e como crítica à atitude médica reducionista ou à formação de base *flexneriana* (KELL, 2007).

De acordo com a Lei 8080, Art.7º, as ações e serviços públicos de saúde e os privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos princípios do SUS (BRASIL, 1990b). Dentre os princípios citados na referida Lei destaca-se a integralidade de assistência, abordada neste estudo e entendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso em todos os níveis do sistema” (BRASIL, 1990b, Art.7º, Item II). Neste enfoque não são mencionadas ações de promoção da saúde, item importante para o atendimento integral ao paciente.

Já nos objetivos da Regionalização citados no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006, p.06) está a garantia da integralidade da atenção à saúde, ampliando o conceito de “cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema”.

A proposta para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde deve começar pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica, somando-se a todas as outras ações assistenciais. Uma complexa trama de atitudes, de procedimentos, de rotinas e de saberes em um processo de complementação, compõe o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores (MERHY, et al 2004).

Os sistemas integrais de saúde deveriam atender a algumas premissas básicas como: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia da atenção em todos os níveis da complexidade da assistência, a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação e a abordagem integral do indivíduo e da coletividade (CAMPOS, 2003).

A integralidade pode ser vista como uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo” e, portanto, como alerta Mattos (2001, p. 2):

Toda imagem objetivo é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos. Sentidos correlatos, sem dúvida, posto que forjados num mesmo contexto de luta e articulados entre si. Mas sentidos distintos, que possibilitam que vários atores, cada qual com suas indignações e críticas ao que existe, comunguem estas críticas e, pelo menos por um instante, pareçam comungar os mesmos ideais. Mais importante do que isso, uma imagem objetivo não diz de uma vez por todas como a realidade deve

ser. Ela traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas, que têm em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual (que almejamos transformar). Integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, preche de sentidos. Nessa perspectiva, a pergunta - o que é integralidade - talvez não deva ter resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa.

Considerando que as experiências acerca da Integralidade acontecem aqui e acolá, e que ainda não ganharam um conceito, é oportuno, como diz o autor supracitado, dedicar maior atenção ao exame das práticas que se constituem na direção da integralidade.

Integralidade: Utopia ou realidade? Alguns podem considerar a visão da integralidade como utópica, mas para Mattos (2004, p. 1415), “uma série de propostas de mudança nas práticas e nos arranjos dos serviços caminha no sentido da concretização da integralidade”. A idéia de que os usuários que necessitam de um atendimento não podem sair do sistema sem uma resposta concreta, a escuta atenta por parte de todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde, as flexibilizações das rotinas sobre os fluxos de usuários, as ideias de clínica ampliada, enfim, uma série de experiências já concretiza essa aparente utopia. Como também há muitos profissionais que mesmo sem uma formulação teórica da proposta, ou mesmo sem utilizar o termo, praticam a integralidade no seu cotidiano, ou seja, a integralidade diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real em um horizonte temporal definido (MATTOS, 2004). Concorde-se, portanto, com o autor ao considerar a integralidade como um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam ao ideal de uma sociedade mais justa e solidária.

De qualquer forma, esta diretriz tem sido utilizada para designar um dos princípios do SUS, porém, mesmo sendo consagrado pela Constituição, esse princípio ainda encontra dificuldade de ser concretizado na prática. Para Camargo Júnior (2003), a integralidade seria uma rubrica conveniente para o agrupamento de tendências de conhecimento e políticas com uma ligação entre si.

O autor acima questiona sobre a possibilidade de um tipo de atenção que se dirija à totalidade do ser humano, sem perder a autonomia, a partir de uma medicalização também integral. Além desse desafio, aponta para o fato de que o modelo teórico-conceitual é um forte obstáculo para a proposta de integralidade, pois a ênfase biologicista que fragmenta saberes e práticas, opondo-se aos modelos da integralidade.

No Brasil, esse termo fez parte das propostas de reforma desde o início da década de 1980. Surgiu em programas abrangentes para grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM -, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança - PAISC), sendo finalmente assumida como diretriz para a organização do SUS no atual Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF em 2002.

Para Mattos (2003), a integralidade no Brasil tem assumido vários sentidos: como um traço da boa medicina; como um modo de organizar as práticas e como políticas especiais desenhadas para dar respostas a determinados problemas de saúde que afligem grupos populacionais específicos. A Medicina Integral, de base *flexeneriana*, se consolidou como movimento constitucionalizado e organizado, mas, para produzir uma postura integral, seria necessário superar os limites da racionalidade médica (anátomopatológica).

Se, porém, a integralidade, a acessibilidade, a equidade e a resolutividade dos serviços de saúde se encontram presentes nas propostas oficiais, o que se observa na prática dos serviços são ações isoladas. De qualquer forma, este termo, no sentido mais amplo, implica uma recusa ao reducionismo e à transformação dos sujeitos em objeto e remete à afirmação da abertura para o diálogo.

2.3 Formação em fisioterapia

Em 13 de outubro de 1969, o fisioterapeuta foi reconhecido como profissional de nível superior através do Decreto Lei nº. 938/69 que, em seu artigo 3º, descreve como atividade do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (REZENDE, 2005). Por ser uma das profissões que teve seu início nas grandes guerras aonde existiam muitas sequelas de doenças, a fisioterapia tem seu campo ocupacional voltado às ações curativas, de reabilitação. Este aspecto juntamente com uma formação voltada a atendimentos individuais e ações ambulatoriais ou hospitalares, situa a fisioterapia historicamente na média e alta complexidade e pequenas concentrações de profissionais na atenção básica (COSTA et al, 2012).

Através das Resoluções COFFITO nº 08 (que aprova normas para habilitação ao exercício da profissão) e nº 80 (baixa Atos Complementares à Resolução nº 08), foi possível perceber a busca, por parte da área de Fisioterapia, pela ampliação do seu campo de ação, acompanhando, no período pré-SUS, o movimento da reforma sanitária em prol da redefinição da política de saúde brasileira (REZENDE, 2005).

Para atender às políticas de saúde, é importante formar profissionais capazes de interagir em equipe, sendo que as principais competências do profissional da saúde são a atuação multiprofissional e integrada contínua com os demais profissionais da área da saúde, o conhecimento dos problemas políticos e sociais que afligem o país, principalmente os relacionados à comunidade onde atua e ações de proteção, prevenção e recuperação tanto individual quanto coletiva. Isso levará a qualidade nos atendimentos, tornando o profissional humanizado, seja qual for sua área de atuação (GAVA, 2004).

Para Barros (2002, p.7)

Mais do que curar pessoas, é preciso criar condições necessárias para que a saúde se desenvolva. E quem poderia ser mais indicado que o profissional que se dedica ao estudo do movimento humano, das funções corporais, do desenvolvimento das potencialidades, atividades laborativas e da vida diária, entre outros, e tudo isso privilegiando a utilização de recursos da natureza e do próprio corpo humano? Para transformar a cruel realidade brasileira é preciso saber mais do que curar.

Esses profissionais são capazes de agir na promoção da saúde e prevenção e não somente na cura das enfermidades, basta serem preparados para o desempenho de tais atividades.

A ciência moderna deu destaque à ilusão da infalibilidade. Seguindo métodos fundamentados na redução em partes tanto do sujeito como do objeto. Os princípios da redução fundamentam o que Morin (1992) chama de “paradigma da simplificação”, por reduzir o saber complexo a um saber simplificador e linear. Por sua vez, Santos (2000) propõe um novo paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente sugerindo, como Morin, uma racionalidade complexa capaz de juntar o que a racionalidade científica moderna separou. A formação técnica prioriza o domínio das partes e de especialidades, o que significa o não favorecimento do entendimento global, uma vez que “[...] desune e compartimenta os saberes, tornando cada vez mais difícil sua contextualização.” (MORIN, 2004, p. 41).

Essa lógica de formação reducionista se contrapõe à perspectiva formativa integral do ser humano e a realização das condições humanas como ser humano de inteireza. A contrariedade da proposta de formação instrucionista e técnica “[...] Pode também cegar e conduzir a uma exclusão tudo aquilo que não seja quantificável e mensurável, eliminando, dessa forma, o elemento humano do humano, isto é, paixões, emoções, dores e alegrias.” (MORIN, 2004, p. 42). O princípio de formação voltado à técnica e interesses mercadológicos “[...] leva naturalmente a restringir o complexo ao simples. Assim, aplica às complexidades vivas e humanas à lógica mecânica e determinista da máquina artificial.” (MORIN, 2004, p. 42).

A formação voltada prioritariamente ao caráter técnico não permite a compreensão da multidimensionalidade do ser humano que é a um só tempo biológico, social e cultural. A proposta de formação fundamentada na aprendizagem instrucional pode ser mecanicamente eficiente, mas acaba por consolidar um saber científico que prioriza a especialização (tecnologias, industrialização). Para Morin (2004), entre os problemas da formação técnico-científica encontra-se a fragmentação promovida pela especialização fechada que desune, dificultando sua contextualização. Os conhecimentos especializados são formas de abstrair do objeto o seu conjunto, rejeitando a intercomunicação dos laços que os unem ao todo. O compartilhamento dos saberes implica princípios de redução que restringem o complexo ao simples. Ao problematizar tais questões, procura-se inserir o objeto e o sujeito dessa pesquisa considerando que uma investigação se faz com rigor e com sentido.

A ampliação do olhar em relação à saúde funcional da população, vinculada à facilidade do acesso às modalidades terapêuticas desenvolvidas pela fisioterapia nos locais onde o profissional está inserido na estratégia de saúde da família, além de inovador, traz benefícios e traduz o empenho de todos os atores envolvidos no processo – gestores, profissionais e comunidade –, visando o desenvolvimento de uma assistência à saúde realmente integral.

O fisioterapeuta preparado para trabalhar na saúde coletiva, traz relevantes contribuições para a resolução dos problemas de saúde da população. Ele atua, inserindo-se nas equipes de cuidados de saúde, permitindo expandir as possibilidades inovadoras de práticas de cuidados e aumentando o potencial de resolução. Embora, nos últimos anos, tenha aumentado, é baixo o interesse dos fisioterapeutas em atuar na saúde pública, em estudar pós-graduação na área de saúde pública, bem como a ampla atuação desses profissionais em clínicas privadas, onde a prestação de serviços a pacientes SUS ocorre através de contratos. Nesse mesmo contexto pesquisas que relacionam a formação do fisioterapeuta e a saúde pública ainda são poucas, comparadas aquelas sobre as práticas centradas na doença, biologicistas (FERREIRA e REZENDE, 2016).

A criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - (Pró-Saúde) a partir de 2005 possibilitou repensar a formação profissional com base no SUS, favorecendo mudanças curriculares sob três eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica – com o objetivo de fortalecer a integração entre instituições de ensino e serviço público de saúde, com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

Uma das importantes estratégias para adoção de práticas mais integrais durante o processo de formação acadêmica dos profissionais de saúde é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PETSÁUDE. O programa tem o intuito de auxiliar para uma formação com “perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira” (BRASIL, 2010). Dessa maneira, o PET é uma oportunidade para profissionais, graduandos e pós-graduandos ter contato com a saúde da população, pois o pressuposto do programa é a educação pelo trabalho, de forma a qualificar o serviço dos profissionais pela experiência, na prática.

A implantação desses programas são alternativas que possibilitam direcionar a formação voltada ao coletivo, às necessidades da população, sejam elas sociais, econômicas ou culturais, desvinculando a formação centrada na assistência individual para uma mais direcionada à coletividade e às necessidades sociais, históricas, econômicas e culturais da população (GAUER et al, 2017) sendo um facilitador para implantação da integralidade em saúde na formação do fisioterapeuta.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa se iniciou a partir da estratégia metodológica de revisão de literatura pela base de dados da biblioteca virtual de Saúde na América Latina e Caribe – LILACS. Na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS; MEDLINE, SCIELO e GOOGLE ACADÊMICO, foram encontrados, a partir do ano de 2014, 1.510 textos para os descritores “Integralidade em Saúde e Formação em Fisioterapia”. A partir da leitura do título dos textos, encontrados, foram selecionados 33, cuja leitura tornou-se importante para a análise dos dados. Os textos selecionados que foram utilizados neste estudo estão inseridos na análise dos dados. Os critérios utilizados para exclusão foram os textos disponibilizados de forma incompleta para leitura ou aqueles que no título não apresentasse correlação entre os descritores ou dos descritores com o estudo.

3.1 Caracterização da Pesquisa

Tratou-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo, documental de abordagem qualitativa e quantitativa, tendo a integralidade em saúde e o processo de formação dos fisioterapeutas como eixos teóricos. A pesquisa documental tem como principal característica que sua fonte de coleta de dados está restrita a documentos (MARCONI e LAKATOS, 2005). Tratando-se da presente pesquisa, classificou-se como documental, pois a busca de informações foi em endereços eletrônicos das universidades catarinenses.

A pesquisa qualitativa “preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social (...) atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhes atribuem os atores” (MINAYO e col., 2005:81).

A pesquisa qualitativa pode ser vista como um termo genérico que abrange múltiplos suportes filosóficos e métodos de pesquisa. De acordo com Minayo (2006, p. 22): “[...] a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações médias e estatísticas”.

Por outro lado, a pesquisa quantitativa trabalha com dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, tais como a porcentagem que será utilizada nos gráficos de levantamento de dados do Curso (SILVA, 2004).

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em sites de Instituições de Ensino de Santa Catarina – IES que disponibilizam o curso de fisioterapia, reconhecido pelo Ministério da Educação – MEC.

Foi consultado o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª região – CREFITO10 para obtenção dos nomes das IES.



Figura - Ilustração do mapa de Santa Catarina - Fonte:
<http://www.infoescola.com/mapas/mapa-geografico-santa-catarina/>

Os cursos de graduação em fisioterapia, foco desse estudo, diferem na quantidade de disciplinas oferecidas ao longo de seu processo de formação e no tempo do curso. Na análise das ementas das disciplinas abordaram-se questões relacionadas **à integralidade em saúde**. Portanto, a abordagem metodológica caracterizou-se pelo enfoque quanti-qualitativo com dados obtidos nos sites das instituições, informações de domínio público.

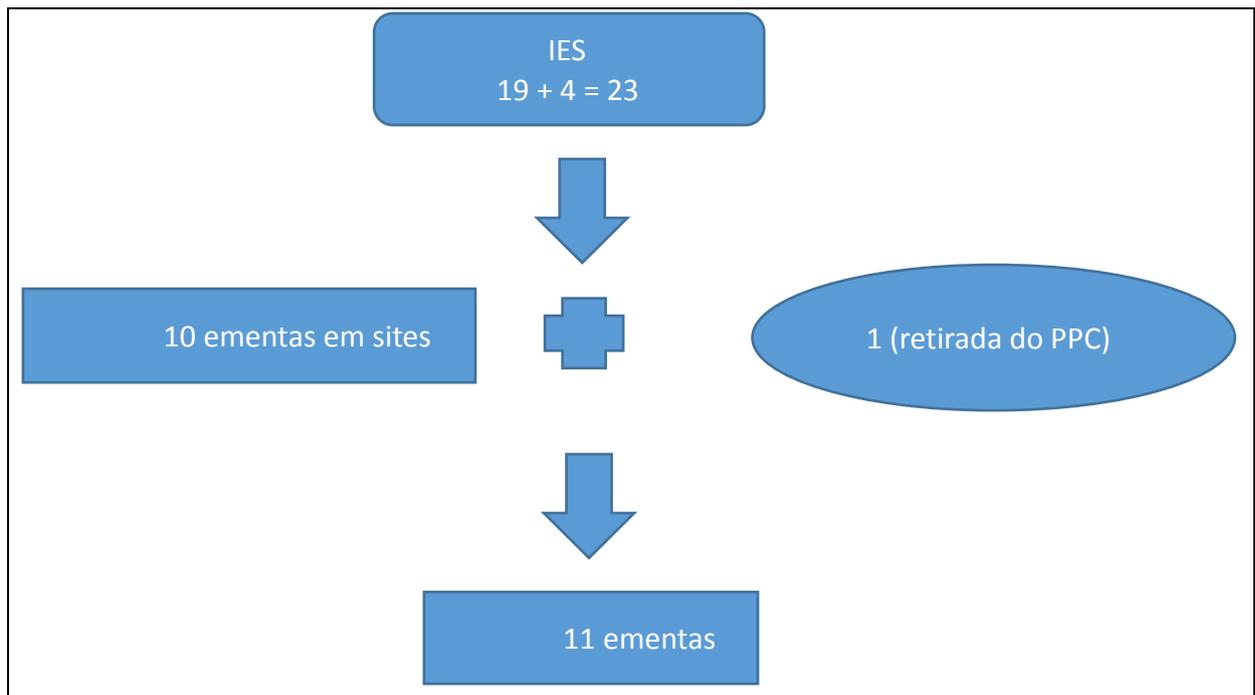
O cenário deste estudo incluiu as Instituições de Ensino Superior (IES) de SC e a escolha da base territorial deste estudo ocorreu por uma questão de conveniência geográfica à realização da pesquisa, por se tratar de um estudo inédito no estado e pela necessidade de verificar a realidade da formação dos profissionais fisioterapeutas no Estado de Santa Catarina.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa

O critério de seleção das IES se deu pela escolha das IES catarinenses, cujo curso de fisioterapia foi reconhecido pelo MEC até a data de início da coleta de dados, cadastradas no site oficial do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO de Santa Catarina (10ª Região), sejam elas públicas, privadas ou comunitárias.

De acordo com dados obtidos no site do Conselho de Fisioterapia, dezenove instituições de ensino oferecem o curso de fisioterapia reconhecido pelo MEC, sendo que dentre essas algumas disponibilizam o curso em mais de um campus (CREFITO10, 2017). Neste caso, fez-se a opção do campus que primeiro ofereceu o curso (informação também

disponível em site) por se entender que houve mais tempo para possíveis modificações nas ementas (adequações) e por se entender que possivelmente já tenham tido profissionais formados. A pesquisa iniciou-se com a busca da matriz curricular e ementas das disciplinas nos sites das instituições de ensino e, nos casos de não estarem disponibilizadas estas informações no site, a instituição foi excluída da pesquisa. Ao término desta coleta, totalizaram-se 11 IES que fizeram parte desta pesquisa.



Esquema 1: Universidades pesquisadas

3.4 Instrumentos

Como recurso às buscas da dimensão “Integralidade em saúde” nos documentos, utilizou-se o programa de computador para análises qualitativas MAXQDA (VERBI Software. Consult. Sozialforschung. GmbH, 2016). Este programa auxilia a equipe de pesquisadores no processo de localização e marcação do conteúdo, destacando-se pela facilidade no tratamento dos dados e apresentação de novas visões das informações recolhidas pelo pesquisador. Neste sentido, o investigador é o principal responsável pelas análise dos dados, auxiliado por uma ferramenta informatizada (BOGDAN e BIKLEN, 1994; GARCÍA-HORTA e GUERRA-RAMOS, 2009; POPE, ZIEBLAND e MAYS, 2000).

O MAXQDA é um software profissional para análise de dados qualitativos e métodos mistos de pesquisa. O uso do MAXQDA é reconhecido pela comunidade científica internacional e atualmente ele é utilizado por milhares de acadêmicos ao redor do mundo. Ele está disponível como uma aplicação universal para os sistemas

operacionais Windows e Mac OS X. O MAXQDA pode ser usado na análise de todos os tipos de dados não estruturados, tais como entrevistas, artigos científicos, arquivos multimídia, perguntas de questionários, dados do Twitter, entre muitas outras possibilidades. O MAXQDA permite que você integre métodos ou dados quantitativos no seu projeto de forma aprofundada. É possível, por exemplo, estabelecer conexões entre dados qualitativos e variáveis sociodemográficas. Da mesma forma, você também pode quantificar os resultados das suas análises qualitativas ou calcular frequências estatísticas de forma simples e direta. (MAXQDA, 2016)

No contexto do programa, níveis foram inseridos como categorias e algumas dimensões como palavras-chave conforme quadro 1. Nesta etapa, cada palavra, frase ou oração marcada em um documento pelo programa é denominada de codificação. O processo de codificação é basicamente a busca por algum fragmento de conteúdo que tenha coerência com alguma palavra-chave demarcada pelo programa, sendo que esta passa a ficar destacado para o usuário a partir do momento da conclusão da codificação. No processo de codificação, com o MAXQDA, foram realizadas buscas lexicais por meio de palavras-chave relacionadas às categorias conforme quadro abaixo:

Quadro 1 – Categorias e Palavras-chave para pesquisa no software MAXQDA12

PALAVRAS-CHAVE PARA PESQUISA NO MAXQDA12	
Categoria/Códigos	Palavras-Chave/Subcódigos
Educação em Saúde (Lei 8080/1990, DCN 2002, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde 2004, Proposta de novas DCN para os cursos de graduação em fisioterapia, 2017)	Conceito de saúde e doença Saúde e doença Promoção da saúde Prevenção de doença Saúde coletiva Saúde pública SUS/ Sistema Único de Saúde Epidemiologia Educação em saúde Saúde Comunitária Educação Permanente em Saúde Qualidade de vida Saúde da família Programa de saúde Política de saúde

<p>Princípios do Sistema Único de Saúde (Lei 8080/1990)</p>	<p>Universalidade e equidade; Integralidade; Regionalização Hierarquização Resolutividade Descentralização; Participação/control social Sistema Único de Saúde/SUS</p>
<p>Integralidade em Saúde (MATTOS, 2004, 2009; LAPPIS, 2018)</p>	<p>Integralidade da atenção Assistência integral Atendimento integral Atenção integral Atenção a saúde Trabalho em equipe interdisciplinar Trabalho integrado Interdisciplinaridade na saúde Interdisciplinaridade na atenção a saúde Estratégia Saúde da família – ESF Programa Saúde da Família – PSF Ações integradas de promoção e prevenção Prática integrativa</p>
<p>Formação em fisioterapia com base na integralidade (DCN, 2002, Proposta de novas DCN para os cursos de graduação em fisioterapia, 2017)</p>	<p>Fisioterapia na saúde coletiva Fisioterapia na promoção da saúde Fisioterapia preventiva Fisioterapia Comunitária Fisioterapia na comunidade Fisioterapia na atenção integral à saúde Formação integral em saúde</p>

As categorias e respectivas palavras-chave foram selecionadas por articularem a integralidade em saúde nos processos de formação em fisioterapia das instituições de ensino de Santa Catarina de acordo com referencial teórico da pesquisa.

O quadro 1 foi baseado nos grandes sentidos da palavra integralidade (MATTOS, 2004), pois o conhecimento e abordagem nas ementas das categorias educação em saúde, princípios do SUS e formação em fisioterapia com base na integralidade são fundamentais

para que seja possível que o aluno conheça e exercite a integralidade em saúde nos estágios durante a formação e após formados, como profissionais.

As palavras-chave da categoria educação em saúde foram baseadas na leitura da lei 8080 de 1990, das DCN de 2002, da proposta das novas diretrizes curriculares nacionais para o curso de fisioterapia (BRASIL, 2017) e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004).

Com relação as palavras-chave da segunda categoria, foram retiradas da leitura e análise dos princípios do SUS destacados na Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990). Já para elaboração da terceira categoria, integralidade em saúde, as palavras-chave foram encontradas em textos científicos que abordam e trabalham a conceituação do tema disponíveis no Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde LAPPIS (20018) e nos textos de Mattos (2004, 2009) que aborda os sentidos do termo integralidade em saúde.

A última categoria de análise e suas respectivas palavras-chave, formação em fisioterapia com base na integralidade, foram construídas a partir da leitura dos textos das DCN de 2002 e da proposta das novas diretrizes curriculares nacionais para o curso de fisioterapia (BRASIL, 2017). Os indícios das palavras-chave nas quatro categorias que se articulam à integralidade em saúde foram codificados com o auxílio do programa MAXQDA, e assim gerados relatórios com os conteúdos demarcados pela pesquisadora para análises e conclusões.

3.5 Procedimentos

3.5.1 Coleta de Dados

As instituições catarinenses que disponibilizaram informações acerca das ementas nos sites de domínio público, fizeram parte da pesquisa, sem a necessidade de autorização dos gestores, pois estas não foram identificadas.

Foi cadastrado no programa MAXQDA cores às categorias do estudo, de forma que nos gráficos, a integralidade em saúde está representada pela cor vermelha, educação em saúde de cor amarela, princípios do Sistema Único de Saúde de cor azul e formação em fisioterapia com base na integralidade demonstrado pela cor verde.

3.5.2 Análise e Interpretação dos Dados

A análise documental e levantamento quantitativo foi realizado com auxílio do MAXQDA. Optou-se pela análise documental como estratégia complementar; uma vez que os

documentos representam uma versão específica de realidades construídas para objetivos específicos e, portanto, devem ser vistos como uma forma de contextualização da informação (FLICK, 2009, cap.19). A análise documental pode ser definida como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estudo ulterior a sua consulta e referência” (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo configurou-se como fase relevante no método da pesquisa documental, pois nessa etapa os documentos foram estudados e analisados de forma minuciosa para a busca de indícios que sinalizassem a presença da integralidade em saúde como princípio do SUS na composição das ementas.

A análise de documentos é uma técnica importante de abordagem de dados qualitativos (LÜDKE e ANDRÉ, 2003), segundo Richardson (1999, p. 230) “consiste em uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem ser relacionadas.”. Assim, a dimensão Integralidade em saúde norteou a busca de dados para a pesquisa.

E para análise dos dados da pesquisa quantitativa, utilizou-se a análise descritiva, aquela que visa apenas registrar e descrever as características de uma determinada população, utilizou-se gráficos, uma vez que o objetivo do estudo é apenas descrever o fato em si (MARCONI e LAKATOS, 2005). Sendo assim, os dados quantitativos foram organizados e tabulados no programa Excel 2010 e, posteriormente realizada análise descritiva. Para facilitar a demonstração desses dados, utilizou-se tabelas e gráficos.

Este projeto não passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC por se tratar de pesquisa documental em base de dados de domínio público.

4 RESULTADOS

Nesse capítulo serão tratados os dados coletados para esta pesquisa. Para que seja possível atingir o objetivo geral do trabalho que é identificar as faces da integralidade em saúde dos cursos de graduação em fisioterapia das instituições catarinenses, foram desenvolvidas as seguintes etapas:

Primeiramente fez-se a verificação dos indícios da integralidade em saúde nas ementas das disciplinas dos cursos de formação em fisioterapia. A partir daí conseguiu-se descrever através de gráficos a frequência das categorias de análise que dão sentido à integralidade em saúde e relacionar as categorias de análise que vinculam integralidade em saúde nos diferentes processos de formação em fisioterapia. E por fim, distinguiu-se as faces da integralidade em saúde nos cursos de graduação em fisioterapia.

4.1 Indícios de integralidade em saúde nas ementas das disciplinas dos cursos de formação em fisioterapia

Os documentos institucionais foram analisados a partir de quatro categorias conforme quadro 1, apresentado na metodologia. A coleta de dados iniciou com uma busca no site do CREFITO, que disponibiliza o nome das universidades que oferecem o curso de fisioterapia aprovado pelo MEC. Totalizaram-se 19 universidades, sendo que algumas delas oferecem cursos em dois pólos totalizando 23. Considerou-se apenas um pólo por universidade, o mais antigo de acordo com o site da instituição.

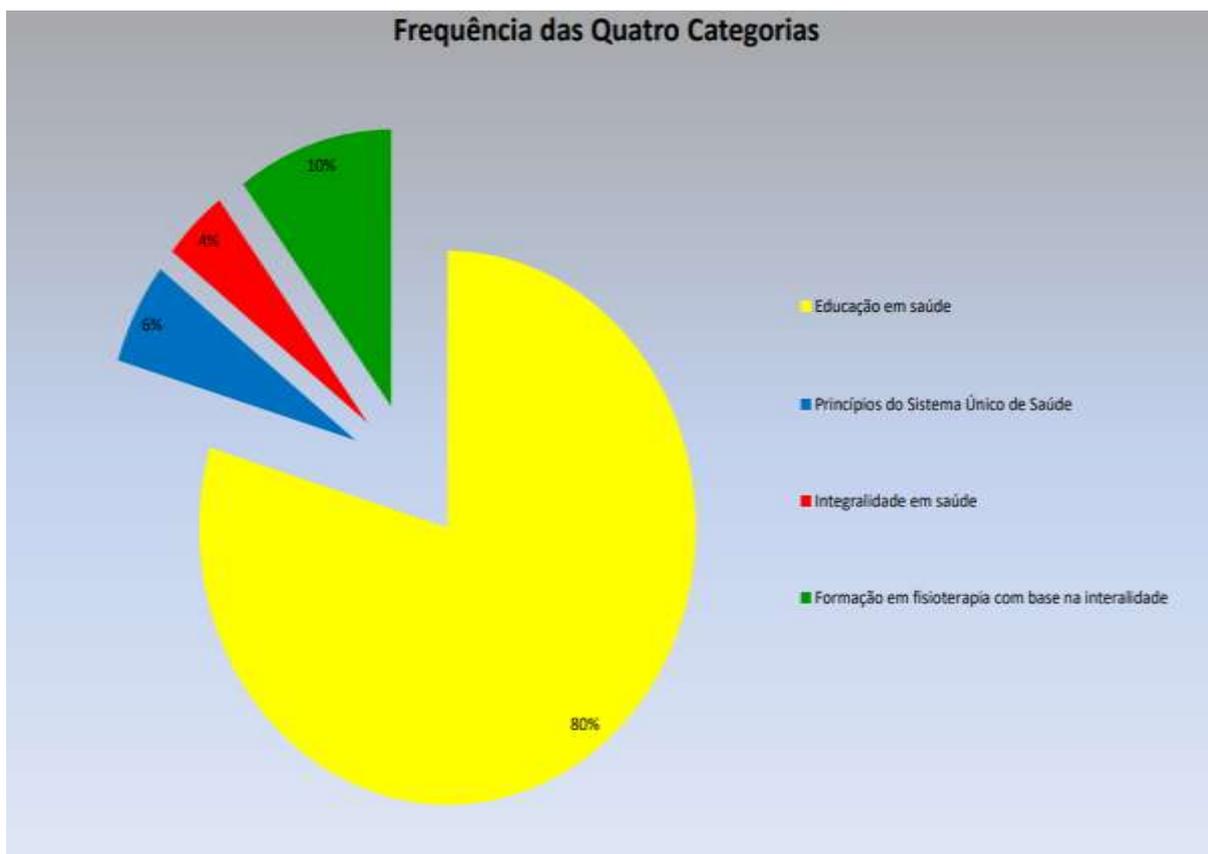
Após esse trabalho constatou-se que destas 19 instituições, apenas 10 forneciam no site a descrição das ementas das disciplinas do curso, destas, uma fornecia também o PPC (Projeto Pedagógico do Curso). Em outra instituição constava no site apenas o PPC do curso, onde foi possível retirar as ementas das disciplinas. No término da coleta, totalizaram-se 11 IES catarinenses participantes.

Cabe salientar que algumas instituições traziam apenas a grade curricular do curso, dessa forma foram desconsideradas do estudo, pois o foco eram as ementas das disciplinas ofertadas e o nome das disciplinas acabou entrando no estudo das ementas. Foi necessário agrupar os dados em textos, transformar os arquivos em pdf para torná-los adequados para serem transferidos para o MAXQDA. Na sequência e com base nas categorias e palavras-chave, utilizou-se o auxílio deste programa para uma primeira análise do que se havia coletado.

O programa MAXQDA auxiliou na construção dos gráficos a partir dos dados que foram introduzidos no sistema. O nome das universidades que fizeram parte desta pesquisa foi preservado, para tanto atribui-se aleatoriamente uma letra para cada instituição, de A a K para preservação do anonimato.

Em cada nível aqui nomeado de categoria, alguns indicadores serão destacados. As categorias foram utilizadas para que o programa MAXQDA12 fizesse a busca lexical do vocábulo no documento todo. Na sequência seguem os gráficos que surgiram com os dados coletados da pesquisa e sua descrição. Utilizou-se diferentes cores para cada categoria de análise. A cor amarela foi utilizada para categoria educação em saúde, a cor azul para princípios do SUS, vermelho para integralidade em saúde e verde para formação em fisioterapia com base na integralidade

Gráfico 1: Frequência das categorias gerais do estudo nas universidades pesquisadas

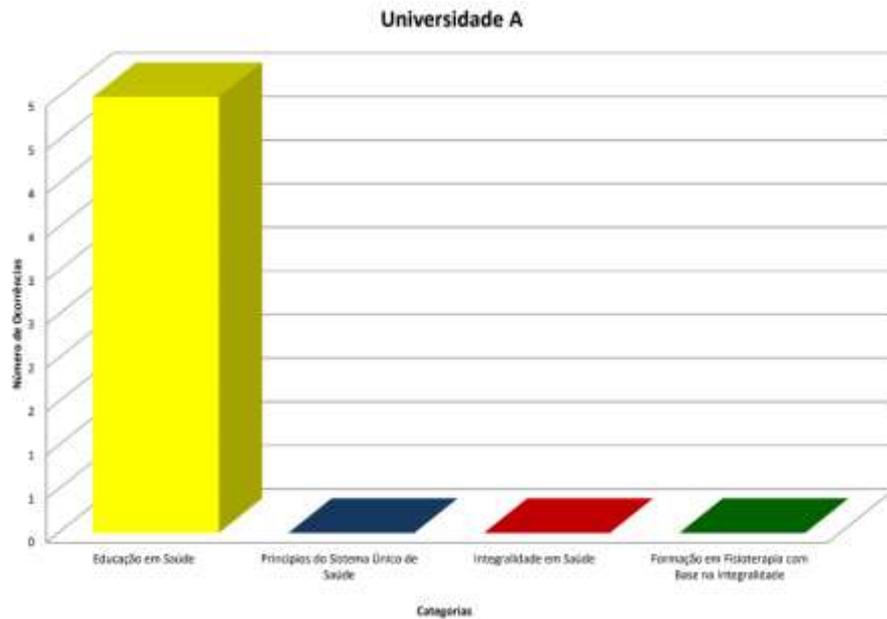


Foram encontradas um total de 111 palavras-chave de todas as pesquisadas, sendo que 80% pertenciam a categoria educação em saúde, 10% à formação da fisioterapia com base na integralidade, 6% princípios do SUS e 4% sobre integralidade em saúde.

Foram organizados 11 gráficos como representação das universidades e respectivas frequências das 4 categorias prévias e na sequência o desdobramento das mesmas. Os gráficos

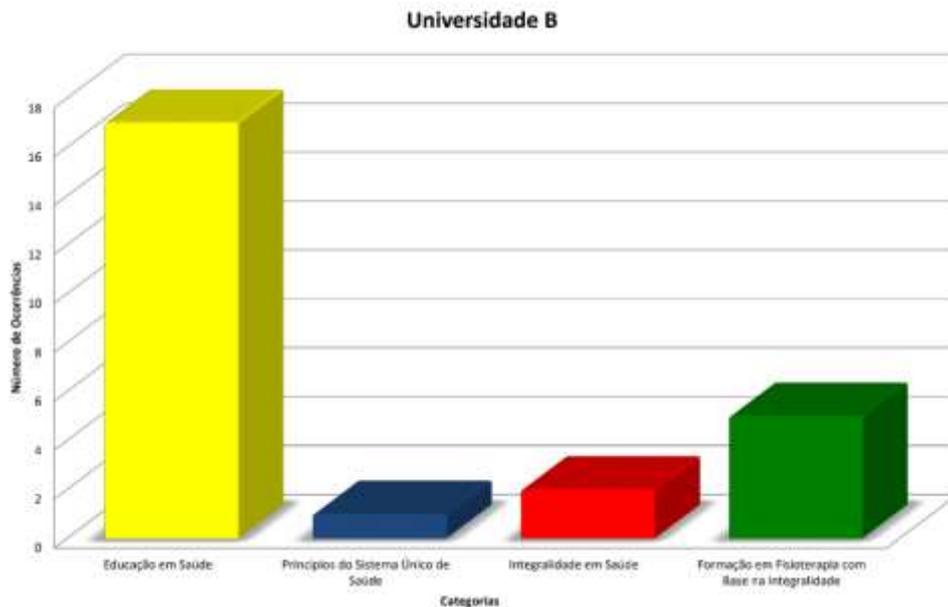
a seguir mostram a quantidade de palavras-chave por categorias em cada uma das Universidades.

Gráfico 2: Frequência das categorias de estudo na universidade A



O gráfico da universidade A teve 5 palavras-chave na categoria Educação em saúde, nenhuma palavra chave nas demais categorias do estudo.

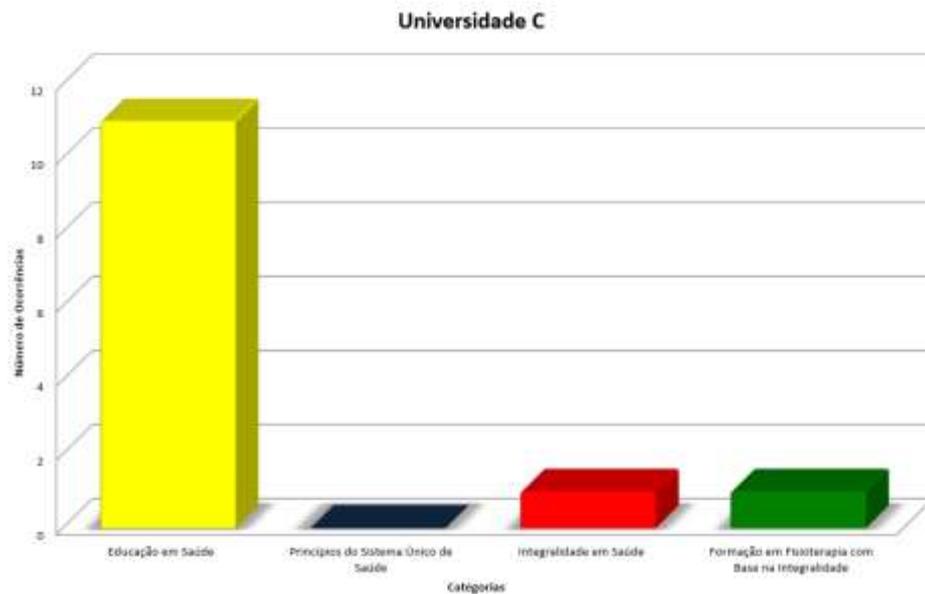
Gráfico 3: Frequência das categorias na universidade B



O gráfico 3 demonstra que na universidade B o número de ocorrências das palavras chave que representam as quatro categorias do estudo. Nesta universidade obteve-se 17 palavras-chave na categoria educação em saúde, 1 palavra-chave em princípios do Sistema

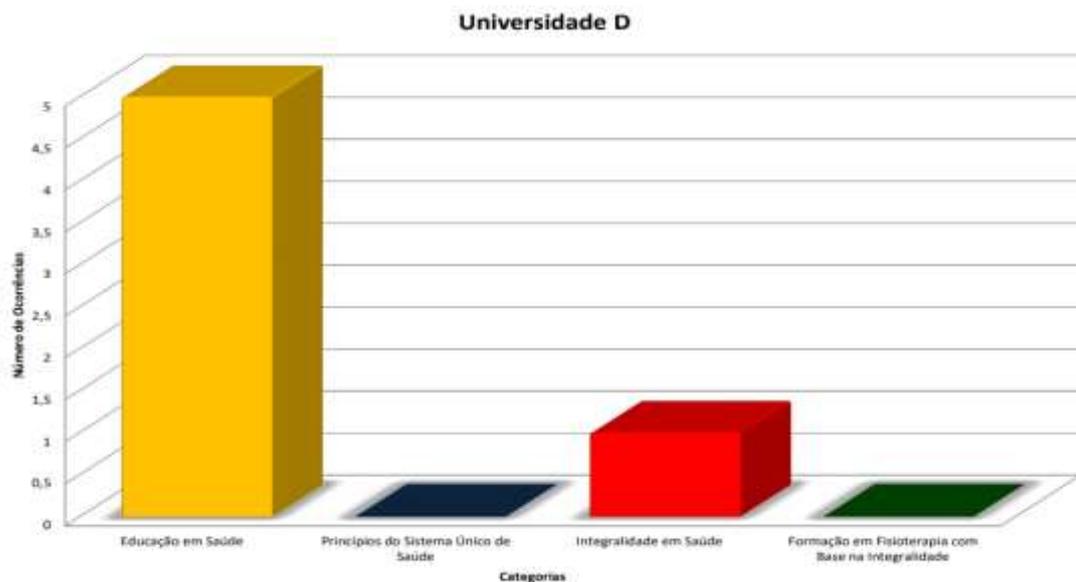
Único de Saúde, 2 palavras-chave em integralidade em saúde, e 5 palavras-chave em formação em fisioterapia com base na integralidade.

Gráfico 4: Frequência das categorias na universidade C



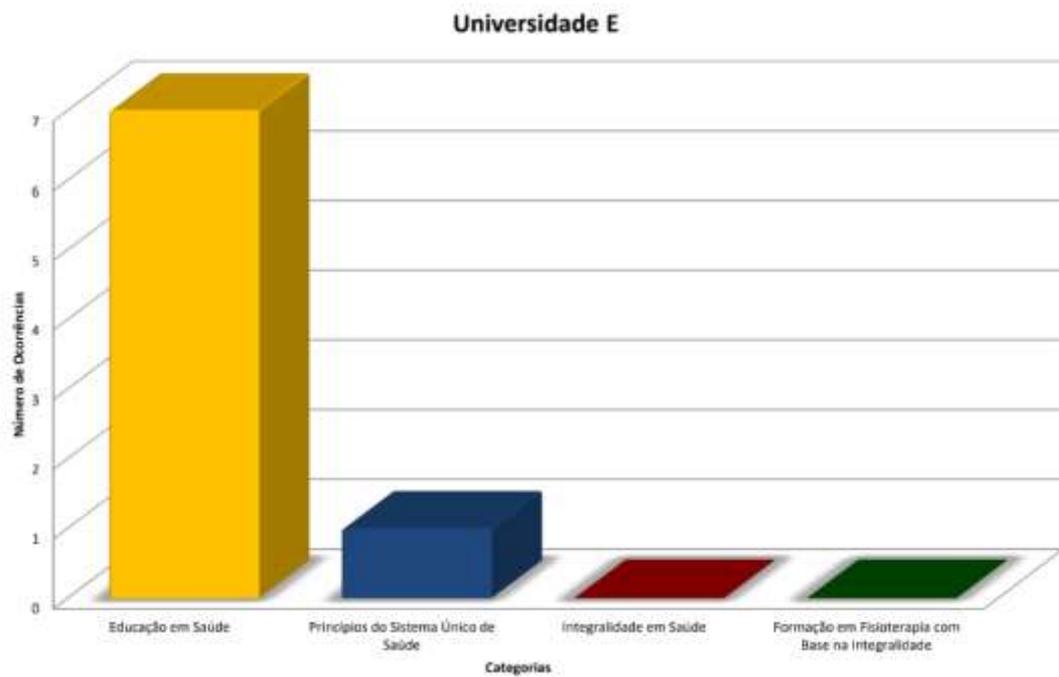
Observa-se no gráfico 4 que na universidade C há ocorrência de 11 palavras-chave na categoria educação em saúde, nenhuma referente aos princípios do Sistema Único de Saúde, 1 palavra-chave em integralidade em saúde, e 1 palavra-chave em formação em fisioterapia com base na integralidade.

Gráfico 5: Frequência das categorias na universidade D



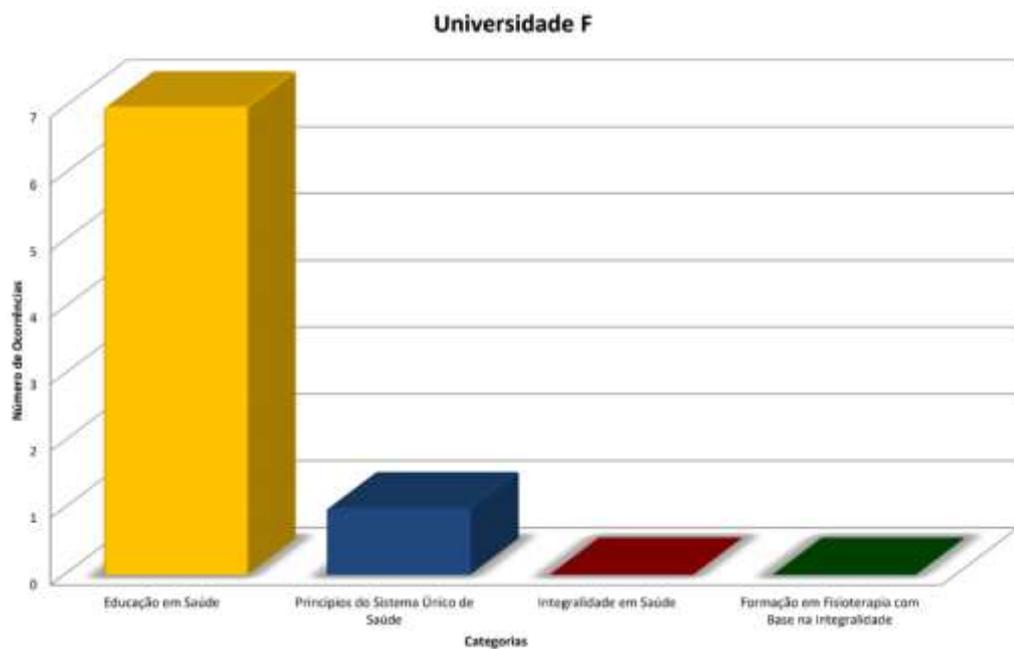
A universidade D apresentou 5 palavras-chave na categoria educação em saúde, 1 palavra-chave em integralidade em saúde, e nenhuma nas demais categorias.

Gráfico 6: Frequência das categorias na universidade E



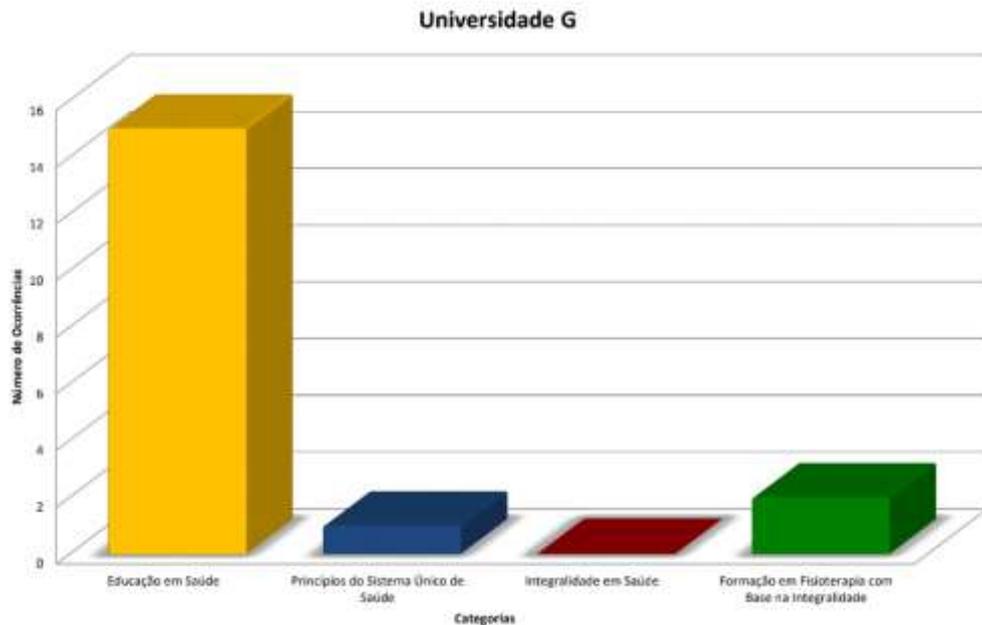
O gráfico 6 mostra que a universidade E teve 7 palavras-chave na categoria educação em saúde, 1 palavra-chave em princípios do Sistema Único de Saúde e nenhuma nas demais categorias.

Gráfico 7: Frequência das categorias na universidade F



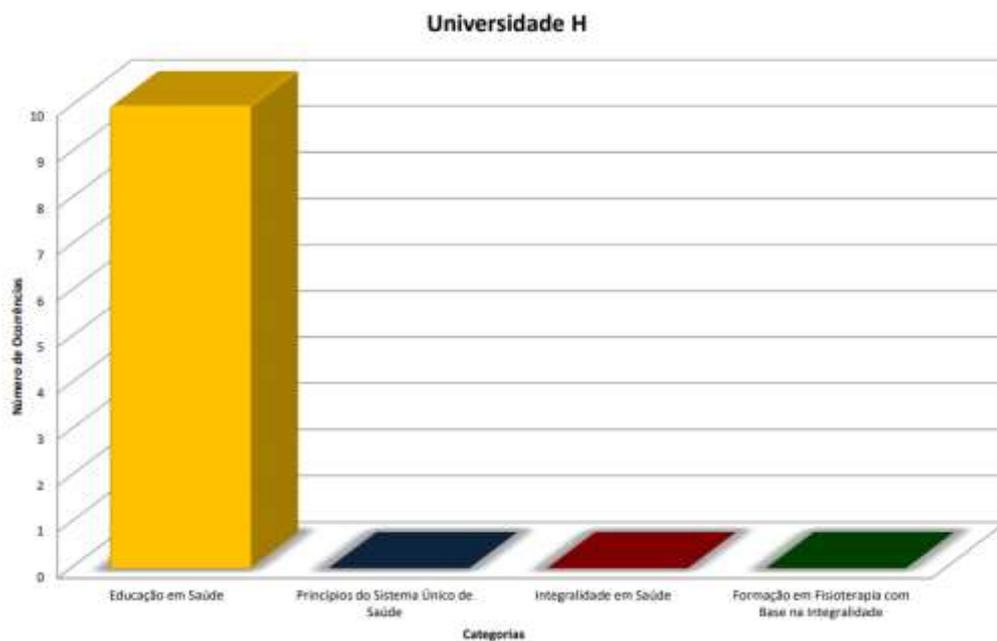
A universidade F apresentou 7 palavras-chave na categoria educação em saúde, 1 palavra-chave em princípios do Sistema Único de Saúde e nenhuma nas demais categorias do estudo.

Gráfico 8: Número de ocorrências das categorias na universidade G



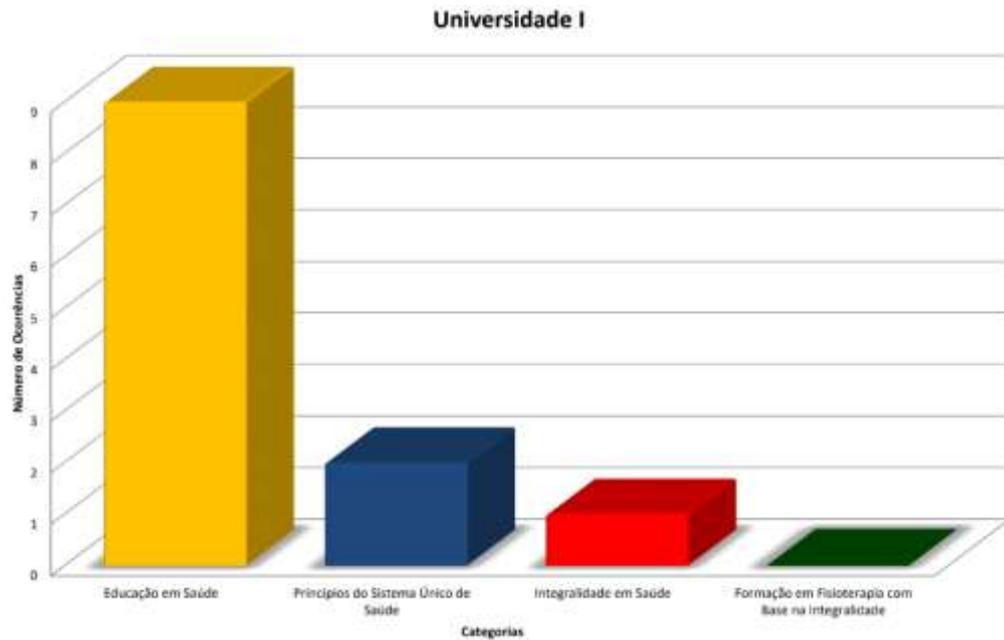
No gráfico 8 observa-se que na universidade G a maior ocorrência das palavras-chave da categoria educação em saúde com total de 15 palavras-chave, 2 palavras-chave em formação em fisioterapia com base na integralidade 1 palavra-chave em princípios do Sistema Único de Saúde, nenhuma palavra-chave da categoria integralidade em saúde.

Gráfico 9: Frequência das categorias na universidade H



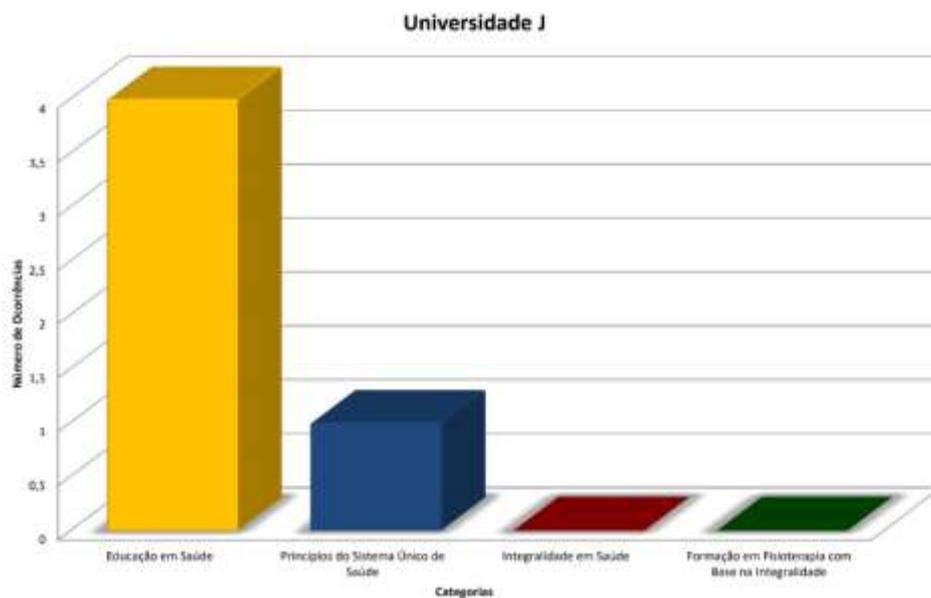
A universidade H como demonstrado no gráfico 9 teve 10 palavras-chave na categoria educação em saúde e nenhuma nas outras categorias do estudo.

Gráfico 10: Número de ocorrências das categorias na universidade I



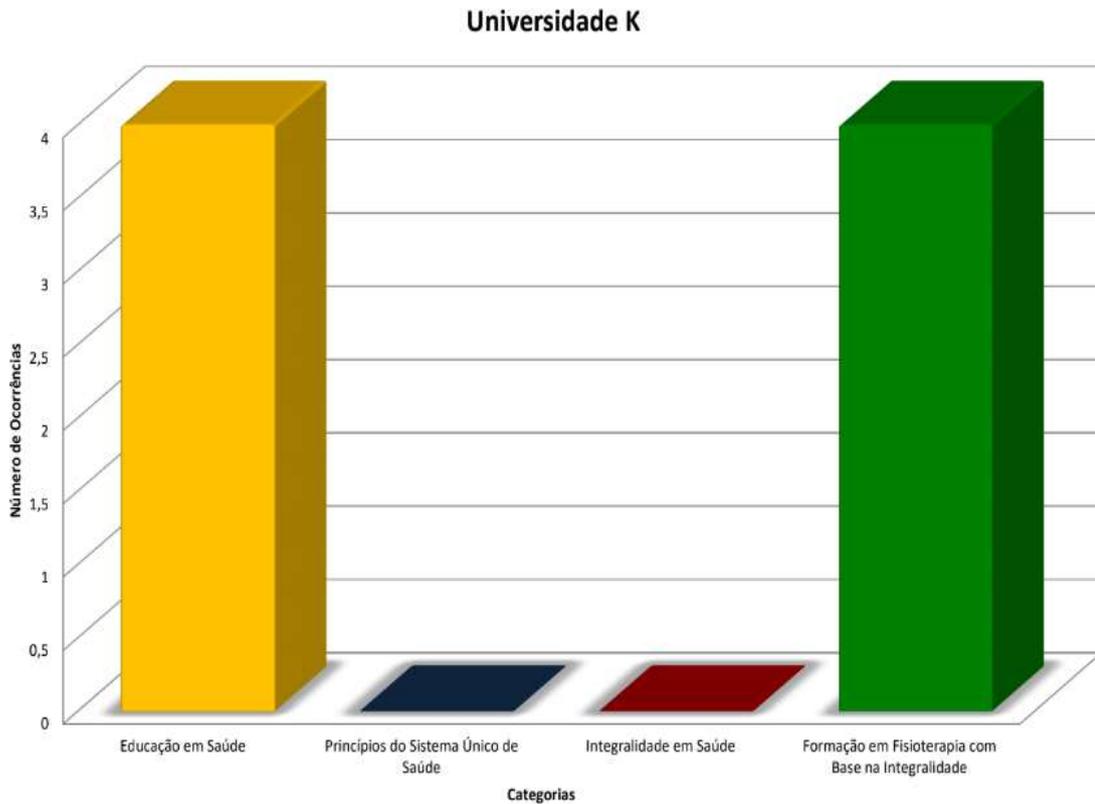
A universidade I teve 9 palavras-chave na categoria educação em saúde, 2 palavras-chave em princípios do Sistema Único de Saúde, 1 palavra-chave em integralidade em saúde e nenhuma palavra-chave em formação em fisioterapia com base na integralidade.

Gráfico 11: Frequência das categorias na universidade J



Conforme demonstrado no gráfico 11, a universidade J apresentou 4 palavras-chave na categoria educação em saúde, 1 palavra-chave em princípios do Sistema Único de Saúde e nenhuma palavra-chave nas categorias integralidade em saúde e na formação em fisioterapia com base na integralidade.

Gráfico 12: Frequência das categorias na universidade K

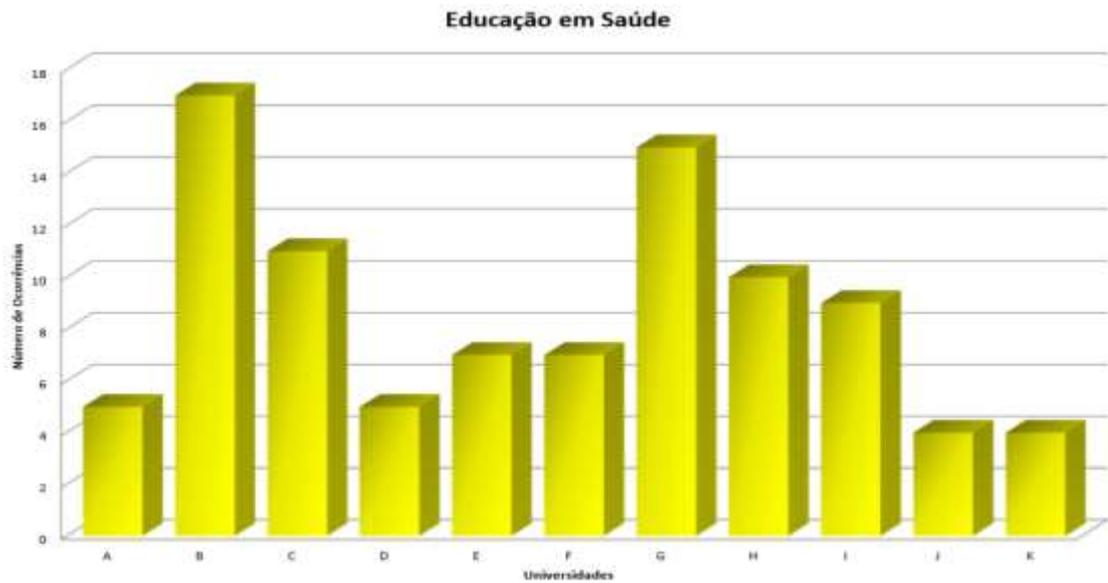


A universidade K teve 4 palavras-chave na categoria educação em saúde, 4 palavras-chave em formação em fisioterapia com base na integralidade e nenhuma palavra-chave nas categorias princípios do Sistema Único de Saúde e integralidade em saúde.

4.2 Categorias de análise que dão sentido à integralidade em saúde

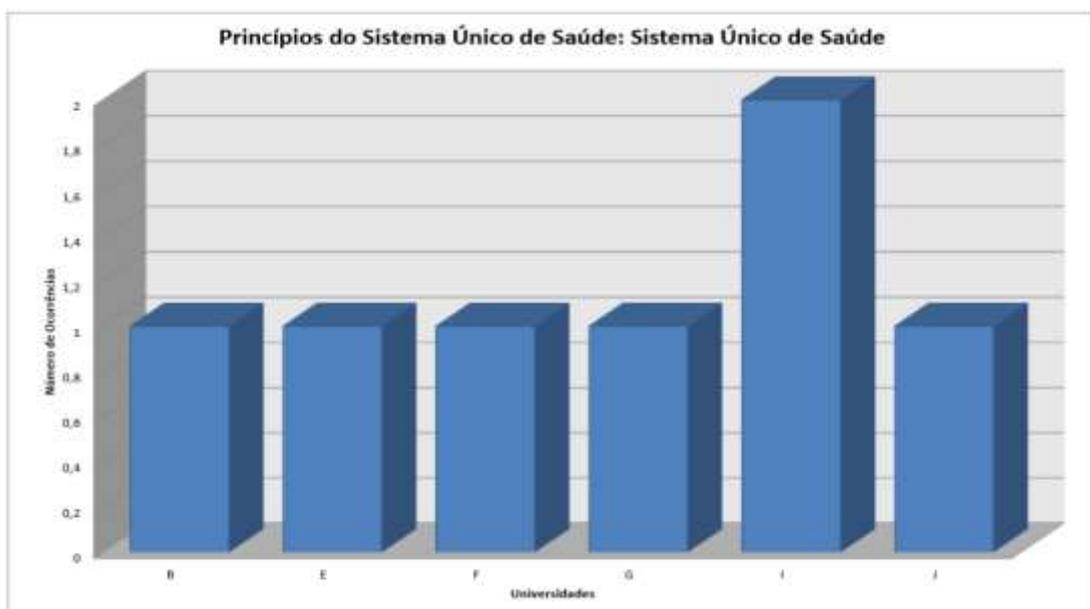
Os próximos gráficos demonstrarão a frequência de cada categoria de análise nas universidades pesquisadas.

Gráfico 13: Frequência da categoria educação em saúde nas universidades pesquisadas



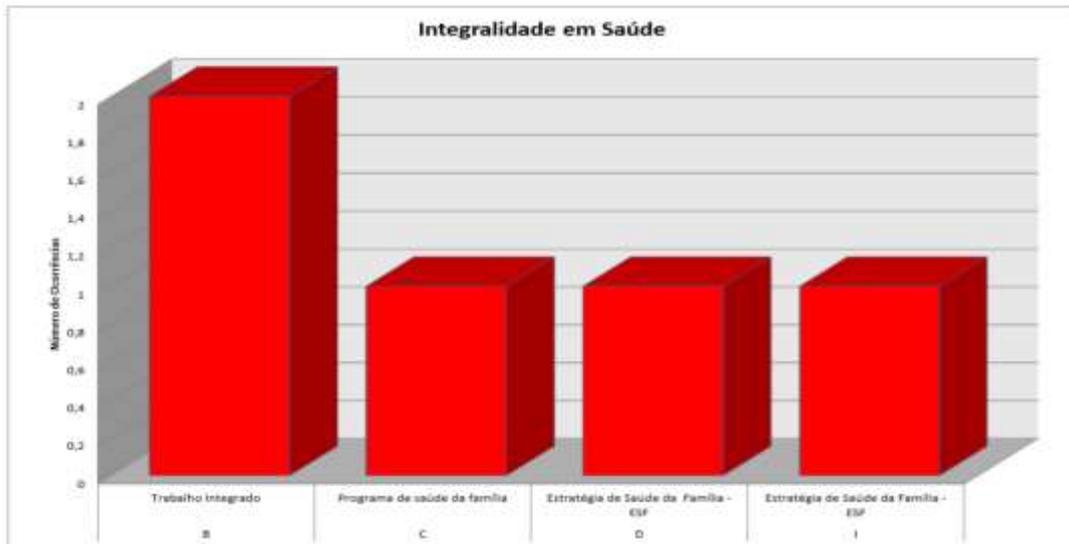
Na coleta de dados referente às categorias, observou-se maior número de palavras-chave da categoria educação em saúde. E um fato relevante é que esta categoria apareceu em todas as universidades pesquisadas, totalizando 94 ocorrências, sendo que as que tiveram maior prevalência dessas palavras, conforme identificado no gráfico 13, foram a universidade B com 17 palavras-chave, a universidade G com 15 palavras, a universidade C com 11 e a universidade H com 10 palavras-chave referentes. As demais universidades apresentaram menos de dez palavras-chave referentes a essa categoria.

Gráfico 14: Frequência da categoria princípios do SUS nas universidades pesquisadas



Para os princípios do SUS, o MAXQDA gerou o gráfico 14. As cinco universidades que tiveram um índice são B, E, F, G, J, e 1 universidade (I) com dois índices.

Gráfico 15: Frequência da categoria integralidade em saúde nas universidades pesquisadas



O gráfico 15 demonstra a frequência das palavras chave da categoria integralidade em saúde. A universidade B apresentou duas ocorrências da palavra-chave trabalho integrado, a universidade C, uma ocorrência da palavra programa saúde da família e nas universidades D e I, a Estratégia Saúde da Família apareceu uma vez em cada.

Gráfico 16: Frequência da categoria formação em fisioterapia com base na integralidade nas universidades pesquisadas

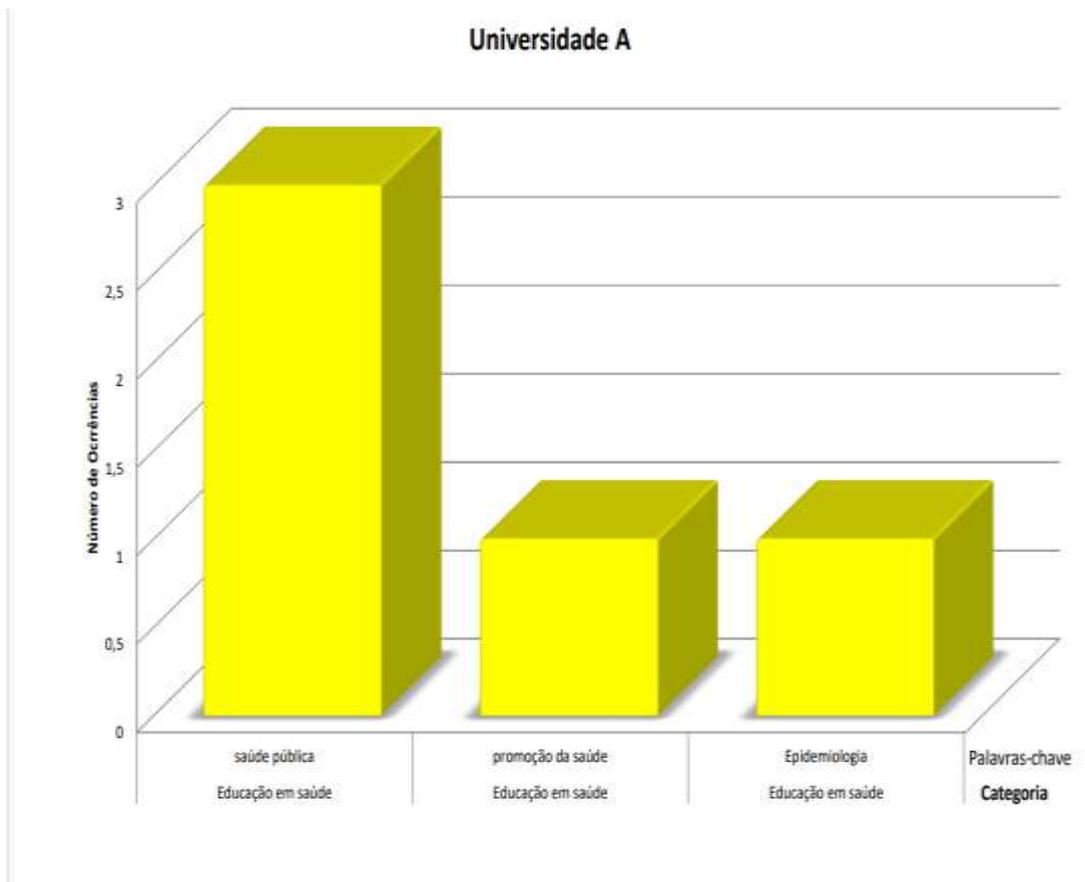


Das 11 universidades pesquisadas 4 (B, C, G, K) apresentaram indícios de palavras-chave pertencentes a categoria formação em fisioterapia com base na integralidade.

4.2.1 Frequência das palavras-chave por categoria nas universidades pesquisadas

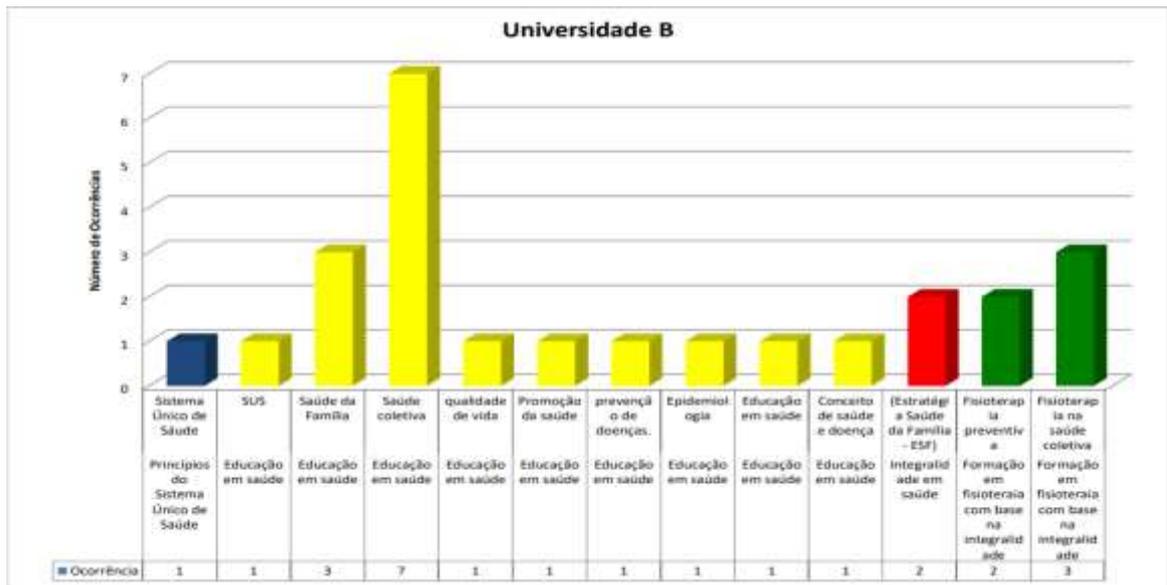
Na sequência, buscando o desdobramento das categorias de estudo, serão apresentados os gráficos com a frequência das palavras-chave utilizadas no quadro 1 da metodologia por universidade pesquisada.

Gráfico 17: Frequência das palavras-chave na universidade A



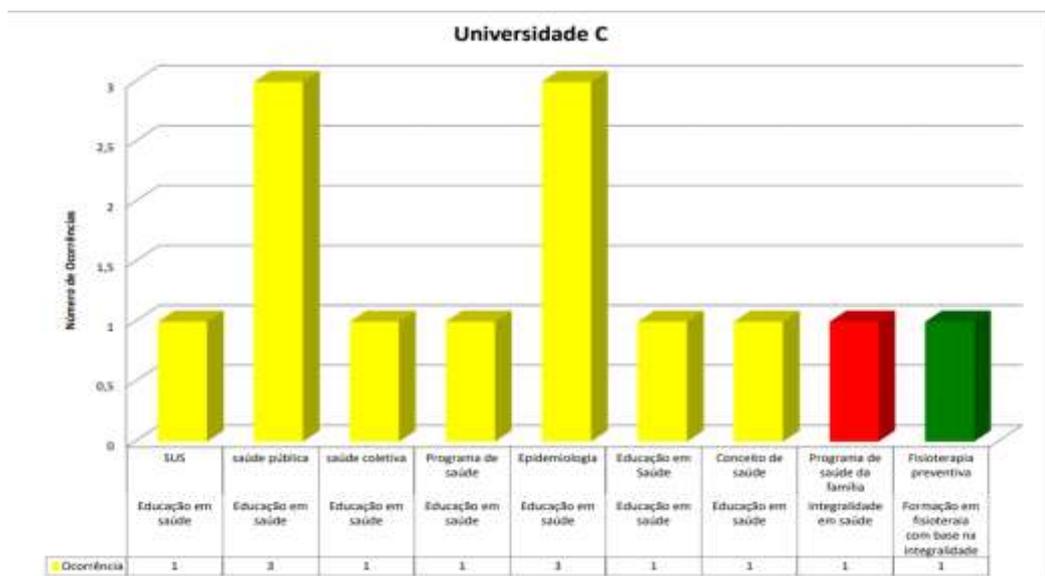
No gráfico 17 pode-se observar que das cinco palavras-chave que apareceram na universidade A, saúde pública apareceu três vezes, promoção da saúde e epidemiologia uma vez.

Gráfico 18: Frequência das palavras-chave na universidade B



Na universidade B, onde foram encontradas maior número de palavras-chave do estudo, observa-se que a categoria educação em saúde, como visto anteriormente teve frequência maior que as demais, sendo que a palavra-chave saúde coletiva apareceu 7 vezes nas ementas pesquisadas, saúde da família três vezes e fisioterapia na saúde coletiva também três vezes, esta última sendo parte integrante da categoria formação em fisioterapia com base na integralidade.

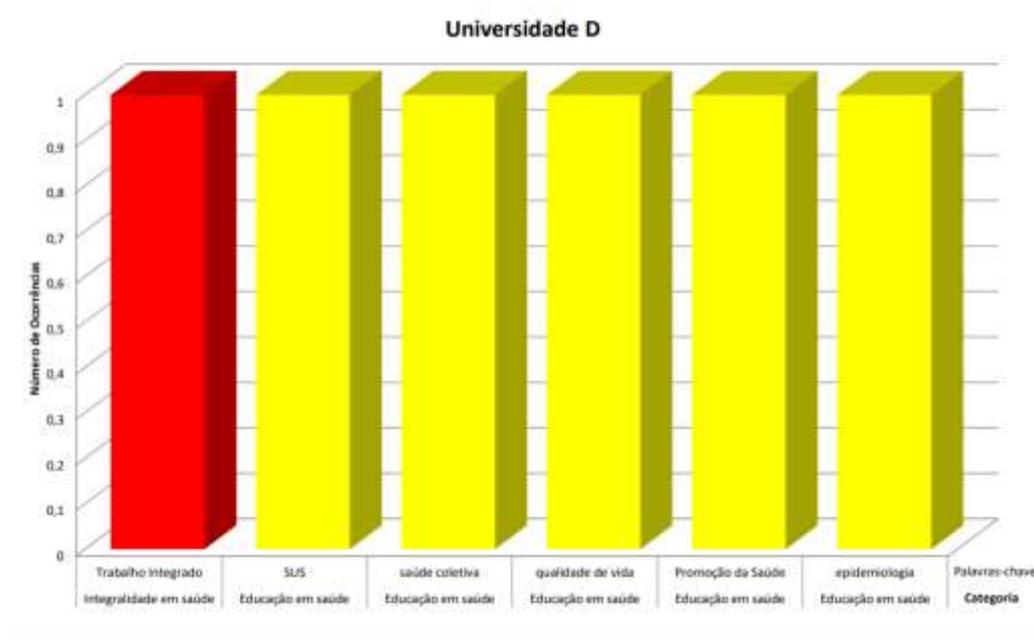
Gráfico 19: Frequência das palavras-chave na universidade C



A universidade C, como apresentado no gráfico 19, teve maior frequência da categoria educação em saúde, sendo saúde coletiva e educação em saúde as palavras-chave que mais apareceram. Programa Saúde da Família e fisioterapia preventiva, apareceram 1 vez sendo

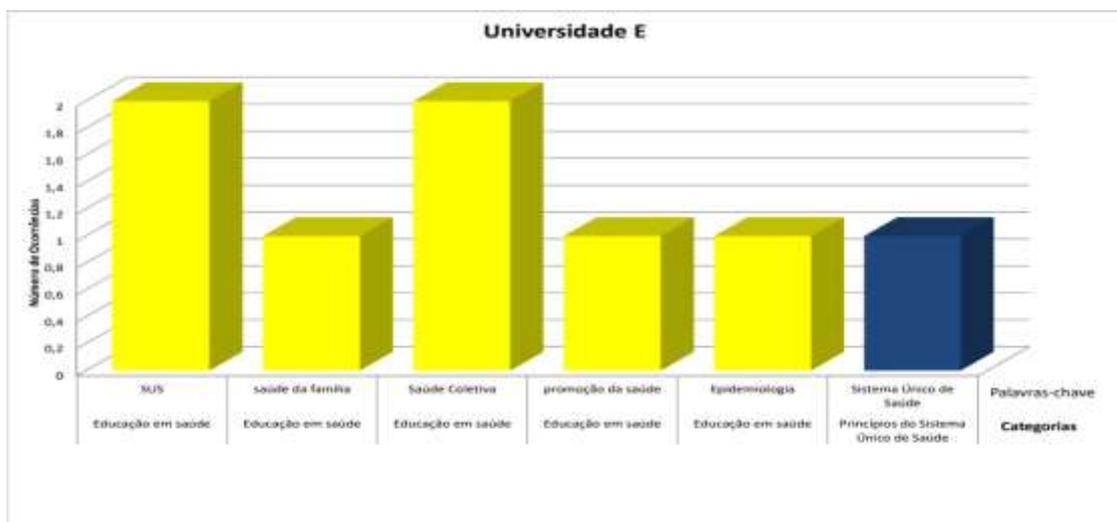
referentes às categorias integralidade em saúde e formação em fisioterapia com base na integralidade, respectivamente.

Gráfico 20: Frequência das palavras-chave na universidade D



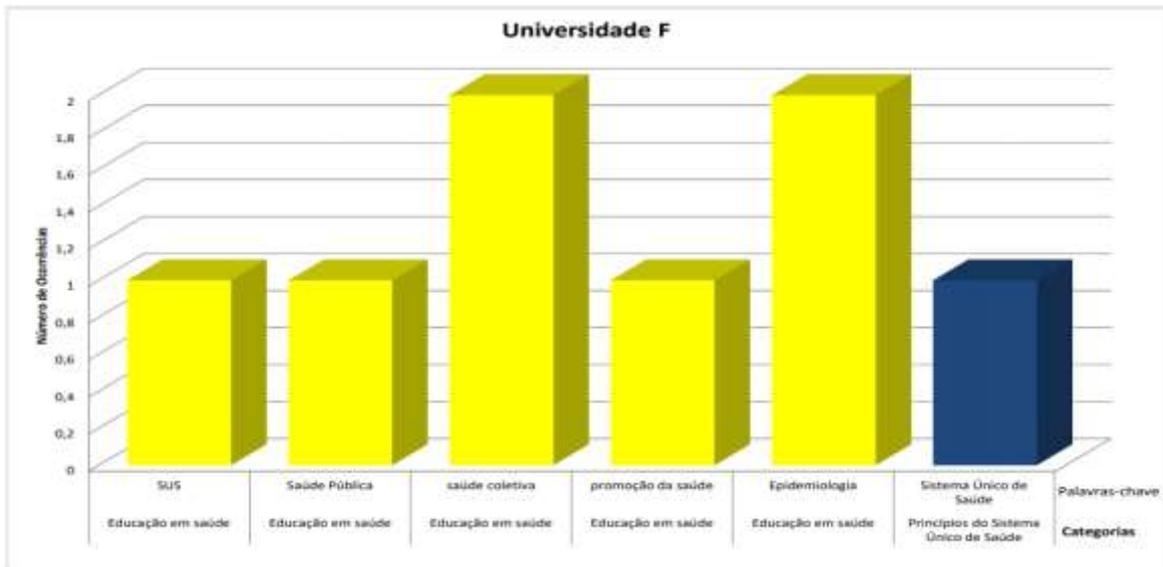
O gráfico 20, traz a palavra-chave trabalho integrado na categoria integralidade em saúde aparecendo uma vez. As palavras-chave SUS, saúde coletiva, qualidade de vida, promoção da saúde e epidemiologia referentes à categoria educação em saúde também tiveram apenas uma aparição nas ementas.

Gráfico 21: Frequência das palavras-chave na universidade E



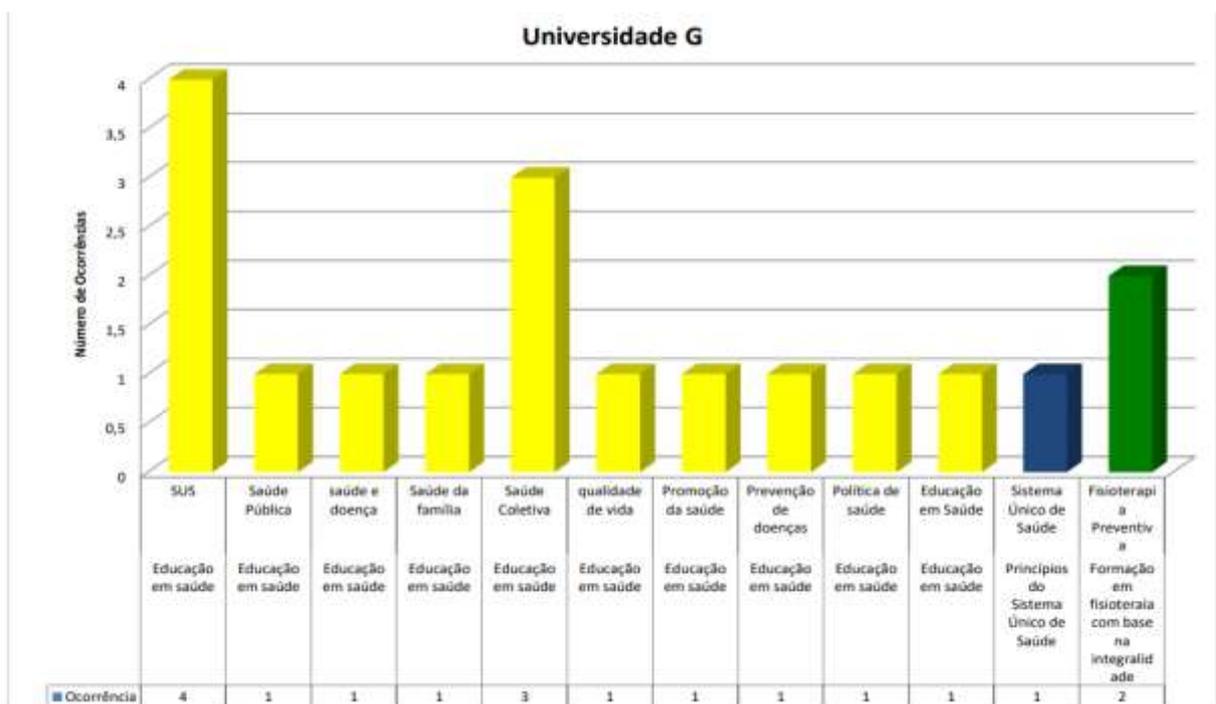
No gráfico 21, observa-se que os indícios saúde coletiva e SUS apareceram duas vezes nas ementas, Sistema Único de Saúde uma vez, pertencendo a categoria de análise princípios do SUS.

Gráfico 22: Frequência das palavras-chave na universidade F



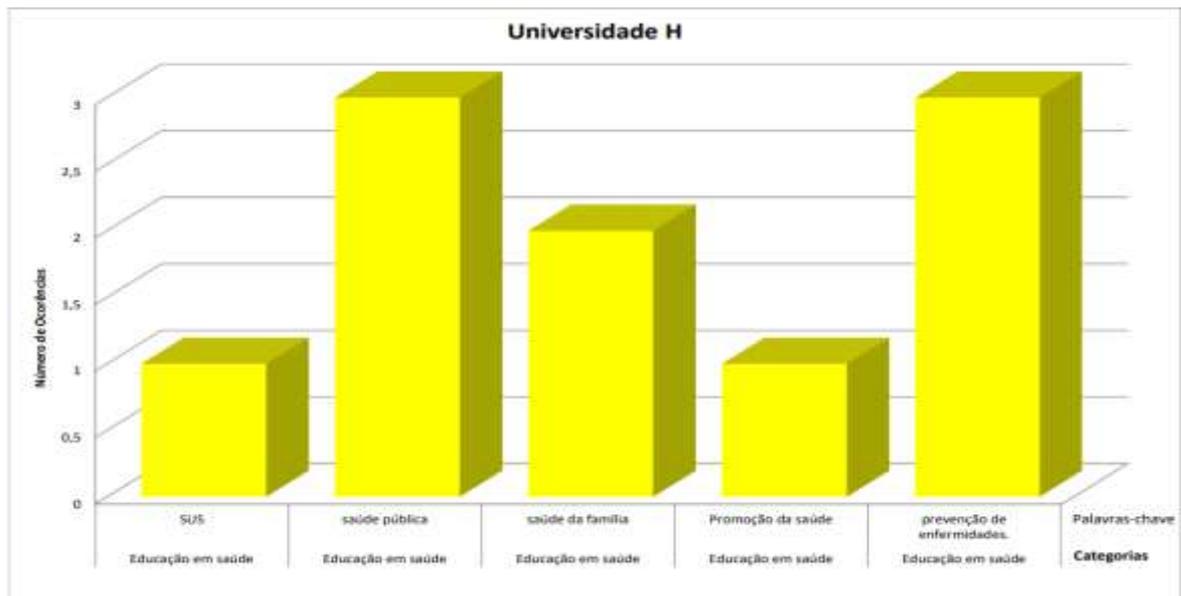
Na universidade F, pode-se observar que saúde coletiva e epidemiologia tiveram maior frequência na categoria educação em saúde, aparecendo duas vezes, enquanto as demais (SUS, saúde pública e promoção da saúde) apareceram uma vez.

Gráfico 23: Frequência das palavras-chave na universidade G



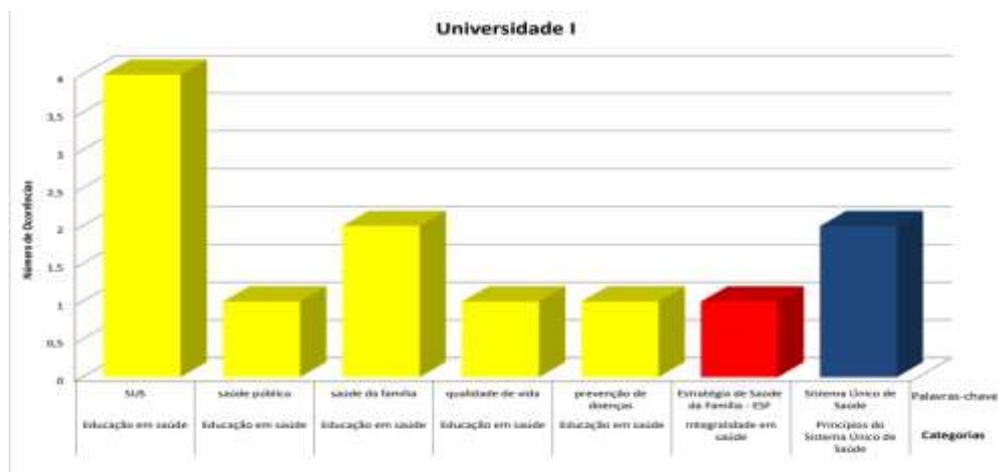
A universidade G apresentou quatro vezes a palavra-chave SUS da categoria educação em saúde, seguida de saúde coletiva com três repetições nas ementas e as demais palavras-chave desta categoria apareceram uma vez cada. A categoria princípios do Sistema Único de Saúde teve apenas uma ocorrência e fisioterapia preventiva, indício da formação em fisioterapia com base na integralidade, apareceu duas vezes nas ementas desta instituição.

Gráfico 24: Frequência das palavras-chave na universidade H



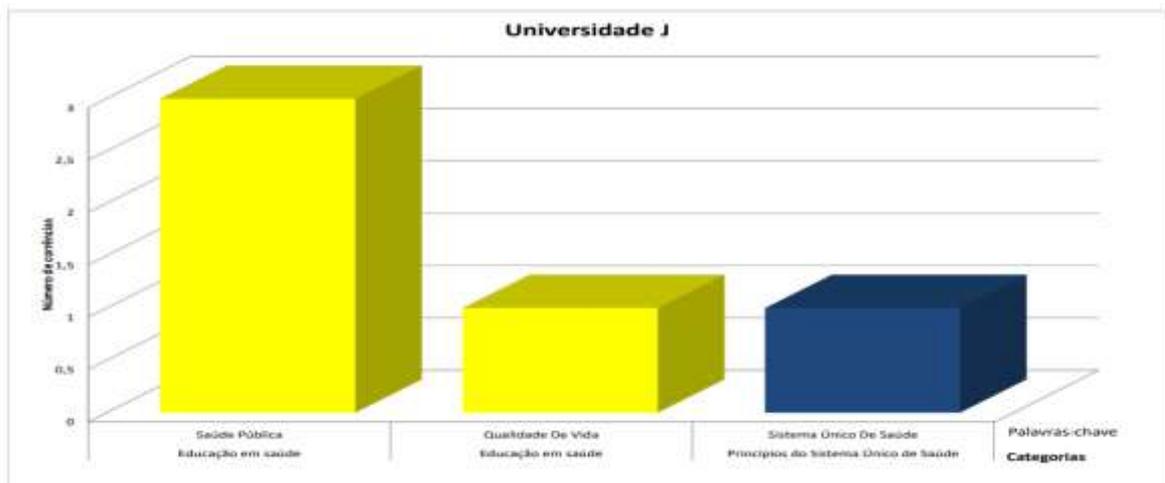
Como se pode observar no gráfico 24, a única categoria presente na universidade foi a educação em saúde, sendo que as palavras-chave saúde pública e prevenção de enfermidades tiveram uma frequência maior que as demais aparecendo três vezes, saúde da família duas vezes; promoção da saúde e SUS apenas uma vez. As demais categorias e palavras-chave estão ausentes nessa instituição de ensino.

Gráfico 25: Frequência das palavras-chave na universidade I



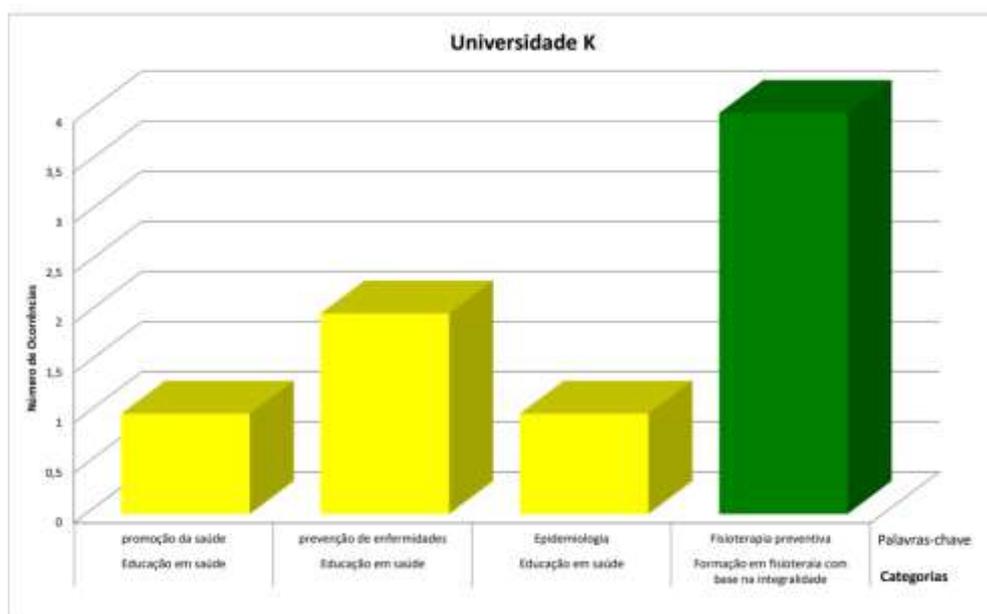
A universidade I teve maior frequência da categoria educação em saúde sendo que a palavra-chave SUS apareceu 4 vezes nas ementas, seguido da palavra-chave saúde da família duas vezes; saúde pública, qualidade de vida e prevenção de doenças uma vez cada. Na categoria princípios do Sistema Único de Saúde, a palavra Sistema Único de Saúde apareceu duas vezes e Estratégia de Saúde da Família – ESF uma vez na categoria integralidade em saúde.

Gráfico 26: Frequência das palavras-chave na universidade J



A instituição J apresentou três repetições da palavra-chave saúde pública e uma vez qualidade de vida, referentes a categoria educação em saúde. Sistema Único de Saúde apareceu na categoria princípios do Sistema Único de Saúde.

Gráfico 27: Frequência das palavras-chave na universidade K



No gráfico acima, observa-se que a palavra-chave fisioterapia preventiva da categoria formação em fisioterapia com base na integralidade teve uma frequência maior que as demais. Na categoria educação em saúde, a palavra-chave prevenção de enfermidades apresentou duas ocorrências; promoção da saúde e epidemiologia, ambas com uma ocorrência apenas.

5 DISCUSSÃO

5.1 Categorias de análise que dão sentido à integralidade em saúde nos diferentes cursos de formação em fisioterapia

Nos dados apresentados no gráfico 1, observa-se que dentre as categorias que apareceram, a educação em saúde como citado anteriormente, foi a mais frequente. Quando se observa as palavras-chave desta categoria, a mais frequente foi saúde coletiva, com 15 aparições, seguida de SUS e saúde pública com 14 cada uma delas nas universidades pesquisadas, entretanto ao se tentar identificar os princípios do SUS inseridos nas ementas, o resultado mostra que apenas 6% das palavras se referem aos princípios, como apresentado no gráfico 14.

No desdobramento das categorias, observa-se que o nome de nenhum princípio do SUS apareceu somente a palavra Sistema Único de Saúde. Isso demonstra a tentativa de preparar o profissional para atender no sistema público de saúde, mas ainda de forma discreta, sem menção explícita aos princípios que regem o sistema nas ementas das universidades, cabendo aos docentes das disciplinas abordarem esses princípios.

A categoria Educação em saúde aparece em todas as universidades, isto pode estar relacionado por se tratar de um termo mais genérico que há algum tempo ocupa as ementas dos cursos de formação na área. A articulação entre educação em saúde e formação do profissional da saúde, ocorrem muitas vezes no espaço de sala de aula, mas apresentam-se de forma muito sutil e tênue, entretanto, segundo Gilly (2001) estão sempre presentes nas ações de ensino aprendizagem.

Educação em Saúde, Princípios do SUS, Integralidade e formação em fisioterapia são categorias que ocorrem na universidade B. Essa distinção faz com que essa universidade possa ser vista como aquela que mais articula a seu curso os pontos fundamentais à formação do fisioterapeuta. Para tanto, considera-se que um processo de educação/formação em saúde pode significar “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com intuito de facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (CANDEIAS, 1997, p. 210). Aqui o uso do termo combinação destaca a importância da articulação de diversos determinantes do comportamento humano com diferentes práticas de aprendizagem e de intervenções educativas.

Educação em saúde, Princípios do SUS e Integralidade ocorrem na Universidade I dando a esse processo de formação também a fundamentação necessária à formação do fisioterapeuta considerando a chamada da educação permanente como “prática de ensino-aprendizagem” (CECIM; FEUERWERKER, 2004b). Nessa perspectiva, a Educação

Permanente em Saúde (EPS) pode ser estratégica para a reflexão e renovação da prática docente e profissional.

Na Resolução nº 559 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), é mencionado que o fisioterapeuta deverá estar comprometido com o Sistema Único de Saúde, tendo como propósito “a saúde funcional do indivíduo e da coletividade, nas diferentes complexidades, mediante a análise contextualizada dos fatores pessoais e ambientais nas situações que envolvem o processo saúde-doença”. Para tanto, o profissional deverá realizar atividades de educação em saúde e educação popular, instrumentalizando os indivíduos/famílias/comunidades, respeitando o contexto pessoal, ambiental e sociocultural, para o empoderamento e o autocuidado de seus problemas de saúde (BRASIL, 2017). Nesse sentido, observa-se que há uma preocupação por parte da maioria das instituições em abordar a educação em saúde como conteúdo de ementa e até mesmo como nome de disciplina do curso.

O Art. 7º da Resolução 559 (Brasil, 2017, p.13) traz a educação à vida como eixo formador que aborda o domínio da educação permanente e da formação continuada. Nesse contexto, conceitua educação permanente como “educação informal, aquela que ocorre no cotidiano das pessoas por meio da convivência e do compartilhamento de saberes, fazeres e conhecimentos com família, colegas e demais atores sociais, enriquecendo a essência humana em todas as fases de sua existência.

Por outro lado, a educação permanente entendida como aprendizagem no trabalho, tem por objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Trata-se de uma ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos em saúde. Esse processo guarda a crítica de que, para aprender não basta transferir conhecimento, é preciso criar um ambiente propício à construção compartilhada do conhecimento, quando o “escutar” se torna mais importante que o “falar”. O bom escutador fala e diz sua posição com desenvoltura (FREIRE, 2000).

Este movimento pedagógico constitui, sem dúvida alguma, um grande desafio institucional, e várias são as estratégias utilizadas para este enfrentamento. Uma delas diz respeito ao trabalho desenvolvido pelos professores da Universidade do Planalto Catarinense que realizam atividades de Educação Permanente (EP) num espaço de reflexão teórico-prática. Nomeado Edupe (Grupo de Educação Permanente), o grupo considera que a importância da educação permanente está em possibilitar, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal e profissional daqueles que trabalham na saúde. Esta estratégia metodológica é adotada para propiciar aos participantes, por intermédio do acompanhamento de um mediador, a reflexão acerca do processo de trabalho por meio de questões da prática cotidiana e das trocas de experiências para o crescimento e melhoria profissional (ARRUDA *et all*, p.520, 2008).

O fato é que, educação permanente e educação continuada são momentos importantes e diferentes de um mesmo processo de aprendizagem. Momentos de aprendizagem que guardam a síntese do que Edgar Morin (2001) chama de dialógica. Ou seja, estratégias que são ao mesmo tempo antagônicas, concorrentes e complementares. Resta-nos o desafio de assumir a complexidade de uma metodologia de trabalho capaz de assegurar um espaço sistemático de aprendizagem.

De acordo com Arruda & Ghiggi (2012, p. 143) “a educação permanente como uma estratégia de ação para o enfrentamento de mudanças e imprevistos da vida” nesse sentido podemos considerá-la como uma “educação para a vida” dar continuidade ao processo educativo sendo capaz de produzir mudanças no cotidiano do trabalho e na própria prática docente.

Leal, Santos e Leite (2014) em trabalho publicado sobre a inserção do fisioterapeuta na saúde coletiva do Brasil salientam a necessidade da população conhecer o papel desempenhado pelo fisioterapeuta na esfera pública, bem como o profissional estar apto para atender em todos os níveis da atenção, divulgando suas ações por meio da prática da educação em saúde. Comparando com antigas matrizes curriculares, é perceptível a tentativa de inserir a saúde coletiva nas ementas e disciplinas, sendo a educação em saúde uma das disciplinas que abordam a temática sobre a atuação do fisioterapeuta neste cenário. Cabe, para uma próxima pesquisa, avaliar se esta inserção na saúde coletiva está ocorrendo e de que forma.

Saúde coletiva é um termo mais recente que a saúde pública. Há diferenças importantes entre estas terminologias. As universidades A, H, I e J ignoram o termo saúde coletiva nas ementas e utilizam apenas saúde pública. Nota-se, observando os gráficos, que a universidade K não apresentou as palavras chave saúde pública, nem saúde coletiva. Entende-se então que, se não consta na matriz e na ementa, este tema não é trabalhado na referida instituição. Trata-se de um dado preocupante tendo em vista a necessidade de se estudar a saúde da coletividade, mas especificamente considerando o processo saúde doença da população, os fatores que determinam esse processo para poder atuar seja no serviço público ou privado.

De acordo com Nunes (1996, p.67/68)... “deve-se estar atento à formação de recursos humanos que possam estabelecer uma reflexão crítica contínua acerca da realidade de saúde, com base em um crescente aprofundamento conceitual e teórico, a fim de que a identificação clara e objetiva dos problemas possa redundar na formulação de políticas de saúde de cunho

democrático e transformador”. Ele analisa essa como uma das formas de se enfrentar os inúmeros problemas sanitários.

Então se poderia questionar, essas instituições que ignoram o termo saúde coletiva e trabalham exclusivamente medicina preventiva, estão abordando o SUS como fruto de um movimento sanitário? Movimento este, que além do nascimento do SUS, fez nascer também o termo saúde coletiva.

Para se conseguir formar um profissional capacitado a atuar no SUS, medidas foram adotadas como inserção dos acadêmicos na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde – UBS, em concordância com o que prevê as diretrizes curriculares, “integrando trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade” (Seriano, Muniz e Carvalho, 2013, p.253).

Em se tratando da integralidade em saúde, observou-se que muitas universidades (A, E, F, G, H, J, K) não apresentaram nenhuma palavra-chave desta categoria, o que pode indicar que está sendo pouco trabalhada essa temática durante a graduação em fisioterapia, assim como os demais princípios do SUS, que não apareceram em número na pesquisa.

A integralidade busca a superação do modelo fragmentário do cuidado à saúde, o que torna necessário uma reflexão sobre o modo como vêm sendo desenvolvidas as práticas nessa área. Sob esta perspectiva, o vínculo e a responsabilização são aspectos norteadores das relações profissionais/usuários, tendo o diálogo e a escuta como estratégias de integração.

Dentre os princípios que regem o curso de bacharelado em fisioterapia, de acordo com as novas diretrizes (BRASIL, 2017, p.7), estão:

- I - O Sistema Único de Saúde – SUS, como campo de atuação e exercício profissional, seja na esfera pública e ou privada, considerando as políticas públicas vigentes e o contexto social;
- II - A saúde como direito fundamental do cidadão;
- III - A pessoa como ser indissociável nas dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual;
- V - A promoção da saúde, da qualidade de vida, do bem-estar, da prevenção e da recuperação como estratégia de atenção e cuidado em saúde;

Apesar da importância de se compreender o sistema de saúde vigente no país para poder atuar nele conforme seus princípios, como já mencionado e demonstrado no gráfico 14, há pequena menção sobre os princípios do SUS nas ementas das instituições pesquisadas. Entretanto, esse resultado pode não ser pontual ou local do estado de Santa Catarina. Em pesquisa realizada por Seriano, Muniz e Carvalho (2013) em universidade pública de Teresina (PI) sobre a percepção dos acadêmicos de fisioterapia sobre sua inserção no SUS, 81% afirmaram ter conhecimentos sobre o SUS proporcionados pela IES, a maioria destes estavam

frequentando o último ano da graduação. inseridos na saúde coletiva através do estágio supervisionado. Quando foi questionado alunos do sexto ao oitavo período, 56,6% relataram inaptidão para atuação no serviço público, sendo um dos motivos a falta de conhecimento sobre o sistema. Os autores salientam que tal resultado pode ser modificado se houver maiores esforços para que as disciplinas possam “assegurar a adequação dos alunos aos princípios e diretrizes do sistema de saúde vigente” (Seriano, Muniz e Carvalho, 2013, p.254).

No gráfico 15, apresenta-se o número de ocorrências que surgiam a respeito da categoria integralidade em saúde. Como se pode observar, trabalho integrado teve uma frequência maior que as demais palavras-chave desta categoria. O trabalho em equipe, integrado, interdisciplinar, proporciona uma experiência única na vida acadêmica dos estudantes de fisioterapia. Esse trabalho em conjunto com demais profissionais das diferentes áreas de atuação permite vislumbrar e considerar o indivíduo como um todo, nos diversos aspectos sociais, psicológicos, físicos e culturais. Certamente um dos conceitos do termo integralidade em saúde, está no fato do trabalho integrado dos profissionais da saúde proporcionar um atendimento integral ao indivíduo e comunidade.

Na universidade C não aparecem os princípios do SUS o que fragiliza a formação do fisioterapeuta tendo em vista que a Fisioterapia se relaciona ao Sistema Único de Saúde (SUS) para compartilhar de uma concepção de saúde ampliada. A consolidação dessa relação é necessária para que se possa compreender o processo saúde-doença a partir de um conceito amplo de saúde, aquele capaz de ultrapassar as dimensões biológicas cristalizadas no início da formação na área de saúde. Esta visão ampliada abrange questões sociais, ambientais, biológicas, comportamentais apontando para a complexidade dos determinantes das condições de saúde da população tão discutido pelo projeto da Reforma Sanitária brasileira. Rebelatto e Botomé (1999), há muito destacam que o objeto de trabalho da saúde ainda está muito enraizado na doença, e na Fisioterapia esse problema é acentuado pois: “há uma absoluta atenção à doença” (p.18).

De acordo com Raymundo et al (2015, p. 222) “a Fisioterapia, ao buscar a integralidade amplia seu campo de ação, pois redimensiona o processo de reabilitação, passando a considerar as condições sociais do paciente na definição de sua proposta de intervenção. Seu olhar avança para além da condição clínica do paciente e para além do uso apenas de técnicas fisioterapêuticas, para além do espaço do ambulatório, da clínica ou do consultório, para além da doença, incorporando em suas ações uma visão multidimensional e interdisciplinar de saúde” (RAYMUNDO et al, 2015).

Apesar dos avanços e conquistas, pela análise das ementas das universidades, nota-se que apenas em quatro universidades existem presentes palavras-chave da categoria formação em fisioterapia com base na integralidade, são elas: universidades B, C, G e K. Fato preocupante, pois o termo integralidade é um dos princípios do SUS e foi adotado também como princípio da formação do bacharel em fisioterapia (BRASIL, 2017, p.7) como citado a seguir “IV - A Integralidade da atenção à saúde do ser humano, considerando-se as particularidades ambientais, atitudinais, sociais, étnicas, de gênero, raça, políticas, econômicas e culturais, individuais e de coletividades”.

Na tessitura dessas considerações retoma-se as ideias de Edgar Morin (2004, p. 25), ao resgatar a famosa frase de Blaise Pascal (considero impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, assim como conhecer o todo sem conhecer, particularmente, as partes...), para lembrar que as partes só podem ser compreendidas a partir de suas inter-relações com a dinâmica do todo. Nesse objetivo de pesquisa busca-se relacionar as categorias escolhidas para a análise do princípio de integralidade e observa-se que, a falta da categoria SUS (uma das partes) pode reconfigurar o processo de formação, e um processo de formação assim configurado pode mudar a configuração do princípio de integralidade fundamental à formação em fisioterapia.

As ideias de Morin retomadas acima permitem a reflexão sobre o princípio hologramático por destacar o paradoxo do Uno e do Múltiplo, da relação de interdependência entre os dois termos: SUS e Integralidade. Princípio hologramático inspirado na idéia de holograma. “Um holograma é uma imagem em que cada ponto contém a quase totalidade da informação sobre o objeto representado.” (MORIN, 2005, p. 302)

Cada ponto, ou cada parte de um todo, traz boa parte da totalidade da informação do todo. Morin usa o exemplo a célula para mostrar que no ser humano cada célula carrega quase toda a informação da totalidade de cada ser humano. Essa reflexão transferida para o campo da formação em fisioterapia, em especial sobre a relação SUS e a Integralidade permite pensar na importância e pertinência dos princípios do SUS para a atuação profissional do fisioterapeuta.

Assim, a imagem do holograma composta pelo SUS e integralidade parece representar o processo de formação em fisioterapia que se investigou. O princípio hologramático traz que a ideia do holograma vai além do reducionismo. Este princípio do pensamento complexo reconhece que a parte está no todo, mas que também o todo está na parte e a ideia hologramática está ligada a ideia de recursividade. Segundo Morin (2011): [...] na lógica recursiva, sabe-se muito bem que o adquirido no conhecimento das partes volta-se sobre o

todo. O que se aprende sobre as qualidades emergentes do todo, tudo que não existe sem organização, volta-se sobre as partes. Então pode-se enriquecer o conhecimento das partes pelo todo e do todo pelas partes, num mesmo movimento produtor de conhecimento (2011, p. 75).

O princípio hologramático é um dos aspectos fundamentais para o pensamento complexo e a partir deste princípio os educadores podem estar atentos aos desdobramentos que conceitos ou ementas propiciam à educação/formação. No caso da fisioterapia convém destacar a compreensão de Cunha (2006) ao afirmar que a formação em graduação dos futuros fisioterapeutas, mesmo obtendo qualidade com o passar dos anos, ainda permanece enraizada na transmissão de técnicas de tratamento ou de procedimentos a serem aplicados, numa clara desarticulação entre teoria e prática; epidemiologia e novos modelos de atenção à saúde.

5.2 As faces da integralidade em saúde nos cursos de graduação de fisioterapia das instituições catarinenses

Considerando as categorias de estudo e as palavras-chave encontradas em cada uma das instituições, utilizou-se as faces da integralidade em saúde com base no estudo de Ghizoni, Arruda e Tesser (2010) para relacionar os dados obtidos facilitando assim o entendimento. Nesse sentido, admitiu-se a caracterização de seis faces, conforme demonstrado no Quadro 2.

Para compreender os sentidos e significados do princípio da integralidade que emergiram das ementas dos cursos, tratou-se os dados a partir de diferentes concepções teóricas. Segundo Pinheiro e Mattos (2001, p. 12), “integralidade é uma palavra que não pode ser nem ao menos chamada de conceito”. Estes autores acrescentam que “na melhor das hipóteses é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas”.

Alves (2005, p. 43) destaca, de acordo com sua percepção, que o termo integralidade representa:

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial.

No trabalho de Alves (2005), a integralidade é analisada na ESF (Estratégia Saúde da Família), mas os sentidos acima mencionados podem ser atribuídos a todos os níveis da atenção. O importante é que sejam assimilados na atuação profissional, pelos profissionais envolvidos.

Mesmo se tratando de uma diretriz do Sistema de Saúde brasileiro, a integralidade também é vista como um ideal de atendimento, o que pressupõe ser um princípio de atendimento à saúde.

Faces aqui são entendidas como figuras, semblantes, aparências das universidades pesquisadas. No sentido figurado, como foram descritas neste trabalho, a palavra face pode ser entendida como aspecto ou característica de uma coisa, de uma pessoa, ou de um problema (HOLANDA, 2010). As faces descritas no quadro 1, foram adaptadas do trabalho de Ghizoni (2009) e conceituadas a partir dos sentidos do termo integralidade (MATTOS, 2001).

Quadro 2: Faces da integralidade em saúde das universidades catarinenses e respectivos significados/conceitos

Face	Significado/Conceito
Face holística (universidade B)	Apresenta todas as categorias de análise, trabalhando o todo da formação com base nas diretrizes curriculares e preceitos do SUS
Face ampliada (universidades C e G)	Percebe-se um olhar ampliado na saúde e não somente enfoque na doença, há menção ao SUS, à qualidade de vida, à saúde coletiva
Face integrada (universidade D)	Observa-se integração entre os conteúdos, pois se trabalha saúde coletiva e SUS, trabalho integrado como disciplina além de se trabalhar a qualidade de vida e promoção da saúde
Face fragmentada (universidades H e I)	Observa-se desassociação dos conteúdos, de forma que o SUS é trabalhado desarticulado da educação em saúde, não há

	integração das categorias.
Face oculta (universidades I, E e F)	Observa-se a presença da categoria e palavra chave princípios do Sistema Único de Saúde, mas não aparece a palavra chave integralidade explicitamente. Entende-se que há possibilidade de ser trabalhado o tema, ainda que ocultamente.
Face nula (universidades A e K)	Não há menção ao Sistema Único de Saúde/ SUS em nenhuma das categorias de estudo, o que caracteriza o nulo.

Adaptado de Ghizoni (2009)

Objetivou-se com essa síntese, apresentar as características gerais da integralidade a partir do estudo realizado nas universidades catarinenses e da reflexão teórica, tendo por base autores que fundamentaram essa construção.

A universidade B, entendida como aquela que apresentou a face holística do princípio da integralidade em saúde. Isso porque nas ementas e disciplinas dessa instituição pôde-se observar a preocupação em formar profissionais a partir das diretrizes curriculares, fisioterapeutas preparados a atuar no sistema de saúde vigente no país. Na universidade B, todas as categorias de análise deste estudo foram identificadas, diferente do que ocorreu nas demais.

Uma face holística, porque esta visão abre nova perspectiva aos fisioterapeutas. A possibilidade de se considerar o todo acrescentando o movimento de religação a um conjunto desmontado, à totalidade fragmentada. E nesse sentido a atuação profissional considera duas direções opostas: contexto e a parte (todo e parte), e reconhece que a interligação dinâmica.

A construção de conhecimento/processo de formação do fisioterapeuta, segundo Morin (1998), inclui estabelecer relações. O autor chama a atenção para o fato de que não há um único modo de aprendizado. O processo cognitivo é processo complexo, porque é preciso ampliar o pensamento para ver o objeto de estudo e suas relações com outros objetos. Essa universidade articula diferentes possibilidades para a ampliação do pensamento a partir do curso que oferece, ou da forma como articula epidemiologia com educação em saúde, articula prevenção de doença com promoção da saúde, que é um dos sentidos da palavra integralidade, segundo Mattos (2004).

A face integrada aparece de forma mais destacada na universidade D que teve preocupação de inserir nas ementas o “trabalho integrado”, além de trabalhar SUS e saúde coletiva na sua ementa. Muito embora trabalho integrado nem sempre simbolize um modo interdisciplinar de pensar, ficando a critério do docente da referida disciplina desenvolver ou não um trabalho articulado. Japiassu (1976) destaca que cada disciplina, cria instrumentos para se conhecer a realidade e os problemas, tendo como base um ponto de vista específico, mas essa visão unidisciplinar fragmenta, reduz e privilegia a decomposição do todo em partes. De acordo com Ghizoni, Arruda e Tesser (2009, p 08) “com o desenvolvimento do conhecimento humano, a perspectiva de interconexão amplia a visão, permitindo a compreensão da complementaridade entre os saberes e as profissões”, assim é fundamental que a prática da interdisciplinaridade aconteça desde a formação dos futuros profissionais da saúde, pois quando forem atuar estarão familiarizados com essa forma de abordagem, em que se aprecia o humano na sua totalidade, com auxílio de diversos olhares voltados a uma mesma finalidade, tanto individualmente quanto no coletivo.

Para Neves e Aciole (2011) o conceito de interdisciplinaridade, entendido pelos profissionais da equipe de saúde está vinculado a ações realizadas pela ESF. Segundo elas, esse conceito deve ser trabalhado no processo de formação, “em virtude da necessidade de profissionais reflexivos acerca do conceito abrangente de saúde e de sua posição como receptor e difusor desse conhecimento”. O fisioterapeuta não possui uma definição clara em relação a sua atuação na ESF, “fato esse consequente de vários fatores, como: desarmonia entre a formação acadêmica e a prática profissional, e baixo nível de reflexão acerca dos conceitos básicos em Saúde Pública por parte dos fisioterapeutas” (NEVES E ACIOLE, 2011 p.554).

A interdisciplinaridade ainda constitui um desafio, pois pensar e viver a integralidade requer uma ruptura com os valores tradicionais construídos historicamente, como hierarquia, distribuição de categorias profissionais e compartimentalização do conhecimento (OLIVEIRA e CUTOLO, 2015).

Ceccim e Feuerwerker (2004a) indicam que a possibilidade de atenção integral implica na ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da “ação uniprofissional” para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destacam que a atenção integral incorre em mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equipe interdisciplinar) e entre profissionais de saúde e usuários. Mais exequível e desejável do que a tentativa de criar

“superprofissionais de saúde” é formar profissionais competentes para o atendimento de toda e qualquer necessidade dos usuários, mesmo as não percebidas.

De qualquer forma, considera-se que um conceito, para interdisciplinaridade, ainda parece estar em construção, não havendo uma percepção definitiva. E nesse sentido, compreendemos que a “face integrada” como afirma Leis (2005, p. 7), nos dá "a tarefa de procurar definições finais para a interdisciplinaridade..." pois ainda que não seja algo propriamente interdisciplinar, já sinaliza a possibilidade de superar a fragmentação para então pensarmos a integração dos conhecimentos produzidos no contexto da formação do fisioterapeuta. Um processo de formação que inclui em seu currículo o “trabalho integrado” possibilita pensar na relação entre teoria e prática, contribuindo para uma formação que coloca o curso e os educadores frente a novos desafios.

Ao contrário da face integrada, está a face fragmentada (anti-interdisciplinaridade) é observada nas universidades H e J; pois as palavras-chave que apareceram sinalizam um trabalho pouco articulado, fragmentado, não relacionando os conteúdos, não integrando as categorias. Na universidade H, há ocorrência da palavra-chave prevenção de enfermidades, mas não há articulação com a fisioterapia preventiva. Na universidade J se trabalha SUS desassociado da educação em saúde, trabalha saúde pública, mas não consegue inserir essa temática nos conteúdos das disciplinas de forma integrada. Então faz sentido as considerações de Fazenda (1979, p. 48-49) por sinalizar que a introdução da interdisciplinaridade implica concomitantemente uma transformação profunda na formação de professores que assumirá um novo jeito de ensinar:

Passa-se de uma relação pedagógica baseada na transmissão do saber de uma disciplina ou matéria, que se estabelece segundo um modelo hierárquico linear, a uma relação pedagógica dialógica na qual a posição de um é a posição de todos. Nesses termos, o professor passa a ser o atuante, o crítico, o animador por excelência.

Pensando nas necessidades sociais em saúde, é fundamental considerar a interdisciplinaridade na construção das matrizes curriculares para além dos setores educação e saúde (ROCHA et al, 2010). Em estudo com alunos dos cursos de graduação em saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Nunes Junior, Vasconcelos e Arantes (2017) observaram que a percepção dos acadêmicos ainda mostra a necessidade de mudanças na estrutura curricular de seus respectivos cursos para favorecer uma melhor atuação profissional no SUS. Segundo os autores, faz-se necessário “sensibilizar as instâncias cabíveis sobre a importância da multidisciplinariedade, bem como a articulação entre as instâncias que compõe o Quadrilátero da Formação (instituição de ensino, serviços de saúde, a gestão e os

dispositivos de controle social) na criação de práticas no SUS que envolvam os diversos níveis de atenção e complexidade do sistema” (NUNES JUNIOR, VASCONSELOS E ARANTES, 2017, p.25).

Almeida, Martins e Escalda (2014, p.277) constataram em estudo realizado com graduando de fisioterapia “a valorização do ensino tradicional e transmissionista, fortemente marcado pelo modelo biomédico e curativista”. É perceptível a tentativa do governo, através de mudanças nas diretrizes curriculares, de implementar programas, projetos e ações buscando aproximação da formação universitária e do cotidiano de trabalho do SUS, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Projeto VER-SUS/Brasil.

Mas, apesar disso, segundo os autores “o ensino em fisioterapia ainda não privilegia o SUS e seus princípios e eixos norteadores, como a integralidade”. Eles salientam a dificuldade de incorporar a “integralidade como tema transversal de modo que a mesma não esteja mais restrita a um núcleo de disciplinas, passando a estar presente em diferentes disciplinas de distintas áreas do conhecimento, como também sendo operacionalizada nas atividades práticas, estágios, projetos de pesquisa, extensão”. Acredita-se na transformação do modelo hegemônico para um modelo baseado na integralidade em saúde, mas esse processo é longo e a mudança precisa iniciar nas instituições formadoras, alterando suas disciplinas e ementas, capacitando o corpo docente a estimular seus alunos na busca pela visão ampliada da saúde (ALMEIDA, MARTINS e ESCALDA, 2014, p.277)

A face fragmentada pode simbolizar, devido a pouca integração das disciplinas e quase nenhuma menção ao SUS, a um modelo de fisioterapia reabilitadora, que segundo esquema demonstrado na figura 1 elaborado por Bispo Jr (2010, p.1630) se limita, quase exclusivamente, ao controle dos danos de determinadas doenças. Segundo este autor, a “atuação na fisioterapia reabilitadora é destinada à cura de determinadas enfermidades e/ou a reabilitação de sequelas e complicações” sendo seu “objeto de intervenção é o sujeito individualizado, quando não, apenas partes ou órgãos isolados do corpo”, o que sinaliza uma face fragmentada, baseada no reducionismo, no modelo hospitalocêntrico, onde o profissional só se preocupa com casos de doenças já instaladas, onde ou há cura, sequela ou reabilitação, conforme figura abaixo:



Figura 1. Diagrama do modelo da fisioterapia reabilitadora.
 Fonte: Bispo Júnior, 2010 (p.1630)

Ao contrário dessa face, as universidades C e G demonstram preocupação em formar profissionais com base na integralidade, percebe-se um olhar ampliado na saúde e não somente enfoque na doença, há menção ao SUS, à qualidade de vida, à saúde coletiva, mesmo que nem todas as categorias de estudo tenham sido abordadas nas ementas.

Retornando na reflexão proposta e esquematização de Bispo Jr (2010) o autor demonstra na fig. 2 um modelo de fisioterapia coletiva que contempla “a fisioterapia reabilitadora e alarga as possibilidades de atuação para além do nível terciário”, diferentemente da visão fragmentadora do indivíduo. Esse diagrama pode servir de entendimento para a face ampliada da universidade G, pois trabalha as diferentes maneiras de atender a população, através do controle de danos (fisioterapia reabilitadora), mas também abrange o olhar para o controle de riscos (fisioterapia preventiva). Esse segundo modelo que considera o indivíduo já doente, mas também atua na prevenção, segundo o autor “potencializa os resultados das ações de saúde, pois além de inibir o surgimento e desenvolvimento de doenças evitáveis, busca transformar as condições de vida dos grupos populacionais” (BISPO JR, 2010, p.1631).

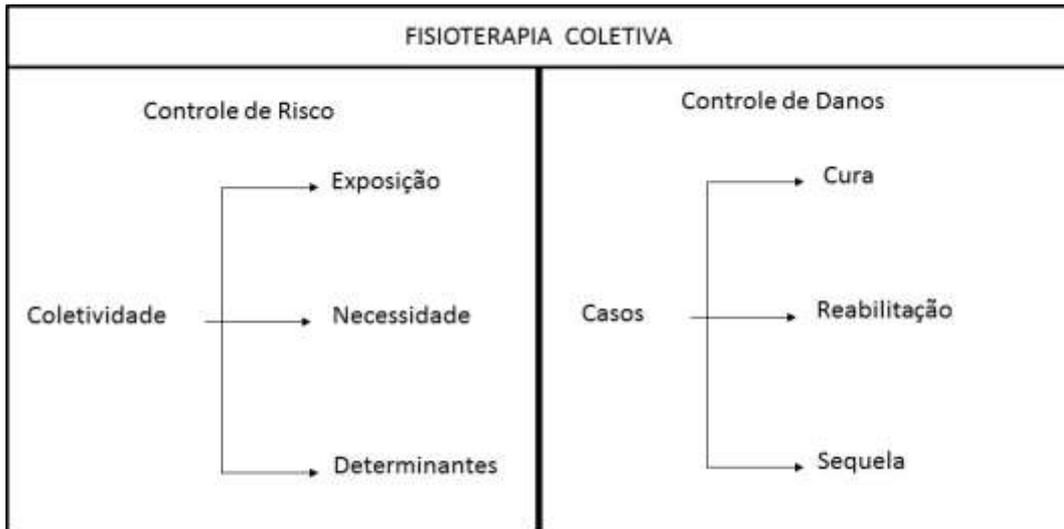


Figura 2. Diagrama do modelo da fisioterapia coletiva. Fonte: Bispo Júnior, 2010 (p.1631)

Ladeira e Koifman (2017, p. 627) em artigo que trata da interface entre fisioterapia, bioética e formação abordam que:

É indispensável superar o foco na reabilitação física. Não se pode negar que, com a abrangência profissional na área da saúde coletiva, muito se avançou na discussão sobre conceito ampliado de saúde e seus determinantes sociais. Contudo, acreditamos que discussões bioéticas que ampliam o olhar e o juízo moral diante de escassez de recursos, tecnologias de saúde, autonomia do paciente, questões da sociedade, dos animais não humanos e do planeta como um todo, ainda não fazem parte das discussões estimuladas em sala de aula.

Na face oculta, observa-se a preocupação em se estudar o SUS (embora não aborde explicitamente seus princípios), em se estudar a promoção da saúde, a saúde da família, deixando a cargo do professor que lecionará a disciplina a inserção ou não da integralidade no decorrer das aulas. Consideram-se como face oculta as universidades I, E, F pois as palavras-chave e categorias que apareceram possibilitam a discussão sobre os princípios do SUS, mais especificamente sobre a integralidade, ainda que ocultamente.

Ao passo que a Lei 8080/1990 traz a integralidade como diretriz do SUS, quando se estuda o Sistema Único de Saúde e a saúde coletiva nas instituições identificadas como face oculta, entende-se que há possibilidade de se abranger o estudo nos princípios que regem o sistema. Ainda que seja discreta a abordagem ao princípio da integralidade durante a formação, pode-se estimular no estudante o interesse em aprofundar seu conhecimento no tema, desenvolvendo futuramente um trabalho baseado nas premissas do SUS, assim como sinaliza Mattos (2004, p.1415) afirma que “há muitos profissionais que, mesmo sem uma formulação teórica da proposta, ou mesmo sem utilizar o termo, praticam a integralidade no seu cotidiano”

Observa-se face nula nas universidades A e K, já que não há nenhuma menção ao SUS, princípios do SUS, nem a integralidade em saúde, tampouco a formação com base na integralidade, o que causa preocupação pois como preparar profissionais a atuar no sistema de saúde, estudar a saúde pública, ignorando o SUS e seus princípios? A face nula representa a total falta de abordagem sobre o SUS durante a formação dos profissionais. De acordo com Souza et al (2012), a fisioterapia precisa decidir seu objeto de intervenção e aproximar-se da saúde coletiva, sem deixar de lado suas habilidades de reabilitação. Os autores relatam que “os cursos de formação em Fisioterapia devem romper com o modelo reabilitador privatista e fundamentar-se nos princípios do Sistema Único de Saúde e no perfil populacional” (SOUZA et al, 2012, p.457). Precisa-se somar as possibilidades de atuação do profissional, apresentá-lhes durante o processo de formação a possibilidade de atuação na atenção primária, para tanto é fundamental o estudo da saúde coletiva, SUS e seus princípios.

Varjabedian et al (2015, p.213) chamam atenção para importância do aluno conhecer o termo integralidade/interdisciplinaridade durante o processo de formação acadêmica, pois a falta dessa compreensão gera prevalência de um olhar nas atenções secundária e terciária à saúde. Quando os materiais educacionais do curso que os docentes têm acesso, não trabalham o tema SUS e seus princípios, o “corpo docente detém isenção de culpa devido à ambiguidade dos conceitos, mas, em decorrência disso, o corpo discente herda a incompreensão na sua formação o que refletirá para a sua vida profissional”. É importante trabalhar a saúde coletiva no espaço da universidade como comentam Silva e Almeida (2016, p.38)

seja no ensino, pesquisa e extensão, para contribuir para o processo de reformulação dos conteúdos curriculares em saúde e dos conhecimentos ali produzidos, aproximando-os das necessidades reais da população, dos princípios e diretrizes do SUS e contribuindo para formação de novos profissionais em saúde que exerçam e lutem por práticas mais integrais e articuladas com os pressupostos da SC.

Ferreira e Rezende (2016) evidenciam a importância de refletir, sobre a posição da fisioterapia na consolidação do sistema de saúde: onde a profissão quer se inserir nas propostas do SUS? É claro o espaço que se abre, desde a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para a entrada do fisioterapeuta no SUS, na atenção básica.. No entanto, há uma falta de conhecimento sobre esse campo de trabalho pelos profissionais e um despreparo para lidar com as propostas e os processos de trabalho desse novo campo. As autoras salientam ainda que parece haver falta de incentivo para essa discussão em geral e especificamente dentro dos projetos das instituições educacionais.

6 CONCLUSÕES

Conclui-se com o estudo, a importância de revisar constantemente as matrizes curriculares e ementas dos cursos na busca de um processo de formação profissional que capacite os fisioterapeutas a atuar em todas as áreas e níveis de atenção à saúde em conformidade com a necessidade da população, para se alterar a visão reducionista e assistencialista do profissional fisioterapeuta. Incluir nos ementários o SUS e seus princípios poderá garantir uma formação do profissional preparado a atuar no sistema.

Importa salientar que todas as universidades pesquisadas passaram por avaliação do MEC e têm o curso reconhecido. Além disso, as ementas e matrizes curriculares passaram por processo de reestruturação com base nas diretrizes curriculares de 2002, que enfatizam a preocupação com uma formação generalista e que prepare o profissional a atuar no sistema de saúde vigente no país.

Infelizmente como visto nesta pesquisa, ainda existem universidades que insistem em ignorar o SUS em sua matriz curricular e ementas das disciplinas, o que é lamentável tendo em vista que o sistema acolherá muitos dos futuros profissionais da saúde, no caso dos futuros fisioterapeutas. Além disso, a falta de compreensão sobre o SUS, seus princípios podem gerar prevalência de um olhar nas atenções secundária e terciária à saúde. Compreendemos que se torna fundamental a apresentação da possibilidade da atuação de forma integral, interdisciplinar aos alunos para que possam decidir posteriormente qual caminho seguir profissionalmente.

É preciso refletir sobre o SUS como o fundamento do olhar ampliado em saúde, Olga Pombo (2003) destaca que há um alargamento do conceito de ciência e, por isso, a necessidade de reorganização das estruturas da aprendizagem das ciências e das formas de aprender e de ensinar. O alargamento do conceito de ciência, segundo a autora, dificulta o estabelecimento da fronteira entre ciência e política, ciência e economia, ciência e a vida das comunidades. Nesse sentido, quanto mais problematizantes, estimuladores, criativos e dialógicos forem os processos de ensino-aprendizagem, maior será a possibilidade de apreensão do mundo pelos alunos que serão formados neste ambiente.

A discussão acerca do papel das universidades e dos cursos de fisioterapia que propõem torna-se relevante pela reflexão que desponta sobre o tipo de interação existente entre as práticas de ensino de tais instituições com os serviços de saúde.

Ao final dessa dissertação, cabe a reflexão sobre as descobertas aqui realizadas tendo em vista, os desafios que ainda devem ser assumidos na formação do fisioterapeuta para

atuação no SUS. Assim sendo, os resultados aqui elencados apontam para discussões mais amplas junto aos discentes, docentes e gestores das universidades pesquisadas.

O processo de formação em Fisioterapia tem sofrido modificações de acordo com as novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação, mas dependem ainda de uma reorganização do processo ensino-aprendizagem capaz de incluir mudanças de conteúdo disciplinar e interdisciplinar nas ementas para que se fortaleça o ensino para o trabalho junto ao SUS.

O estudo mostrou que a integralidade ainda é traduzida em faces variadas fruto, possivelmente, de uma formação profissional oriunda de contextos institucionais diversos e, por vezes, dissociados das necessidades do SUS da produção de cuidado integral em saúde. Observou-se a presença de seis faces que, mesmo algumas sendo antagônicas, podem conviver e só graças a essa convivência podem garantir a existência de uma prática profissional plural e diversa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Samira Mendonça de, MARTINS, Alberto Mesaque e ESCALDA, Patrícia Maria Integralidade e formação para o Sistema Único de Saúde na perspectiva de graduandos em Fisioterapia. **Rev. Fisioter Pesq.** 2014;21(3):271-278. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/88390> Acesso: 30/07/2018.

ALVES, Vania Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf> . [Acesso em: 03 ago 2018].

ARRUDA,MP; GHIGGI,G. Conversações sobre educação popular e educação permanente – propostas concorrentes e complementares? **REP - Revista Espaço Pedagógico**, v. 19, n. 1, Passo Fundo, p. 135-150, jan./jun. 2012. Acesso em 5/6/2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70; 2011.

BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. **Fisiobrasil**: Rio de Janeiro, 2002.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade**, 2002.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004.

BISPO JR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1627-1636, 2010. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000700074&script=sci_arttext&tlng=es Acesso em: 01/08/2018.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Artigo 196 a 200. Seção II Da Saúde 1990a. Disponível

em:https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao_Compilado.htm

Acesso em 11 de setembro de 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília (1990b).

BRASIL. Ministério da Saúde, 2008. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

BRASIL. Ministério da Educação – MEC. **Institui as diretrizes curriculares para os cursos de graduação – DCN**. Resolução n. 4 CNE/CES, 19 fevereiro 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. [Acesso em 10 fev 2008].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - (Pró-Saúde)**, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/234-sgtes/9603-pro-saude> Acesso em: 26/07/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html

BRASIL - Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 559 de 18 de setembro de 2017. Aprovar o Parecer Técnico nº 161/2017. **Dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do**

curso de graduação em Fisioterapia. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27612591_RESOLUCAO_N_559_DE_15_DE_SETEMBRO_D E_2017.aspx Acesso em: 28 de maio de 2018.

BRASIL. Portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.**

BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2004; 13 fev.

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação** – uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003. 228p.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2003, vol.8, n.2, p.569-584. ISSN 1413-8123.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002 Acesso em 04/12/2017.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**. 1997, v.31, n.2, p. 208-13.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,

20(5):1400-1410, set-out, 2004a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>. Acesso em 10/05/2017.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004b.

COSTA, Larissa R et al. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. **Revista Brasileira de fisioterapia**, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141335552012000500002&lng=pt&tlng=pt

CREFITO 10, 2018. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª região. **Endereço de IES Catarinenses**. Disponível em: <http://www.crefito10.org.br/conteudo.jsp?ids=99> Acesso em: 17 de agosto de 2017.

CUNHA, J.H.S.C. A representação social do curso de Fisioterapia: a visão do formando. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, da Universidade Regional de Blumenau – FURB, Blumenau, 2006.

DA ROS, Marco Aurélio. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: Marcos Bagrichevsky; Alexandre Palma Adriana Estevão; Marco Aurélio da Ros – org. **A saúde em debate na educação física**. Vol 2. Blumenau. Nova Letra, 2006. 240p.

FAZENDA, Ivani C. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro**: efetividade ou ideologia. São Paulo: Loyola, 1979.

FLEURY, Sergio. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: Nunes ED (Org.) **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília, Organização Panamericana da Saúde, 1985. p.87-109.

FERREIRA, Ana Luísa Pinho Pinto; REZENDE, Mônica De. Reflections on the Production of the Formation of Physiotherapy in the Con-text of SUS. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v.

29, n. 1, p. 37-44, Mar. 2016 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502016000100037&lng=en&nrm=iso>. access
on 04 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.029.001.AO03>.

FEUERWERKER LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n.3, 1998.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 34ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz, 2000.

GARCIA-HORTA, José. Baltazar e GUERRA-RAMOS, María Teresa. **The use of CAQDAS in educational research: some advantages, limitations and potential risks**. **International Journal of Research & Method in Education**, v. 32, n. 2, p. 151-165, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/17437270902946686>>. Acesso em: 5 set. 2010.

GAUER, Ana Paula Maihacket et al. Ações de reorientação da formação profissional em Fisioterapia: enfoque sobre cenários de prática. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005012102&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 jul. 2017. Epub 29-Jun-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0852>.

GAUTHIER Jacques Henri Maurice et al. **Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 1998.

GAVA Marcus Vinicius. **Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas**. UMESP: São Bernardo do Campo, 2004.

GILLY, M. **As representações sociais no campo da educação**. In: JODELET, Denise. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001.

GHIZONI, Angela Carla; ARRUDA, Marina Patrício de; TESSER, Charles Dalcanale. A integralidade na visão dos fisioterapeutas de um município de médio porte. **Interface (Botucatu)**. 2010, vol.14, n.35, pp. 825-837.

GHIZONI, Angela Carla. *As faces da integralidade em saúde: estudo sobre a percepção dos fisioterapeutas das clínicas de lages (sc)*. **Dissertação de mestrado**. Programa de pós-graduação em saúde coletiva. UNIPLAC, 2009.

HOLANDA, Aurelio Buarque. **Mini Dicionário da Língua Portuguesa**. 8ª ed., Curitiba: Positivo Editora, 2010.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976

KELL, Maria do Carmo Gomes. **Integralidade da atenção à saúde**, 2007. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatório/Arquivos/Destaque69.doc>. [Acesso em 29 jun 2007].

LADEIRA, Talita Leite e KOIFMAN, Lilian. Interface entre fisioterapia, bioética e educação: revisão integrativa **Rev. bioét.** (Impr.). 2017; 25 (3): 618-29. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1286. Acesso em: 01/08/2018.

LEAL, Daiane Pontes; SANTOS, Wine Suélhi dos e LEITE, Pedro de Sousa. A fisioterapia e a saúde coletiva no brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Interfaces**. 2014. Disponível em: <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/258> Acesso em 26 de julho de 2018.

LEIS, Héctor Ricardo. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 73, ago. 2005. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~dich/TextoCaderno73.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2018

LÜDKE, Menga. & ANDRÉ, Marli. E. D. A. Evolução da Pesquisa em Educação. In: **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 2ª ed. São Paulo: EPU, pág. 1-10. 2003.

MACEDO, L. de. Para uma psicopedagogia construtivista. In: ALENCAR, E. M. L. S. de. (Org.). **Novas contribuições da psicologia aos processos de ensino e aprendizagem**. São Paulo: Cortez, 1992. p. 119-140.

MARCO, Mario Alfredo de. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro, v.30, nº1, jan/abr, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf>. Acesso em 08/02/2010.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MATTOS, Rubens Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Rubens Araujo de & col. **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, 8ed., Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2009.

MATTOS, Rubens Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, set./out, 2004, vol.20, n.5, p.1411-1416. ISSN 0102-311X.

MATTOS, Rubens Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MATTOS Rubens Araújo de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003. 228p.

MERHY Emerson Elias e org. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. 2004, 2. ed. Hucitec: São Paulo.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e colaboradores. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG Souza, ER. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. 2005. FIOCRUZ: Rio de Janeiro.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2006, 9ª ed. São Paulo: Hucitec.

MITRE, Sandra Minardi et al . Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, Dec. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000900018&lng=en&nrm=iso>. Access on 16 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 9. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unesco, 2004.

MORIN. Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.

MORIN, Edgar. **A ciência com consciência**. Lisboa: Europa América, 1998.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MORIN E. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed., Lisboa: Instituto Piaget: 2001.

MAXQDA. **Qualitative Data Analysis Software**. Disponível em: <http://www.maxqda.com/> Acesso em: 27/08/2017

NEVES, Laura Maria Tomazi; ACIOLE, Giovanni Gurgel Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação** v.15, n.37, p.551-64, abr./jun. 2011.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2011.v15n37/551-564/> Acesso em 31 de julho de 2018.

NUNES JUNIOR, Josemar Ramos; VASCONCELOS, Cinthia Rodrigues de, e ARANTES, Ana Cecília Primavera. Formação para o trabalho no SUS: um olhar para o núcleo de apoio à saúde da família e suas categorias profissionais **Cad. Edu saúde e Fis.** 2017/1, v. 4, n. 7. Disponível em: <http://fisioterapia.com/formacao-para-o-trabalho-no-sus-um-olhar-para-o-nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-e-suas-categorias-profissionais/> Acesso em 03 de agosto de 2018.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v1n1/1413-8123-csc-01-01-0055.pdf>. Acesso em 23/07/2018.

POMBO, Olga. Epistemologia da Interdisciplinaridade. In: **Seminário internacional interdisciplinaridade, humanismo, universidade**, 2003. Porto. Anais. Universidade do Porto, 2003. Disponível em: http://www.humanismolatino.online.pt/v1/pdf/C002_11.pdf. Acesso em: 26 abr. 2018.

OLIVEIRA, Inajara Carla; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Percepção dos Alunos dos Cursos de Graduação na Saúde sobre Integralidade. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 208-217, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200208&lng=en&nrm=iso>. access on 02 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02772013>.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**. 32(4):492-499, 2008.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev. Saúde Pública** [online]. 1998, v. 32, n. 4 [cited 2009-03-29], pp. 299-316.

PAIM, Jairnilson S. **Saúde, crises, reformas**. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

PINHEIRO Roseni; MATTOS Rubens Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001.

PRATO, Darlene Del. Students' voices: The lived experience of faculty incivility as a barrier to professional formation in associate degree nursing education. **Nurse Education Today**, 2013, p. 286–290. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691712001840>. Acesso em 10/05/2017.

POLIT, Denise F e HUNGLER Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização** 3. ed. Artes Médicas: Porto Alegre, 1995.

POPE, Catherine, ZIEBLAND, Sue e MAYS, Nicholas. (2000). Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. **British Medical Journal**, 320, 114-116. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7227.114>

RAYMUNDO, Camila Sotello et al. A implantação do currículo baseado em competência na graduação de fisioterapia: a integralidade como eixo condutor. **ABCS Health Sci**. 2015; 40(3):220-228. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/799> Acesso em: 02 de maio de 2018.

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

REZENDE, Mônica de. **A inserção do fisioterapeuta na atenção básica do SUS**. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA VM et al. **As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas**. *Fisioter. Bras.* 2010;11(5):4-8.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública** (3ª ed.). São Paulo: Hucitec/ UNESP/ ABRASCO, 2006.

SANTOS, Boaventura de Sousa. O fim das descobertas imperiais. *In*: OLIVEIRA, Inês Barbosa & SGARB, Paulo. **Redes culturais, diversidades e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SANTOS, Renata Newman Leite Cardoso dos; et al. Integralidade e Interdisciplinaridade na Formação de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 39 (3) : 378 – 387 ; 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0378.pdf> Acesso em: 02/05/2017.

SERIANO, Kajena Nascimento; MUNIZ, Vivianne Ramos da Cunha; CARVALHO, Maria Ester Ibiapina Mendes de. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 20, n. 3, p. 250-255, Sept. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000300009&lng=en&nrm=iso>.access on 26 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502013000300009>.

SILVA, Cassandra Ribeiro de O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa**: guia prático. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

SILVA, Carolina Veras Pessoa da; ALMEIDA, Milena Maria Cordeiro de. Fisioterapia e saúde coletiva: uma análise crítica da produção científica no brasil **Cad. Edu Saúde e Fis.** 2016/1, v. 3, n. 5. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br:9000/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/714> Acesso em 19 de julho de 2018.

SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy et al. Assessing the potential effectiveness of oral health promotion strategies in primary health care in Brazil. **Publichealth**, 2017 p.47-50. Disponível

em: [http://www.publichealthjrnl.com/article/S0033-3506\(17\)30037-9/fulltext](http://www.publichealthjrnl.com/article/S0033-3506(17)30037-9/fulltext). Acesso em 11/05/2017.

SOUZA, Marcio Costa de, et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2012;36(3):452-460. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Marcio_Souza14/publication/299595607_Integralidade_na_atencao_a_saude_um_olhar_da_Equipe_de_Saude_da_Familia_sobre_a_fisioterapia/links/5701bc0908aee995dde8dd0b.pdf Acesso: 30/07/2018.

STEDILE, Nilva Lucia Rech; et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 20(10): 2957-2971, 2015.

TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti; LEWGOY, Alzira Maria Baptista. Integrated Health Practices I: an innovative experience through inter-curricular integration and interdisciplinarity. **Interface (Botucatu)**. 2016; 20(57):449-61.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa e org. 2ª ed. **Tratado de saúde coletiva**. Hucitec, Fiocruz: Rio de Janeiro, 2007.

VASCONSELOS, Cipriano M. de; PASCHE Dario F. O Sistema Único de Saúde In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa e org. 2ª ed.. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 531–562.

VARJABEDIAN, Deborah et al. Limites e possibilidades para a efetivação da integralidade na atenção à saúde: o Cenário de Ensino em questão. **ABCS Health Sci**. 2015; 40(3):208-213. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/797> Acesso em: 04 de agosto de 2018.

