

---

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE  
(Área: Pedagogia da Motricidade Humana)**

---

**A FISIOTERAPIA COMO PRÁTICA HÍBRIDA, AS MUDANÇAS DO CURRÍCULO  
E O PERFIL PROFISSIONAL**

**ALBERTO SUMIYA**

Tese apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências da Motricidade.

**Agosto - 2014**

---

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE  
(Área: Pedagogia da Motricidade Humana)**

---

**A FISIOTERAPIA COMO PRÁTICA HÍBRIDA, AS MUDANÇAS DO CURRÍCULO  
E O PERFIL PROFISSIONAL**

**ALBERTO SUMIYA**

Tese apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências da Motricidade.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leila Marrach Basto de Albuquerque

Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dirce Shizuko Fujisawa

**Agosto - 2014**

615.82 Sumiya, Alberto  
S955f A Fisioterapia como prática híbrida, as mudanças do currículo e o perfil profissional / Alberto Sumiya. - Rio Claro, 2014  
248 f. : il., quadros

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro  
Orientador: Leila Marrach Basto de Albuquerque  
Coorientador: Dirce Shizuko Fujisawa

1. Fisioterapia. 2. Fisioterapeuta - Formação. 3. Híbrido. 4. Profissão. I. Título.

**CERTIFICADO DE APROVAÇÃO**

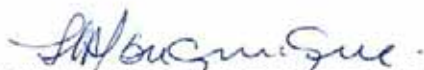
**TÍTULO:** A fisioterapia como prática híbrida, as mudanças do currículo e o perfil profissional

**AUTOR:** ALBERTO SUMIYA

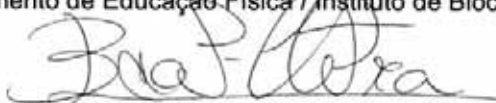
**ORIENTADORA:** Profa. Dra. LEILA MARRACH BASTO DE ALBUQUERQUE

**CO-ORIENTADORA:** Profa. Dra. DIRCE SHIZUKO FUJISAWA

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de DOUTOR EM CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE, Área: PEDAGOGIA DA MOTRICIDADE HUMANA, pela Comissão Examinadora:



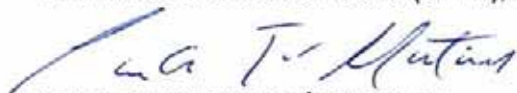
Profa. Dra. LEILA MARRACH BASTO DE ALBUQUERQUE  
Departamento de Educação Física / Instituto de Biociências de Rio Claro - SP



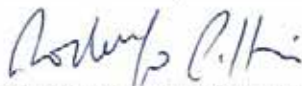
Profa. Dra. BELTRINA DA PURIFICAÇÃO DA CORTE PEREIRA  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós Graduação em Gerontologia - São Paulo/SP



Prof. Dr. MARCOS CLAUDIO SIGNORELLI  
Universidade Federal do Paraná (UFPR), Setor Litoral, Câmara de Saúde Coletiva - Matinhos/PR



Prof. Dr. CARLOS JOSÉ MARTINS  
Departamento de Educação Física / Instituto de Biociências de Rio Claro - SP



Prof. Dr. RODOLFO FRANCO PUTTINI  
Departamento de Saúde Pública / Faculdade de Medicina de Botucatu - SP

Data da realização: 22 de agosto de 2014.

## **DEDICATÓRIA**

Para meu pai, que partiu, mas continua moldando meu caráter.

Para minha mãe, que nesta fase da vida acolheu minhas tormentas.

## AGRADECIMENTOS

A Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leila Marrach Basto de Albuquerque, orientadora, pelo suporte acadêmico, mas principalmente pela paciência e compreensão diante das minhas limitações em relação às ciências sociais. Talvez eu não tivesse sido o melhor interlocutor intelectual, mesmo assim, considero que sua influência contribuiu para redefinir alguns caminhos da minha vida.

A Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Dirce Shizuko Fujisawa, co-orientadora, também pelo suporte acadêmico, mas principalmente pela coerência e sensatez diante das minhas situações de ansiedade em lidar com o familiar. Seu profissionalismo motivador despertou o desejo de permanência nessa vereda da educação, da pesquisa qualitativa, do investimento no lado humano da técnica.

Para a Prof<sup>a</sup>. Maria do Carmo Assad minha homenagem e meu reconhecimento tardios. O seu conhecimento sobre o ser humano em movimento inspirou minha vida profissional.

Agradeço as minhas irmãs e sobrinhos por constituírem o que chamamos de família, com todas as suas alegrias, tristezas e contradições.

Aos eternos amigos Márcio Campos Koga, Eduardo Cortelassi, Thelma Yanagisawa Shimomura e Luciana Gonçalves, pela relação espirituosa de sempre, que somente o tempo denuncia.

A Rafael dos Reis Gaona, que me encontrou no meio do caminho, apresentou-me um mundo emocionalmente mais intenso, recheado de corporalidade, dissipou frustrações, fortaleceu as minhas escolhas.

A Catarina Teruco Makiyama, pessoa crítica, engajada socialmente e muito guerreira, que não me permitiu desistir da batalha, apoiando-me diretamente nesta empreitada, mesmo à distância.

A Nilda Rodrigues, que se tornou uma inestimável amiga e, que vem me acompanhando desde o mestrado em diversos momentos da minha vida.

A Edson Elias Morais e Claudinei Carlos Spirandelli pelas indicações de leitura ou conselhos, que contribuíram com esta tese.

A Moisés Alessandro de Souza Lopes que me ajudou com o projeto de mestrado e, cujos trabalhos tornaram-se fonte de estímulo.

A Afroditi Kouzouna pela excelente companhia durante minha estadia na *Keele University* e pela grande prestatividade com o download de artigos.

A banca de qualificação do doutorado, Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli (UFPR-PR) e Profa. Dra. Beltrina da Purificação da Côrte Pereira (PUC-SP), pelos preciosos apontamentos.

Ao Departamento e ao Colegiado de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), que permitiram e facilitaram a coleta de dados.

A *Keele University*, que me recebeu para o estágio de doutorado no exterior. Agradeço, particularmente, os Professores Anand Padyan, Catherine Bucher e Lesley Rimington.

A Marcia Mitsi (UEL), Ivana Terezinha Brandt (UNESP) e Julie Willis (*Keele University*), pessoas muito solícitas, que me mantiveram informado acadêmica e administrativamente.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo suporte financeiro, sem o qual esta pesquisa seria impossível de concretização.

Intuí bem cedo que, quando a resposta para os problemas e complexidades da vida não vêm de dentro, é porque estes significam pouca coisa. Nenhuma circunstância exterior substitui a experiência interna. E é só à luz dos acontecimentos internos que entendo a mim mesmo. São eles que constituem a singularidade de minha vida.

Carl Gustav Jung



SUMIYA, Alberto. **A fisioterapia como prática híbrida, as mudanças do currículo e o perfil profissional**. 2014. 248f. Tese (Doutorado em Ciências da Motricidade) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Rio Claro, 2014.

## RESUMO

Esta tese consiste na aproximação do pensamento de Bruno Latour à temática da formação do fisioterapeuta, no que se refere à utilização do conceito de híbrido para contribuir com o aprofundamento do assunto no âmbito das práticas da fisioterapia. A análise segue voltada para as relações entre natureza e cultura como partes de uma mesma tessitura, mas que se apresentam para a ciência moderna como separadas. A hipótese levantada é que o fazer da fisioterapia é híbrido, porque expõem as características inevitáveis das misturas. Portanto, o objetivo principal deste trabalho é evidenciar, a partir da análise de matrizes curriculares e perfis profissionais, as condições que favorecem a proliferação de híbridos durante a construção da identidade profissional. Os procedimentos metodológicos desta pesquisa envolveram etnografia, análise documental e entrevistas com professores. As instituições participantes foram a Universidade Estadual de Londrina (Brasil – Paraná) e a *Keele University* (The UK). A partir da análise dos dados depreendemos três categorias: 1) Perfil profissional: entre currículos, diretrizes e projetos pedagógicos; 2) Campo de poder: entre interesses, limites e possibilidades das estruturas curriculares; 3) Integração curricular: a valorização das misturas na formação do fisioterapeuta. A análise destas categorias desenvolveu-se seguindo uma linha de raciocínio, começando pela demonstração das diferentes concepções sobre o perfil profissional, evocando passado, presente e futuro. Passando em seguida, para o campo da fisioterapia e suas tensões, que deixaram claras as resistências, disputas e diferenças de capitais sociais e, como estes podem influenciar/modificar a trajetória que foi planejada pelas matrizes curriculares. A integração curricular, por sua vez, condensou as expectativas de explicar o conhecimento fisioterapêutico como alicerçado pelo conceito de híbrido, porque expõe a inevitabilidade da interação de conteúdos científicos e tácitos, produzindo misturas. A teoria dos híbridos representa a possibilidade de redefinição das relações científicas da fisioterapia com a sua prática terapêutica, tendo-se em vista que os domínios do humano e da técnica não podem ser separados claramente. Aceitar essa mistura descortinaria a sua complexidade.

**Palavras-chave:** Fisioterapia; Currículo; Perfil profissional; Híbrido.

SUMIYA, Alberto. **Physiotherapy as hybrid practice, the curriculum' changes and professional profile**. 2014. 248p. Thesis (Doctorate in Motricity Sciences) – Paulista State University “Júlio de Mesquita Filho”, Rio Claro, 2014.

## **ABSTRACT**

This thesis is an approaching of Bruno Latour's thought to the physiotherapist training issue regarding the concept of hybrid in order to contribute to deepening of the subject within physiotherapy practice. The analysis is focused on the relationship between nature and culture as parts of the same fabric, which are understood as separated to modern science. The hypothesis is that physiotherapy practice is hybrid, because it exposes the inevitable characteristics of mixtures. Therefore, the main objective of this study is to evidence from the curriculum changes the conditions that favor the proliferation of hybrids during the construction of professional identity. The research's methodological procedures involved ethnography, documental analysis and interviews. The participating institutions were the University of Londrina (Brazil - Paraná) and Keele University (The UK). Data analysis inferred three categories: 1) Professional profile: among curricula, guidelines and programme specifications; 2) Field of power: among interests, boundaries and possibilities of curricula structures; 3) Curriculum integration: the value of the mixtures in the physiotherapist education. The analysis of these categories was developed following a reasoning that demonstrated different conceptions about professional profile, evocating past, present and future. The field and its tensions, showed us resistances, disputes, differences of social capitals and how they might influence/modify the trajectory of the curricula. The curriculum integration condensed the expectations of explaining the physiotherapy knowledge as underpinned by hybrid concept, because it exposes the interaction of contents which leads to mixtures. The concept of hybrid represents the possibility of redefining the scientific relations of physiotherapy with its therapeutic practice, taking into account that human and technique's domains cannot be separated clearly. Accept this mixture would reveal its complexity.

**Key words:** Physiotherapy; Curriculum; Professional profile; Hybrid.

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 01</b> – Eixos de campos de conhecimentos da UEL .....	28
<b>QUADRO 02</b> – Relação entre professor e disciplina da UEL .....	29
<b>QUADRO 03</b> – Caracterização dos professores da UEL .....	30
<b>QUADRO 04</b> – Relação entre professores e eixos na <i>Keele University</i> .....	32
<b>QUADRO 05</b> – Caracterização dos professores da <i>Keele University</i> .....	33
<b>QUADRO 06</b> – Categorias, subcategorias e unidades temáticas .....	83

## LISTA DE ABREVIações

<b>UEL</b>	–	Universidade Estadual de Londrina
<b>PhD</b>	–	Philosophiae Doctor
<b>HURNP</b>	–	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
<b>UNESP</b>	–	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
<b>UFSCar</b>	–	Universidade Federal de São Carlos
<b>CAPES</b>	–	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>PDSE</b>	–	Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior
<b>UNICENTRO</b>	–	Universidade Estadual do Centro-Oeste
<b>CCS</b>	–	Centro de Ciências da Saúde
<b>CSP</b>	–	The Chartered Society of Physiotherapy
<b>WCPT</b>	–	World Confederation of Physical Therapy
<b>NHS</b>	–	National Health Service
<b>DCN</b>	–	Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Fisioterapia
<b>PS</b>	–	<i>Programme Specification</i>
<b>AQP</b>	–	<i>Learning and Development Principles for CSP Accreditation of Qualifying Programmes in Physiotherapy</i>
<b>ABENFISIO</b>	–	Associação Brasileira de Fisioterapia
<b>SINAES</b>	–	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
<b>PPP</b>	–	Projeto Político Pedagógico
<b>TCLE</b>	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>CAPÍTULO 1 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: CONSTRUINDO A PESQUISA PENSANDO COM OS CAMPOS</b> .....	24
1.1 A FISIOTERAPIA DA UEL: O MEU FAMILIAR-FAMILIAR .....	27
1.2 A FISIOTERAPIA DA KEELE UNIVERSITY: O MEU FAMILIAR-EXÓTICO .....	30
<b>CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: DAS PROFISSÕES MODERNAS ÀS PRÁTICAS HÍBRIDAS</b> .....	35
2.1 PROFISSÃO, PROFISSIONALISMO E CONHECIMENTO TÁCITO .....	37
2.2 A TEORIA GERAL DOS CAMPOS DE PIERRE BOURDIEU .....	42
2.3 A CIÊNCIA MODERNA E A CIÊNCIA PÓS-MODERNA .....	49
2.4 OS HÍBRIDOS DE BRUNO LATOUR E A FISIOTERAPIA .....	53
<b>CAPÍTULO 3 – DAS OBSERVAÇÕES DOS CAMPOS</b> .....	62
3.1 A UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – ESTUDO 1 .....	64
3.1.1 A DISCIPLINA DE HABILIDADES INTERPESSOAIS I .....	66
3.1.2 A DISCIPLINA DE HABILIDADES INTERPESSOAIS II .....	68
3.1.3 A DISCIPLINA DE SAÚDE COLETIVA II .....	70
3.1.4 A DISCIPLINA DE PESQUISA CIENTÍFICA III .....	72
3.2 KEELE UNIVERSITY – ESTUDO 2 .....	74
<b>CAPÍTULO 4 – DISCUTINDO A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA</b> .....	82
4.1 PERFIL PROFISSIONAL: ENTRE CURRÍCULOS, DIRETRIZES E PROJETOS PEDAGÓGICOS ..	85
4.2 CAMPO DE PODER: ENTRE INTERESSES, LIMITES E POSSIBILIDADES DAS ESTRUTURAS CURRICULARES .....	108
4.3 INTEGRAÇÃO CURRICULAR: A VALORIZAÇÃO DAS MISTURAS NA FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA .....	128

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	148
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	154
<b>ANEXOS</b> .....	166
ANEXO A – OFÍCIO 486/2011 COMITÊ DE ÉTICA .....	167
ANEXO B – PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA UEL .....	168
ANEXO C – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA .....	201
ANEXO D – EMENTAS DAS DISCIPLINAS DA UEL .....	206
ANEXO E – <i>PROGRAMME SPECIFICATION</i> .....	212
ANEXO F – <i>LEARNING AND DEVELOPMENT PRINCIPLES FOR CSP ACCREDITATION OF QUALIFYING PROGRAMMES IN PHYSIOTHERAPY</i> .....	230
<b>APÊNDICES</b> .....	244
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO (BRASILEIRO) .....	245
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	246
APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO (INGLÊS) .....	247
APÊNDICE 4 – QUADRO COMPARATIVO ENTRE CIÊNCIA MODERNA, PÓS-MODERNA CÉTICA E AFIRMATIVA .....	248

## INTRODUÇÃO

Eu era a escura ignorância com suas fomes e risos, com as pequenas mortes alimentando a minha vida inevitável - que podia eu fazer? Eu já sabia que eu era inevitável. Mas se eu não prestava, eu fora tudo o que aquele homem tivera naquele momento. Pelo menos uma vez ele teria que amar, e sem ser a ninguém - através de alguém. E só eu estivera ali. Se bem que esta fosse a única vantagem: tendo apenas a mim, e obrigado a iniciar-se amando o ruim, ele começara pelo que poucos chegavam a alcançar. [...]. Entendia eu tudo isso? Não. E não sei o que na hora entendi [...]

(CLARICE LISPECTOR)

Sem pretender retomar todos os detalhes que coincidiram na realização deste trabalho, gostaria de pelo menos, elucidar os momentos biográficos mais importantes que auxiliaram o seu desenvolvimento. Entrelaçarei algumas histórias, colorindo os caminhos que definiram meus enfrentamentos, transformando as minhas fomes em fontes de inspiração, não apenas em teorias, porém, principalmente, em conhecimento de mim mesmo.

O meu mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina (UEL) permitiu um olhar mais crítico sobre a formação acadêmica do fisioterapeuta (SUMIYA, 2007), revelando um universo de pesquisa muito amplo à minha frente, sendo que não poderia ter percebido esse escopo sem os conhecimentos da Sociologia e da Antropologia. Foi uma aventura instigante transitar entre áreas, que hoje enxergo como parceiras na busca de

esclarecimentos para algumas lacunas que me pareciam muito difíceis de preencher.

Para ser fiel a verdade dos fatos, essa aventura começou na minha graduação, exatamente durante o estágio em ginecologia e obstetrícia cujas peculiaridades da área não atraíam os estudantes do gênero masculino. Neste estágio pude conviver com uma professora, que valorizava a relação terapeuta-paciente, salientando a importância do tocar e do movimento atrelado à dimensão biopsicossocial. Estas idéias, inegavelmente moldaram a maneira como eu compreendia as técnicas terapêuticas, causando inquietações diversas, que me levaram a concluir aquele estágio com um estudo teórico sobre a noção de corporeidade.

Influenciado por essa experiência positiva, naturalmente me envolvi com autores que apontavam a subjetividade como elemento intrínseco da condição corporal em terapias: Lilly Ehrenfried (Ginástica Holística), Thérèse Bertherat (Antiginástica), Moshe Feldenkrais (Consciência pelo Movimento), Gerda Alexander (Eutonia) ... Terapias que percebo praticamente abandonadas do repertório fisioterapêutico, o que fortalece o domínio das formações mais tradicionais, direcionadas para áreas da ortopedia, neurologia e pneumologia ... Então, como recém-formado, pretendendo a conquista de um espaço no mercado de trabalho, inclinei-se para uma especialização mais “formal”. Entretanto, tentando manter o trabalho iniciado no estágio em ginecologia e obstetrícia, apresentei como monografia da especialização, uma descrição dos conceitos de corpo e saúde na história.

No mestrado, portanto, não poderia ser diferente, mantive a coerência temática, historicizando a noção de corpo atrelada ao paradigma biomédico cujo objeto de análise era as mudanças curriculares no curso de fisioterapia da UEL (SUMIYA, 2007). José Carlos Rodrigues (1975; 1999), David Le Breton (2003; 2006) e Michel Foucault (1987a; 1987b; 2004), por exemplo, foram alguns dos autores que nortearam a pesquisa de mestrado, evidenciando tipos de controles corporais, os quais foram relacionados com a área da saúde. E, ainda nesta mesma época, encontrei meu primeiro emprego como professor, o que melhorou a minha compreensão do objeto analisado no mestrado, porque me tornara produtor das situações que tinha buscado explicar.



Mais especificamente, a dissertação de mestrado problematizou os distanciamentos nas relações humanas durante os encontros terapêuticos, encarados como produto dos reducionismos, que transformam a prática do fisioterapeuta em terreno conflituoso, porque o nosso fazer está firmado na aproximação realizada pelo tocar. O tocar como instrumento terapêutico permite acessar os itinerários terapêuticos nas minúcias, enriquecendo o trabalho e a compreensão da dimensão do movimento humano. Este enriquecimento não se restringe a esfera profissional, expande-se por outras vidas, por isso muito do que sou devo, inegavelmente, às corporalidades alheias.

Os achados do mestrado foram divulgados em forma de artigos (SUMIYA, 2009; SUMIYA, JEOLÁS, 2010), o que provocou uma nova reflexão sobre as categorias temáticas depreendidas naquela época. Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Fisioterapia (DCN) (BRASIL, 2002) fossem mencionadas como gatilho da mudança curricular, as categorias somente tangenciavam as tensões internas do campo, não explicitando como a prática articulava-se com a ciência produzindo novos sentidos: A categoria temática denominada de humanização da técnica, por exemplo, não evidenciava o movimento de renovação do perfil profissional como parte desses novos sentidos, mostrando-se muito mais como estratégia imposta a nova matriz curricular.

Portanto, a investigação realizada no mestrado indicava a necessidade de continuidade. O que eu tinha em mente, primeiramente, era revisitar o objeto de pesquisa logo após a graduação da primeira turma sob o novo currículo, com o pressuposto de encontrar o jogo do campo mais explícito. Nesse ínterim, eu já me encontrava no segundo emprego como professor, por isso tive que postergar a entrada no doutorado, porém foi um atraso providencial, porque eu estava experimentando a máquina burocrática universitária de uma instituição estadual, percebendo e participando de disputas, visualizando as hierarquias. Condições muito similares às encontradas durante o mestrado, porém pouco exploradas teoricamente.

Além disso, o que também motivava a continuidade da pesquisa era o mercado de trabalho com seus concursos para professor efetivo, nos quais uma melhor titulação acadêmica representava aumento das chances de aprovação. A preocupação com esse aspecto da carreira, por outro lado, assentava-se no problema de aceitação do título de mestrado alcançado, porque a maioria dos

concursos na saúde o recusava. Neste caso especificamente, o discurso da interdisciplinaridade, não fazia nenhuma diferença para mim. Consequentemente, para dar cabo desta continuidade, a pesquisa imaginada precisaria ser realizada num programa de pós-graduação dentro da área da saúde, mas com um orientador afinado com as ciências humanas.

A procura por uma pós-graduação que atendesse essas expectativas encaminhou-me para o Programa de Ciências da Motricidade da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) de Rio Claro – SP. Em princípio, eu pretendia manter o diálogo do currículo com o corpo, porque havia pouca literatura a respeito, parecia realmente interessante explorar melhor o assunto. Contudo, os materiais que recorrentemente surgiam versavam sobre experiências metodológicas e sistemas de avaliação. Estes temas não foram desprezados, aproveitei as leituras deles na elaboração de trabalhos de conclusão de curso e projetos de pesquisa com estudantes de graduação que estavam sendo orientados por mim (CZAPIEVSKI, LIMA, SUMIYA, 2010; BERBEL, VOLPONI, LOPES, SUMIYA, 2010; SUMIYA, KLUBER, MENDES, 2011).

O corpo como tema de pesquisa não foi totalmente abandonado, porque ele permeia a discussão da prática na fisioterapia, mesmo quando não o referenciamos diretamente. As matrizes curriculares atuais são o objeto principal, porém o foco da discussão foi direcionado para o perfil profissional, as tensões do campo acadêmico e da prática terapêutica. No doutorado, considerei prudente também buscar ajuda de uma coorientação da área da fisioterapia, sendo que a encontrei no curso da UEL. Desta forma, contei com a experiência de duas fortes personalidades, que me guiaram e ajudaram alcançar um patamar profissional diferenciado, além de amadurecimento pessoal. Elas traduziram com sensibilidade minhas ansiedades, fazendo emergir a condição entre-lugares da minha própria mistura – uma inevitabilidade biográfica.

Porque estava em um programa de pós-graduação na área da educação física, pude perceber que compartilhamos a discussão sobre a legitimização identitária, observando que evidenciamos características de corpos de conhecimentos construídos com metodologias e saberes emprestados de campos científicos estabelecidos. Fato que implica na dificuldade de reclamarmos jurisdição e autoridade, gerando comparações a respeito do nível de reconhecimento e dos patamares de benefícios adquiridos entre profissões da saúde. Esta condição

desconfortante intensifica-se com a imposição dos imperativos científicos e da constituição moderna, que separam a teoria da prática. Consequentemente torna complexa a tarefa de validação de técnicas, comprovação de eficácia, considerando que o conhecimento fisioterapêutico é, na minha concepção, por enquanto, eminentemente tácito.

Mauro Betti (1996) discutindo a constituição da educação física, a partir desses empréstimos de metodologias e saberes, descreveu a mesma como uma ciência aplicada, que atua de maneira integrativa, utilizando mediações para alcançar sínteses próprias. Além disso, outra contribuição das interações de campos diferentes seria a possibilidade de ampliação conceitual destinada à teoria da prática, pois determinadas condutas são melhores entendidas quando dispomos de mais caminhos para percorrer.

Adentrando um pouco na história da fisioterapia no Brasil, segundo Dal-Cól (2008), a fisioterapia nasceu na Europa, na metade do século XIX, com as primeiras escolas localizadas na Alemanha e na Inglaterra. No Brasil, o estabelecimento da profissão de fisioterapeuta ocorreu em virtude da necessidade de reinserção social de sequelados de poliomielite e acidentados de trabalho (REBELATTO, BOTOMÉ, 1999). Como marco histórico inaugural dos serviços de fisioterapia no país, temos as modalidades de eletricidade médica e hidroterapia oferecidas pela Casa das Duchas no Rio de Janeiro (1876). Posteriormente, registraram-se os serviços do Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro (1884), do Departamento de Eletricidade Médica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1919) e do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1929) (DAL-CÓL, 2008).

Ainda, de acordo com Dal-Cól (2008), os primeiros cursos de formação eram de nível técnico e aconteciam no Hospital das Clínicas de São Paulo (1951), com duração de um ano em período integral. Depois surgiram na Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro (1956) e na Universidade de São Paulo (1958), com duração de dois anos em período integral. Segundo Cavalcante et al. (2011), os cursos de fisioterapia foram reconhecidos pelo Ministério da Educação em 1963 e apresentavam estrutura curricular de três anos com diploma de Técnico em Fisioterapia. Somente em 1969, ascendeu ao nível superior, sendo o primeiro Mestrado em Fisioterapia autorizado somente em 1996, na Universidade Federal de São Carlos (UFScar).

Em relação à definição atual do perfil profissional do fisioterapeuta, verificamos que as DCN (BRASIL, 2002) o caracterizam como generalista, humanista, crítico e reflexivo cuja autonomia garante o direito ao diagnóstico funcional e a execução de procedimentos próprios. O rigor científico e o respeito ético-cultural efetivam sua atuação em diferentes níveis de atenção à saúde. O movimento humano e o corpo são os principais objetos de estudo, para os quais se buscam a preservação, o desenvolvimento e a restauração da capacidade física e qualidade de vida.

De modo geral, a trajetória histórica da fisioterapia é constituída por acontecimentos recentes, possui características de profissão jovem, que passou rapidamente do nível técnico para o nível superior. Como profissão tem se empenhado na eliminação do estigma de ser um trabalho somente curativo, tentando inserir na formação conceitos que remetem a sociedade, ao processo saúde-doença, a prevenção e promoção, a vigilância sanitária e epidemiológica. O que proporciona, pelo menos em princípio, um alinhamento da profissão com as políticas públicas de saúde vigentes.

Para investigar o perfil profissional, as tensões do campo e a prática profissional, lancei mão da noção de campo científico dada por Pierre Bourdieu (1983), para delimitar o entendimento das tensões que moldam a estrutura curricular, concomitantemente, do conceito de híbrido de Bruno Latour (1994), para lidar com as condições de indissociabilidade entre natureza e cultura. Os autores escolhidos representaram a possibilidade abordar a redefinição das relações que acontecem no campo da fisioterapia a partir do envolvimento mais próximo da ciência. O referencial teórico proposto não se limitou à presença destes autores, porque o tema desta pesquisa edificou-se em torno de um diálogo amplo e permissivo de idéias.

Bourdieu (1983) descreveu o campo científico como um lugar de forças onde os agentes lutam para conservar ou subverter hegemonias. Qualquer estratégia de mudança implicaria em conflitos que forçariam a exposição das economias e dos capitais sociais, revelando a relativa autoridade de cada posição. A hierarquia evidenciaria também como o monopólio conquistado se administrou diante das tensões intrínsecas e extrínsecas ao campo, revelando mecanismos de produção e manutenção do conhecimento.

Latour (1994) mostra o papel da ciência na modernidade como um projeto impossível de ser realizado completamente, pois o científico nunca afastou a imprevisibilidade do mundo natural. A condição híbrida é uma realidade que denuncia os processos de purificação da ciência como artificiais – sua apostasia permitiria a diluição das oposições dadas pela polarização de natureza e cultura. Agora, os elos podem ser discutidos em todos os lugares, porque o conceito de híbrido favorece a problematização do pensamento dualístico.

O objetivo geral desta pesquisa foi hipotetizar os desconfortos dados pela oposição teoria-prática na modernidade a partir da análise do contexto de formação e prática do fisioterapeuta. Buscaram-se na noção de campo (BOURDIEU, 1983) as estruturas estruturantes da matriz curricular e, no conceito de híbrido (LATOURE, 1994) a possibilidade de consubstanciação do conhecimento da fisioterapia enquanto prática híbrida, considerando-se os novos sentidos oferecidos pelas noções de cultura e natureza no âmbito do movimento de humanização<sup>1</sup> da saúde. Os objetivos específicos foram: Caracterizar dois contextos diferentes de formação em fisioterapia para contribuir com a compreensão do ensino nesta área; Evidenciar as características da ciência e do profissionalismo moderno presentes na fisioterapia; Evidenciar as disposições do campo de poder da fisioterapia enquanto provocadores de conflitos; Apontar na dinâmica das matrizes curriculares, dos contextos analisados, os elementos que hibridizam a formação do fisioterapeuta.

A necessidade de reflexão sobre o desenvolvimento da profissão, considerando suas continuidades dentro do contexto de formação, justificou esta pesquisa, porque apontou a prática fisioterapêutica permeada por misturas, que valorizam o saber do fazer (e o saber-fazer), implícito nas técnicas de tratamento, ao mesmo tempo em que incorporam as demandas científicas da modernidade. A partir da exposição dos nossos híbridos, chamados também de bastardos ou impuros, buscou-se discutir uma teoria da prática no campo científico da fisioterapia.

Esta tese foi dividida em quatro capítulos. No capítulo um, denominado de **Procedimentos Metodológicos: Construindo a pesquisa pensando com os campos**, apresentei como realizei a coleta e a análise dos dados, quais os

---

<sup>1</sup> A idéia de humanização considera a Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão na saúde no Brasil, que se apresenta como meio de qualificação das práticas de saúde, considerando o acesso com acolhimento, atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo, valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

referenciais teóricos de análise utilizados, os instrumentos aplicados, descrevendo os procedimentos e, caracterizando os sujeitos e os contextos onde aconteceram as etnografias dos cursos de fisioterapia da UEL, o meu familiar-familiar e, da *Keele University* (Inglaterra), o meu familiar-exótico. Acrescento que nestes contextos entrevistei professores e analisei suas matrizes curriculares atuais, assim como diretrizes curriculares e projetos pedagógicos dos seus cursos.

O Capítulo dois, chamado de **Fundamentação teórica: das profissões modernas às práticas híbridas**, subdividiu-se em quatro partes, com o intuito de explorar o referencial teórico atrelado às inquietações da pesquisa. A primeira seção buscou tratar das noções de profissão e profissionalismo modernos para inferirmos a condição/situação da fisioterapia, ao mesmo tempo em que a definia como permeada tanto por conhecimento tácito como explícito. Na seção seguinte, abordei a teoria geral dos campos de Bourdieu (1983), que forneceu os elementos de entendimento das disposições que conformam as matrizes curriculares e, conseqüentemente das práticas, que envolvem disputas, negociações, reconhecimento, poder e hierarquias, dentre outros. Na terceira seção, escrevo sobre as peculiaridades da ciência moderna e pós-moderna, esta última mais brevemente, com a intenção de evidenciar a força dos seus constituintes como produtores de polarizações, que dificultam o desenvolvimento de um cuidado mais compreensivo na saúde. E, porque também a ciência moderna é considerada o ponto de partida para a proposição teórica de Latour (1994). Por fim, dediquei uma seção para o conceito de híbrido (LATOUR, 1994), o que foi um desafio, pois formado na modernidade, assumir um pensamento a-moderno, evoca uma dose de transgressão, na medida em que o autor (1994) afirma categoricamente que o mundo é híbrido, e as relações entre natureza e cultura precisam de redefinição. Esta última seção, em particular, serviu como amarra teórica, deixando, na minha concepção, mais clara a minha linha de raciocínio em relação a reconhecer a fisioterapia como prática híbrida.

O Capítulo três intitulou-se **Das observações de campo** e contém a minha experiência nos contextos de formação pesquisados, dos quais tentei me inserir, absorvendo um pouco dos seus cotidianos, que foram entretecidos com diversas narrativas. Tratou-se de proporcionar um relato conciso e dinâmico das relações internas das disciplinas acompanhadas na UEL e do curso de fisioterapia da *Keele University*, como um todo. O meu interesse estava voltado para as articulações que

os professores realizavam entre política e ciência, o conhecimento fisioterapêutico e ciência, voltado para os processos de hibridização e, para a identificação dos bastardos. Adianto, que a viagem para a Inglaterra foi uma decisão de momento, porém muito acertada, porque aprimorou a minha compreensão da realidade brasileira.

O Capítulo quatro foi nomeado como **Discutindo a formação do fisioterapeuta**, apresenta como resultado os modos de agir e pensar dos professores, a partir das observações de campo e de aspectos da fundamentação teórica. Foram apreendidas três categorias de análise, que apesar de abordadas separadamente, apresentam evidentes conexões, complementaridades, no que tange a complexidade vivenciada pelos sujeitos. A primeira categoria mostra como a definição de perfil profissional do fisioterapeuta passa pelo conceito de currículo, diretrizes curriculares e projetos pedagógicos até chegar às vozes dos professores. A segunda categoria esmiúça, a partir da noção de campo de poder, quais são os interesses, limites e possibilidades do jogo que envolve a estrutura curricular. A terceira categoria é uma reflexão sobre os significados e as representações em torno da idéia de integração curricular, na medida em que é visualizada como mecanismo de valorização das misturas no contexto de formação do fisioterapeuta.

Finalizando, temos as **Considerações finais**, na qual recupero analiticamente os principais achados, contribuições e limitações deste estudo em relação à fisioterapia como prática híbrida, dos contextos brasileiro e inglês de ensino observados.

## CAPÍTULO 1

### PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: CONSTRUINDO A PESQUISA PENSANDO COM OS CAMPOS

Supondo que um homem experimente o amor das artes [...] tanto quanto se sinta atraído pelo espírito da ciência, e que considere impossível eliminar essa contradição pela supressão de um e a liberação completa do outro, só lhe resta fazer de si mesmo um edifício da cultura tão grande que esses dois poderes, embora em extremos opostos, possam nele habitar, enquanto entre eles, os poderes conciliadores encontram morada, providos de uma força superior capaz de aplainar, em caso de dificuldade, a luta que viesse a surgir [...]

(FRIEDRICH NIETZSCHE)

Neste capítulo apresentarei como os problemas levantados na Introdução foram trabalhados a partir da entrada do pesquisador no campo. Descreverei brevemente a história dos cursos de fisioterapia que fazem parte da amostra, evidenciando suas estruturas curriculares atuais, para posteriormente caracterizar as categorias escolhidas para análise nos resultados, a partir da fundamentação teórica, análise documental, observações de campo e entrevistas. Talhou-se, portanto, uma moldura etnográfica para seguir os híbridos através das suas conexões lógicas dentro das suas próprias redes, transportando-me



automaticamente para os enredos, onde os agenciamentos internos produziam efeitos no exato momento que aconteciam (LATOURE, 2004).

A metodologia empregada pautou-se na abordagem qualitativa, que permitiu apreender as representações sociais por meio da abstração, para compreender fenômenos sociais complexos em seus múltiplos aspectos (MINAYO, SANCHES, 1993; VÍCTORA, et al., 2000).

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro, está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (CHIZZOTTI, 1995, p. 79 apud PIANA, 2009, p. 168).

O método etnográfico de descrição evidencia que a compreensão de um acontecimento apresenta-se insinuado como informação de fundo antes da sua verificação propriamente dita. A pesquisa etnográfica consiste em situar-se, alargando o discurso dos agentes por meio do deslocamento da familiaridade, procurando o comum, a normalidade, sem redução das particularidades. Conforme as opacidades contidas nos discursos são desfeitas, aproxima-se do estabelecimento da fórmula pelo qual os agentes definem o que lhes acontece. A ação de anotar o discurso transforma o acontecimento em relato, que carrega significados e assim as circunstancialidades são reveladas. Portanto, as generalizações surgem da delicadeza das distinções encontradas por meio das inferências dentro dos casos analisados (GEERTZ, 2008).

Além disso, a chance de degustar as incertezas do familiar com um olhar exótico, porém não imaculado, permitiu a relativização e o movimento de distanciamento, promovendo a apreensão dos aspectos mais significativos desta experiência, que se realizou com e sem estranhamento (VELHO, 1978). Tentei mergulhar nas rotinas dos agentes, conforme disponibilidades e liberdades concedidas nos contextos experienciados, sem pretender a invisibilidade (WIELEWICKI, 2001; DUARTE, 2002; MARTINS, 2004).

As etnografias foram realizadas em dois contextos de formação de fisioterapeutas. Os cursos graduação em fisioterapia que constituíram amostra

intencional foram da UEL, no período de março a junho de 2012 e, da *Keele University* (Inglaterra), entre setembro de 2012 a fevereiro de 2013, denominados nesta tese de Estudo 1 e 2, respectivamente. A pesquisa na *Keele University* foi patrocinada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através do Programa Institucional de Bolsa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE).

Os dados também foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas juntos aos agentes. Piana (2009) escreve que a entrevista semiestruturada estabelece uma conversa amigável, sendo um procedimento bastante usual do trabalho de campo. A entrevista não é uma conversa despreziosa e neutra porque focaliza em fatos de determinada realidade, expressando as representações subjetivas dos participantes, permitindo intervenções do pesquisador com questões problemáticas.

Complementando o quadro de análise e fechando a triangulação metodológica – pesquisa de campo, bibliográfica e documental – a leitura dos projetos pedagógicos dos cursos das universidades mencionadas acima foram realizadas. A pesquisa documental, enquanto método de investigação compreende a conexão indireta com os problemas norteadores da pesquisa. Os documentos comunicam percursos e concepções, os processos de amadurecimento, dando indícios das formas de atuação dos agentes, permitindo identificar e mapear temas emergentes nos conteúdos manifestos, que se apresentam latentes. Caracteriza-se como um fio condutor, uma fonte primária, importante da análise combinada dos dados (SILVA et al, 2009).

Para análise documental, deve-se considerar, entre outros fatores, o contexto político e sócio-cultural, no qual se construíram os valores do documento, os interesses confessos ou velados, para quem e por quem foi escrito. Qual a natureza e a estrutura do documento – os sentidos e a lógica interna que oferecem através de conceitos-chaves, como foram empregados e como o argumento se desenvolveu (CELLARD, 2008 apud SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009).

Considerando então, a pesquisa bibliográfica, documental e de campo, o tratamento dos dados seguiu a análise de conteúdo (BARDIN, 2008), do qual se construiu um quadro de referências para as mensagens manifestas e os significados latentes. Desta forma, procedera-se as unitarizações temáticas (identificação e descodificação) para fixar os limites contextuais de interpretação, que foram

apreendidas primeiramente como unidades de significação nas leituras, produzindo classificações (recodificação), agregadas por semelhança ou analogia, que chamamos de categorias temáticas, que foram trabalhadas em profundidade, como parte dos resultados e da discussão da tese simultaneamente.

O projeto de pesquisa desta tese foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO – PR), sob ofício nº. 486/2011 (Anexo A).

### **1.1 A fisioterapia da UEL: O meu familiar-familiar**

O primeiro curso de fisioterapia implantado no Paraná foi o da UEL, no segundo semestre de julho de 1979, por meio da Portaria n.º 11.365, tendo sido administrado pelo departamento de clínica médica. O primeiro vestibular, naquele mesmo ano, ofertou 30 vagas para 349 candidatos. Nessa época, o curso tinha duração de três anos, com carga horária total de 2.655 h, em sistema de matrícula por crédito e um currículo composto por disciplinas básicas, aplicadas e estágio.

Em setembro de 1981 ficou designada a Professora Maria Antônia da Fonseca como sub-coordenadora do curso, até a formação do Departamento de Fisioterapia, oficialmente instituído em 13 de abril de 1983. O departamento contava com cinco docentes no período de implantação e a partir de 1981 somaram-se mais sete docentes. Até o presente momento, daqueles 12 professores, somente dois permanecem na ativa. Atualmente o corpo docente dispõe de um total de 32 professores efetivos.

Em 1985, com a mudança do Currículo Mínimo por meio da Resolução n.º 4/83, ocorreu a primeira mudança curricular, passando de três para quatro anos letivos, com disciplinas divididas em ciclos básico, clínico e profissionalizante. O número de estudantes subiu de 180 para 240 e a carga horária subiu de 2.655 h para 4.038 h. O currículo de 1985 do curso de fisioterapia da UEL permaneceu sem modificações até 1992, quando aconteceu a segunda mudança, na qual a instituição trocou o sistema de matrícula de crédito semestral para seriado anual.

A terceira mudança foi efetivada em 2006, a qual foi objeto de análise da minha pesquisa de mestrado quando a comparei com o currículo de 1992. No currículo de 2006, os conhecimentos foram divididos em quatro eixos: Ciências

sociais e humanas; Conhecimentos biotecnológicos; Ciências Biológicas e da Saúde; e Conhecimentos Fisioterapêuticos (Quadro 1). A carga horária passou para 4.832 horas, sendo 5% destinadas às atividades acadêmicas complementares.

**Quadro 1 - Eixos de campos de conhecimentos da UEL**

Eixos de conhecimentos	Descrição das contribuições	% da carga horária total
Ciências sociais e humanas	Proporcionarão ao aluno estudo do homem e de suas relações sociais; a compreensão do processo saúde-doença, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos, norteados pelos princípios éticos. Deverão contemplar ainda conhecimentos relativos às políticas de saúde, trabalho, educação e administração.	7,5
Conhecimentos biotecnológicos	Proporcionarão condições ao aluno de acompanhar os avanços biotecnológicos na abordagem fisioterapêutica, de modo a incorporar tais inovações à pesquisa e prática clínica.	5,3
Ciências biológicas e da saúde	Contribuirão para a compreensão dos processos normais e alterados da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos no desenvolvimento do processo saúde-doença.	18,7
Conhecimentos fisioterapêuticos	Contribuirão para a aquisição de conhecimentos específicos da fisioterapia, contemplando aspectos históricos, a função e disfunção do movimento humano, os recursos semiológicos, diagnósticos preventivos e terapêuticos que sustentam a ação fisioterapêutica nas diversas áreas e níveis de atuação em todas as etapas do desenvolvimento humano.	68,5

Fonte: Projeto Político Pedagógico (PPP) (UEL, 2005) (Anexo B).

Para esta tese foi realizada uma leitura documental das ementas das disciplinas intituladas Habilidades Interpessoais I e II, Pesquisa Científica III e Saúde Coletiva II do currículo de 2006 (Quadro 2), das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (DCN) (BRASIL, 2002) (Anexo C) e do PPP

(UEL, 2005). A escolha destas disciplinas ocorreu devido à centralidade assumida pelas mesmas nos discursos dos professores durante a pesquisa de mestrado. Decidi resgatá-las como pontos de partida, pois representavam o novo com a responsabilidade de integrar conhecimentos como eixos principais da mudança curricular. Portanto, considere que são exemplos expressivos das tensões e das hibridizações que acontecem no campo.

### Quadro 2 – Relação entre professor e disciplina da UEL

Professor	Disciplina responsável	Descrição da disciplina *
BR-1	Pesquisa Científica III (Anual com 60 h)	Introdução à bioestatística. Análise descritiva e inferencial. Inter-relação com a fisioterapia. Utilização de softwares estatísticos.
BR-2 BR-3	Saúde Coletiva II (Semestral com 60 h)	Território da Unidade Básica de Saúde e área de abrangência. Análise das condições de saúde da população. O papel do fisioterapeuta no serviço de saúde.
BR-4 BR-5	Habilidades I (Anual com 120 h)	Introdução ao desenvolvimento de habilidades necessárias ao fisioterapeuta, com ênfase na comunicação, pensamento reflexivo e relacionamento interpessoal. Treinamento das habilidades por meio de atividades individual, em dupla e em grupo e desenvolvimento da percepção corporal.
BR-6 BR-7	Habilidades II (Anual com 150 h)	Treinamento na utilização dos recursos de fisioterapia, com ênfase na cinesioterapia, orientação ao indivíduo, famílias, grupo e sociedade e sua realização nas diversas indicações e fases do tratamento.

Fonte: Segundo ementas da UEL (2011) (Anexo D)\*

Foram entrevistados oito professores efetivos, entre mestres e doutores (Quadro 3), sendo a primeira entrevista um piloto, por isso excluída depois da amostra intencional. O roteiro de perguntas aplicadas foi o semi-estruturado (Apêndice 1) e, construído após as observações de campo. Todos os professores optaram por serem entrevistados nas dependências do Centro de Ciências da Saúde

(CCS) da UEL. Não houve tempo limite para término das gravações, que foram precedidas pela assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) e registradas em um aplicativo eletrônico chamado *SuperNote* da *ClearSky*.

**Quadro 3 – Caracterização dos professores da UEL**

Professor	Idade (anos)	Pós-Graduação	Tempo de atuação como professor nesta instituição (anos)
BR-1	44	Doutorado	19
BR-2	32	Mestrado	8
BR-3	44	Doutorado	17
BR-4	48	Mestrado	25
BR-5	50	Doutorado	26
BR-6	49	Mestrado	17
BR-7	51	Pós-Doutorado	26

## 1.2 A fisioterapia da *Keele University*: O meu familiar-exótico

A história da fisioterapia começa na Inglaterra em 1894 com quatro enfermeiras que fundaram a *Society of Trained Masseuses*, que tinha como intuito proteger e diferenciar o serviço de massagem profissional das usuais conotações sexuais na época. Contudo, somente adquiriu status público e legal em 1900, assumindo 44 anos depois o nome que mantém atualmente como *The Chartered Society of Physiotherapy* (CSP). Esta entidade também foi membro fundador da *World Confederation of Physical Therapy* (WCPT) cujo primeiro congresso organizou na cidade de Londres em 1953.

A *Society of Trained Masseuses* contribuiu com o crescimento da profissão cientificamente lançando o *The Journal of the Incorporated Society of Trained Masseuses* em 1915, porém alterou o título da publicação para *The Journal of the Chartered Society of Massage and Medical Gymnastics* em 1920. Ocorreram depois

mais duas modificações que incluíram o termo fisioterapia ao título – *The Journal of the Chartered Society of Physiotherapy* em 1944 e *Physiotherapy: Journal of the Chartered Society of Physiotherapy* em 1948 até o presente momento.

*The Northern Ireland School of Physiotherapy at the Ulster College* em Belfast ofereceu o primeiro curso de graduação em fisioterapia em 1976. Depois vieram os cursos da *The North East London Polytechnic* e da *Queens's College* em Glasgow em 1992. A formação do fisioterapeuta tornou-se unicamente de acesso superior também em 1992. Para todos os outros profissionais treinados antes deste período, os chamados *diploma students*, oportunizaram-se equivalências para obtenção do título universitário.

O primeiro membro da CSP obteve o título de *Philosophiae Doctor (PhD)* em 1981 pela *Ashton University* e o primeiro título de doutorado em fisioterapia foi alcançado na *University of Brighton* em 2009. A luta pela autonomia profissional é contínua desde 1977, quando o *Department of Health* e em seguida o *Pryvy Council* ratificaram os tratamentos de fisioterapia sem indicação médica. O objetivo mais recente da CSP é aprovar o direito do fisioterapeuta de prescrever independentemente como profissional de primeira consulta.

A origem da *Keele University*, objeto de estudo desta tese, remonta a fundação da *University College of North Staffordshire* em 1949, passando para a denominação atual em 1962. A implantação do curso de fisioterapia na *Keele University* resultou da associação com a *Oswestry and North Staffordshire School of Physiotherapy*, sendo o curso efetivado no campus em 1994. O curso está na sua terceira mudança curricular, acontecida em 2010, sendo a primeira mudança em 1994 e a segunda em 2002, com ambos os currículos operavam em sistema de módulos semestrais por créditos. As mudanças curriculares são exigidas pelo *Health and Care Professions Council*, a cada cinco ou oito anos aproximadamente, para assegurar que o currículo seja atual.

A matriz curricular corrente do curso de fisioterapia da *Keele University* está totalmente estruturada em torno de cinco eixos, chamados *strands*: *Clinical Therapies*; *Evidence Based Health & Rehabilitation*; *Professional Practice*; *Health and Wellbeing* (Quadro 4), que são desenvolvidos em três anos de formação integral no sistema de créditos (120 créditos anuais = 1200 h), sendo cada ano composto de 31 semanas, do total de 93 semanas, 32 semanas são para atividades práticas, segundo o *Programme Specification (PS)* (KEELE, 2012) (Anexo E). Não existe uma

matriz curricular com nomes de disciplinas, mas existem temas predeterminados para cada *strand*.

#### Quadro 4 – Relação entre professores e eixos da *Keele University*

Professor	Eixos	Descrição dos Eixos*
	<i>Clinical Practice</i>	Tem como objetivo desenvolver autonomia pessoal e profissional por meio da melhor evidência e custo-benefício da prática nos três níveis de atenção à saúde, além dos setores privados e voluntários.
UK-1	<i>Evidence Health and Rehabilitation</i>	Permitir o estudante avaliar os resultados qualitativos e quantitativos no cenário clínico, nas rotinas de tratamento e nas pesquisas. Aplicar o entendimento do processo de uma proposta de pesquisa e experienciar este processo como parte de um projeto.
	<i>Health and Wellbeing</i>	Exercer influência sobre indivíduos, para que ocorram em longo prazo, mudanças de comportamento e consequentemente melhora da saúde e do bem-estar.
UK-2	<i>Professional Practice</i>	Permitir o desenvolvimento reflexivo sobre a prática profissional, de maneira a valorizar o aprendizado continuado, a liderança, o profissionalismo, a ética, a moral, além dos serviços propriamente ditos. Demonstrar habilidade para operacionalizar políticas nacionais em níveis locais, analisando e avaliando o sucesso operacional.
UK-3 UK-4 UK-5 UK-6	<i>Therapies</i>	Ênfase no entendimento fundamental que sustenta o conhecimento dos sistemas do corpo humano e suas possíveis disfunções. Permitir também que se torne familiar com as habilidades necessárias para lidar com pacientes em diferentes contextos e diferentes estágios da reabilitação, analisando os resultados das intervenções. Através dos conhecimentos adquiridos anteriormente direcionar o gerenciamento dos problemas do paciente.

Fonte: Segundo o *Programme Specification* (KEELE, 2012)\*

A perspectiva metodológica adotada para este currículo denominou-se *spiral curriculum*, que possibilita a visitação de temas interativamente, evitando repetições e exigindo um aprofundamento gradativo das habilidades e competências. Está calcado no reforço constante do conteúdo, partindo do simples para o complexo, integrando por meio de sequências lógicas e da flexibilização, estimulando



ultrapassar os objetivos (HARDEN, STAMPER, 1999). De 2008 para 2011 houve um aumento aproximado de 43% no número de estudantes, sendo que a maior parte deles recebeu financiamento do *National Health Service* (NHS).

Para esta pesquisa foram entrevistados seis professores efetivos (Quadro 5), utilizando uma tradução adaptada do mesmo roteiro semi-estruturado aplicado no Brasil (Apêndice 3), mais a leitura do PS (KEELE, 2012) e do *Learning and Development Principles for CSP Accreditation of Qualifying Programmes in Physiotherapy* (AQP) (CSP, 2002) (Anexo F). Considerou-se, portanto, que o PS da *Keele University* equivaleria ao PPP brasileiro, assim como o AQP as DCN.

As conversas aconteceram na própria instituição, após a coleta das assinaturas no próprio TCLE brasileiro, nas salas individuais de cada um, com agendamento prévio, sendo 30 minutos o tempo médio estimado de duração para o encerramento da entrevista, utilizando-se também o aplicativo eletrônico *SuperNote* da *ClearSky*.

**Quadro 5 – Caracterização dos professores da *Keele University***

Professor	Idade (anos)	Pós-Graduação	Tempo de atuação como professor nesta instituição (anos)
UK-1	44	<i>MPhil*</i>	15
UK-2	48	<i>MSc*</i>	11
UK-3	31	<i>BSc (Hons)*</i>	1
UK-4	59	<i>MSc</i>	11
UK-5	52	<i>MSc</i>	11
UK-6	45	<i>BSc</i>	7

*MPhil = Master of Philosophy, MSc = Master of Science, BSc = Bachelor of Science\**

Cabe salientar, que do projeto de pesquisa inicial, enviado para a instituição inglesa, constava somente a realização das observações de campo com a construção subsequente de um diário de campo, porém o envolvimento crescente com os professores e suas rotinas geraram inquietações que necessitavam maiores

detalhamentos, no qual as entrevistas procuraram sanar. Para o caso inglês não houve acompanhamento específico de disciplinas. Os sistemas de ensino pareciam bastante análogos, portanto para extrair as informações considerei mais importante e proveitoso circular livremente, a moda da observação flutuante (PÉTONNET, 2008).

O meu contato naturalmente não se limitou aos professores e orientadores estrangeiros. Eu estava inserido em um grupo de pesquisadores, dos quais três eram fisioterapeutas (dois ingleses e uma grega) e um educador físico (kwatiano). Pude trocar informações também com dois mestrandos (um canadense e outro português), um estudante da graduação (inglês) e um dos primeiros professores aposentados do curso. Estes encontros serão descritos posteriormente no capítulo que contém as observações de campo.

Havia diversos países onde eu poderia estagiar, porém pautei-me naqueles que o curso passava igualmente por mudanças curriculares. Desta forma, a pesquisa procederá comparando homologias estruturais, para descobrir as normas invariantes – propriedades específicas e leis comuns de racionalidades que se assemelham em domínios distintos (BOURDIEU, 2000). Procurei mapear o conhecimento advindo da formação do fisioterapeuta no contexto inglês tendo como base a realidade da formação brasileira, para compreendê-la melhor nas suas particularidades.

## CAPÍTULO 2

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: DAS PROFISSÕES MODERNAS ÀS PRÁTICAS HÍBRIDAS

#### AUSÊNCIA

Por muito tempo achei que a ausência é falta.  
E, lastimava, ignorante, a falta.  
Hoje não a lastimo.  
Não há falta na ausência.  
A ausência é um estar em mim.  
E sinto-a, branca, tão pegada, aconchegada nos meus  
braços,  
que rio e danço e invento exclamações alegres,  
porque a ausência, essa ausência assimilada,  
ninguém a rouba mais de mim.

(CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE)

Apresento neste capítulo as principais questões teóricas e analíticas que nortearam a elaboração desta tese, desenvolvendo uma articulação concisa das distintas abordagens que a constituem, sem a realização de uma longa digressão histórico-conceitual. Contudo, com um conteúdo denso, de arcabouço teórico sólido, que exigiu empenho, tornando exaustivo o processo de amarrar idéias claramente, com o intuito de circunscrever o tema da pesquisa e o contexto etnográfico à fundamentação teórica.

A primeira seção refere-se à literatura que recobre a temática do profissionalismo, mostrando as características de uma profissão moderna, que

pretende autonomia e reconhecimento social. Encaminho gradualmente a argumentação para a dimensão do conhecimento tácito envolvido no fazer fisioterapêutico. Este encadeamento buscou refletir sobre o desenvolvimento profissional da fisioterapia, evidenciando que ambas as perspectivas são importantes e complementares.

Na seção seguinte, descrevo a teoria geral dos campos (BOURDIEU, 1983), alinhando seus principais conceitos, com o intuito de remeter o leitor à constituição da estrutura curricular dos cursos de fisioterapia analisados. Considerando, conforme a descrição teórica se desenvolve, o raciocínio sobre as disposições dos agentes, suas práticas e estratégias, os capitais envolvidos, o estabelecimento da legitimação no campo. Variáveis intrinsecamente dependentes, que informam a condição atual do campo, indicando também suas aspirações.

A terceira seção busca sumarizar alguns imperativos científicos modernos, que se colocam como requisitos para uma profissão de nível superior, que pretende autoridade e prestígio no campo de atuação. Os imperativos, contudo, são percebidos como insuficientes para lidar com a complexidade e nuances do ser humano, sendo a proposição de uma ciência pós-moderna, descrita na seção, igualmente ineficiente a esse respeito. Porém, é exatamente neste contexto científico-moderno, que a fisioterapia busca firmar cada vez melhor, a sua posição no campo científico da saúde.

A última seção vem na esteira dessa discussão sobre o papel da ciência como contraponto para a construção do conceito de híbrido (LATOURE, 1994). Observa-se que a fisioterapia tem procurado se ajustar à condição científica do universo acadêmico, o que a forçou redefinir sua relação com os coletivos humanos e não-humanos. Esta redefinição caracterizou misturas, que revelaram na rotina fisioterapêutica as práticas híbridas. A importância do conceito de híbrido (LATOURE, 1994) na fisioterapia está na possibilidade de instrumentalização de um modelo teórico que concilia duas perspectivas epistemológicas – a científica (conhecimento explícito) e a tácita (conhecimento implícito).

Saliento ainda, a título de esclarecimento, antes de discorrer sobre os temas nas seções propriamente ditas, que o objeto de estudo desta tese, ao lidar com o conhecimento científico, defrontou-se com diferentes noções de ciência, conhecimento, teoria, prática, técnica ... Termos que são normalmente atravessados

por valores, que conferem sentidos próprios de acordo com o contexto em que são utilizados.

## **2.1 Profissão, profissionalismo e conhecimento tácito**

Freidson (1999), tendo como objeto de análise o campo da medicina, define o trabalho profissional como um trabalho especializado, que não pode ser realizado mecanicamente, pois exige adaptabilidade do saber diante de tarefas circunstanciais. Como exigência básica, espera-se uma relação estreita com o conhecimento abstrato e teórico. Desta forma, o controle ocupacional, também denominado de profissionalismo, depende de certificação das competências, as credenciais dadas por uma formação de nível superior. Neste processo, cabe à universidade o papel de refinar, revisar e codificar o corpo de conhecimento e as habilidades, assim como descobrir e acrescentar novos elementos. Para o autor, o corpo de conhecimento e as habilidades são o único recurso intrínseco da profissão conectado com capital humano e cultural, mas que certamente não detém poder econômico e político.

Freidson (1999) defende a análise da interação entre o corpo de conhecimento e a ideologia subjacente para entendermos o grau de profissionalismo e o poder de alcance dos discursos profissionais. De maneira concreta, esses fatores tendem a refletir o grau de independência no campo, sua capacidade de exercer influência cujo condicionamento varia de acordo com a base epistemológica, a esfera de autoridade (técnica, moral ou cultural) e as esferas institucionais onde a disciplina pode ser praticada (hospitais, clínicas). Quando esses campos não têm um corpo de conhecimento próprio, mas herdado de campos mais tradicionais, acabam por enfrentar dificuldades para reclamar uma jurisdição de autoridade, diferente das profissões diretamente ligadas às ciências básicas que dispõem de indeterminação e importância transcendentais.

Becker (1970) apresenta como ponto de partida para sua discussão, os critérios que caracterizam uma profissão, segundo as ideias de Abraham Flexner, que entende profissão como um título de distinção. Os critérios compartilham, em parte, alguma semelhança, com as definições de Freidson (1999) em relação à

prioridade epistemológica da ciência. Destaca-se o pensamento intelectual com aprendizado sistematizado, recebido formalmente, longe das rotinas exclusivas do repetir o fazer. O pensamento intelectual precisa ser aplicável e transmissível, ser extremamente organizado e motivado por altruísmo. Becker escreve que o título de profissão expressa uma avaliação moral positiva, interpretado como um símbolo coletivo que confere respeito. Porém, alerta que os símbolos podem se distanciar da realidade, favorecendo, por exemplo, a formação de profissionais despreparados para a vida prática do trabalho.

Bucher e Strauss (1961), a partir da análise da medicina, elaboraram um esquema de análise das profissões que objetivava explicitar os conflitos de interesse promovidos por segmentações internas (especialidades), desconsiderando a relativa homogeneidade conceitual do termo profissão promovida pelo funcionalismo. Para os autores, as profissões são um conjunto de segmentos internos amalgamados, que perseguem diferentes objetivos, porém mantidos por um nome comum. Portanto, propuseram a discussão de sete valores que representam os motivos de divergências de interesses que ocorrem nas disputas dentro da própria profissão. O primeiro deles seria o senso de missão, salientando de maneira importante, que as missões da pesquisa e da prática clínica não se misturam. O segundo, as atividades características do trabalho, que geram tensões sobre o que representaria melhor a profissão, inclusive em termos organizacionais. Em seguida aparece o valor denominado de metodologia e técnicas, que tem a capacidade de aprofundar as segmentações internas, na medida em que aponta para as preocupações da profissão com a realidade. Caracterizaram o valor chamado de clientes, que debate sobre o tipo de imagem projetado como ideal e peculiar da sua relação com o cliente, o que serve também de distinção dos demais especialistas. O coleguismo aparece como indicativo das ligações profissionais e do lugar ocupado nas relações, servindo de intensificador da união ocupacional, pois é forte o compartilhamento de símbolos nesse meio. O sexto valor seria a conjunção de interesses e associações (profissionais), expõem-se a ideia de um órgão controlador, que representa e define o destino da profissão ou do segmento interno. Por último, debate-se a falsa ou simulada união e as relações com o que é público. A união é mantida diante do público por meio dos códigos de ética, das licenças e das associações, determinando uma pseudo-homogeneidade.

Barbosa (1993), de maneira pragmática, contribuiu com esta tese, complementando os conceitos apresentados acima. Saliencia que o mercado participa da estruturação do conhecimento das profissões, como uma instância do seu desenvolvimento. Idealmente a profissão teria autonomia na produção do conhecimento, mas mostra sempre sensível às demandas do mercado. Ressalta-se ainda, o papel legitimador da ciência como um tipo de autoridade transcendente para a autonomia. O que aponta para diferentes tipos de capitais que evidenciam a estruturação do campo profissional, como: condições de produção (escola); distribuição (atuação no mercado) e; controle (hierarquização, organização e representação) dos profissionais – revelando posições e disposições.

Por outro lado, Freidson em 1984 esclarecia que apesar da necessidade crescente de compromisso e negociação com uma clientela cada vez mais cética e crítica (devido à erosão dos atributos profissionais pela melhora educacional das pessoas), o conhecimento profissional não é mais tão misterioso e desafiante para a relação terapêutica, indicando uma tendência de modelo baseado no consumidor. Além disso, o próprio autor, alerta, contudo, que a quantidade e qualidade de conhecimento especializado também aumentaram.

Bonelli (1999) realiza uma revisão bibliográfica a respeito dos estudos sobre as profissões no Brasil, acrescentando para minha discussão, talvez uma confirmação bastante perceptível, de que as pesquisas que tinham enfoque na questão profissional como ideologia pensavam o processo de profissionalização como estratégia de melhora do prestígio no mercado, principalmente no caso das profissões jovens, como a fisioterapia, que se traduz na busca da conquista de afirmação acadêmica, poder e legitimação. Desta forma, a concepção de profissão assumia o sentido de comunidade para atender o desejo de mobilidade coletiva, como um projeto de ascensão social.

Diante do exposto, analisando-se a fisioterapia, percebo que o esforço e a dificuldade da profissão para o estabelecimento da maioria dos critérios mencionados permanecem. Uma das fragilidades, que considero importante comentar, porque encerra outros problemas, seria quanto à definição do objeto de trabalho e estudo. Quando a fisioterapia argumenta que seu objeto de estudo é o corpo e o movimento humano, naturalmente situa-se em um contexto de competição, porque corpo e movimento humano não são exclusividades suas. Os obstáculos que enfrentou e enfrenta para estruturar um paradigma disciplinar

próprio, transpareceu por um tempo, como falta de clareza dos objetivos da profissão, atribuída por uma coesão profissional frágil.

Porém, estamos falando de uma perspectiva científicista cujo enfoque não valoriza o homem como sujeito provido de sensibilidades, produtor e objeto complexo da própria ação de querer saber. Pires (2009, p. 741) pesquisando sobre a profissão de enfermagem, apresenta de maneira bastante clara as limitações, que por aproximação, a fisioterapia vivencia. Esforços por uma humanização da saúde, que apontam para novas direções:

Se o paradigma construído na saúde priorizasse o outro lado da dualidade mencionada, as práticas nesta área não se concentrariam sobre um indivíduo 'abstrato' [...] separado da realidade afetiva e social em que vive [...]. A profissão de enfermeiro seria mais valorizada, pois considerar-se-ia importante que uma pessoa fosse bem acolhida, reconfortada e cuidada pessoalmente, a ponto de poder se instruir com a sua doença e tirar dela novas forças. Toda uma série de conhecimentos surgiria, tão eficazes talvez quanto os que conhecemos hoje.

Por outro lado, essa citação expressa, indiretamente, as articulações da fisioterapia para preservar as características do seu saber-fazer, quando insiste na manutenção das suas técnicas, sem a validação da ciência. Expressa também a grande adaptabilidade da estrutura curricular para renovar-se mantendo sua essência, muito assentada no conhecimento tácito, tornando-se indispensável na formação profissional. As estratégias de ensino que abraçam o conhecimento tácito, sem ruptura epistemológica, favorecem didáticas que desenvolvem competências equilibradas (ou misturadas) entre cultura e natureza. Penso que são nessas situações de mistura do conhecimento tácito com o conhecimento explícito (o conhecimento científicizado), que podemos melhor perceber as manifestações das práticas híbridas na fisioterapia.

Barato (2004) discute a relação entre teoria e prática na formação de profissionais técnicos, criticando a precedência da teoria, na medida em que o conhecimento técnico é uma dimensão do saber e o saber é inerente ao fazer. Considera-se a habilidade técnica como um tipo de conhecimento fruto da experiência prática, prontamente disponível e não palavroso, desprovido de um discurso explicativo, que necessite de uma narrativa científica verificável. As habilidades dos peritos técnicos são marcadas tanto por fluência, rapidez, automaticidade, simultaneidade como conhecimento. O autor utiliza de histórias



reais para demonstrar a hipótese de que o conhecimento técnico, a prática, tem sua própria epistemologia, que é diferente do conhecimento teórico.

Dentre os exemplos emblemáticos dados, temos a situação na qual um professor, que trabalhou na indústria de automóvel por longo tempo, demonstra silenciosamente o conserto de um defeito, sem explicações discursivas do processo. Quando questionado sobre sua maneira de ensinar, o senhor respondeu: “- não preciso e nem consigo falar sobre o que faço; se alguém quiser aprender, basta ver o que estou fazendo” (BARATO, 2004, p. 42). Portanto, o saber-fazer, aparentemente mecânico, não deixa de ser uma forma de inteligência, de fato bastante instrumental, mas não menos útil.

Vivenciei essa maneira de aprender em vários momentos da minha vida profissional. No ensino médio, técnico em processamento de dados, a diretriz básica para a resolução de problemas era: “- faça desse jeito que dá certo”. Meu primeiro emprego após o ensino médio foi no Japão, no qual a orientação básica para executar qualquer tarefa era: “- você primeiro apenas olhará, observará o serviço, para depois começar a fazer”. Posteriormente, durante a graduação em fisioterapia, vivenciei situações similares – tínhamos aulas teóricas e o aprendizado estava essencialmente fundamentado primeiro na observação, para depois reproduzirmos determinada técnica, finalmente treinando as mãos.

Barato (2004) defende, que a despeito do discurso secundarizante da ação humana, o conhecimento processual ligado ao “saber como”, independe do “saber por quê”. Segundo algumas de suas conclusões, a insistência na separação entre teoria e prática seria decorrente do esvaziamento do significado da técnica, que perpetua a divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual. Para este autor (2004), a maioria das propostas de pesquisas que envolvem a questão da técnica está, na realidade, dentro da articulação entre teoria e prática, ou seja, enriquecimento da prática pela teoria, determinação de fundamentos que sustentam a prática, redução da aprendizagem da prática a um mero adestramento e por fim definição de habilidades como dimensão meramente mecânica.

Polany (1958 apud MACHADO, 2001) aborda essa temática definindo a dimensão tácita do conhecimento. Na sua perspectiva, o conhecimento é sempre pessoal, nunca pode ser reduzido às representações do mesmo, por isso nunca está totalmente codificado em livros ou organizado em teorias – sabemos sempre mais do que conseguimos codificar – como um iceberg que revela somente o que é

passível de explicitação, sendo sustentado por toda uma dimensão tácita submersa. A dinâmica harmoniosa dessa relação constitui uma característica humana fundamental e imanente. Desta forma, Polany, que também é uma das referências de Barato, percebe que a organização do conhecimento moderno concentra-se no explícito (o conhecimento cientificizado), nas teorizações, o que significa a possibilidade de nunca ser sentido ou vivenciado nas formações. Desse modo, a incorporação do conhecimento não chega a residir verdadeiramente no sujeito, que o recebe e o devolve somente no âmbito explícito.

Uma solução para o problema da incorporação do conhecimento é proposta por Nonaka e Takeushi (1997 apud PERAZZO, TENÓRIO, 2010), que também sob influência de Polany, verificaram a capacidade de criação e gerenciamento do conhecimento humano em organizações empresariais. Os autores estabeleceram quatro modos de conversão do conhecimento: a primeira chamada de socialização, que engloba a dimensão da experiência (tácito-tácito), a segunda denominada de externalização que se destaca pela utilização das metáforas (tácito-explícito), a terceira forma caracterizada pela combinação, ou seja, inclui a sistematização do conhecimento (explícito-explícito) e a quarta e última forma seria a internalização, que prevê a incorporação dos modelos mentais (explícito-tácito). Tais modos servem-nos como indicação de uma complementaridade entre os conhecimentos tácitos e explícitos durante o processo de transferência e construção de informações.

## **2.2 A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu**

Como parte da minha discussão nesta tese, defendo que a concepção de campo científico na fisioterapia conforma um tipo específico de estrutura curricular, desenvolvido para atender as exigências político-sociais e econômicas, mas que revela por meio das dinâmicas das relações internas e externas, relações de poder, hierarquia, resistência, conversões e subversões. Atitudes estas que confluem para o delineamento e manutenção das práticas fisioterapêuticas, evidenciando suas disposições e estratégias, cuja análise da história do campo parece ser a forma mais fecunda de verificar sua essência.

Considerarei pertinente, iniciar o capítulo da fundamentação teórica pelas características do profissionalismo moderno, como uma dimensão macro, porque naturalmente aponta para a existência de uma moldura profissional, historicamente situada, porém submetida a constantes redefinições. São estas redefinições constitutivas do campo que me interessam conhecer – da estrutura e da sua operacionalização – para recolher elementos significativos de análise. Assim, busco as contribuições conceituais de Bourdieu (1968; 2000; 2005) sobre o campo intelectual e científico, também denominado de campo de produção de bens simbólicos ou ainda campo de produção cultural.

Montagner (2006) defende a relevância da teoria sociológica de Bourdieu para a área da saúde, porque percebe que as questões de mediação entre estruturas, sistemas e indivíduos são fundamentais neste campo. Montagner escreve que Bourdieu interessava-se pela medicina como prática social, mas não existem estudos diretos dele sobre saúde. Montagner pesquisou, com enfoque na sociologia do corpo, entre os anos de 1975 a 2001, na *Actes de la Recherche em Sciences Sociales*, que Bourdieu escreveu com Monique de Saint Martin o artigo intitulado “*Remarques provisoires sur la perception sociale du corps*” (1977) e, redigiu a abertura e apresentação do número 104 desta mesma revista cuja chamada era “*Le corps et Le Sacré*” (1994). Com este desenrolar, a proposta do autor foi concatenar o conceito de *habitus* com a questão do corpo, porém farei as devidas considerações a respeito após a caracterização do campo científico propriamente dito.

Bourdieu (2000) comenta que nunca considerou indispensável fazer uma genealogia dos conceitos de *habitus* e campo, que estão intrinsecamente conectados. Contudo antecipadamente alerta que a teoria científica apresenta-se como um programa de percepção e de ação revelado no trabalho empírico, que pretende à ação dos conhecimentos teóricos adquiridos. Bourdieu relata que a retomada da noção de *hexis*, convertida em *habitus*, era um desejo seu de reação contra o estruturalismo, porque este expressava de maneira reducionista o papel do *habitus* como um agente de suporte inconsciente da estrutura. A intenção era salientar as capacidades criadoras, ativas e inventivas do *habitus* e do agente, porque tem a ver com um conhecimento adquirido e uma disposição incorporada do agente na construção do objeto.

O conceito de *habitus* permite compreender de que maneira o homem se torna um ser social, ou seja, a socialização é caracterizada pela formação de um *habitus*, definido conforme segue:

Os condicionamentos associados a uma classe particular de condições de existência produzem *habitus*, sistemas de disposição duradouros e transponíveis, estruturas estruturadas dispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípios geradores e organizadores de práticas e representações que podem ser objetivamente adaptadas ao seu objetivo sem supor a visada consciente de fins e o controle expresso das operações necessárias para atingi-los, objetivamente “reguladas” e “regulares”, sem ser em nada o produto da obediência e regras e sendo tudo isso, coletivamente orquestradas sem ser o produto da ação organizadora de um maestro (BOURDIEU, 1980 apud BONNEWITZ, 2003, p. 76-77).

Noutras palavras, o *habitus* estabelece a mediação entre a percepção e o julgamento da realidade, produzindo práticas, posições e trajetórias – interiorizadas e exteriorizadas. Temos dois tipos de *habitus*, o primário e o secundário, que correspondem ao processo de socialização sofridos no âmbito familiar e no escolar, respectivamente. Novas disposições são condicionadas pelas mais antigas, promovendo uma integração em um único *habitus*, são adaptações e ajustamentos em função de novas necessidades, demonstrando que o *habitus* não está congelado, que as práticas e representações não são totalmente determinadas. Além do mais, o *habitus* é um fator de distinção, mobiliza a diferenciação, conseqüentemente gera esquemas classificatórios, princípios de visão e divisão (BONNEWITZ, 2003).

Esses princípios instauram a filiação social, delimitando um *habitus* de classe do agente, estruturado em relação a um campo. Portanto, a relação entre *habitus* e campo é de condicionamento, fazer adquirir os saberes indispensáveis a uma inserção correta nas relações sociais, ou seja, o campo também conflui para a estruturação de um *habitus*, que transforma o campo em um mundo significativo, com sentido e valores. Desta maneira, a realidade social está nas coisas e nos cérebros, nos campos e nos *habitus*, no exterior e no interior dos agentes. Somos produtos de um *habitus*, dessa interação do *habitus* com determinado campo, que nos incide naturalmente, cujas categorias me são compreensíveis e aplicáveis (BONNEWITZ, 2003).

Sobre a genealogia da noção de campo, verifica-se que se precisou ultrapassar a primeira tentativa, que seria da análise do campo intelectual, porque as relações objetivas estavam disfarçadas (BOURDIEU, 2000). Conseqüentemente, propôs-se a aplicação desse instrumento do pensamento (método) a diferentes domínios, como o religioso, na tentativa de uma explicação comparativa, que fundamentasse as formas concretas de interação, através da verificação das suas propriedades específicas e invariantes. Testava-se então a hipótese das homologias estruturais e funcionais, que derivaria na generalização e formalização do conceito, promovendo sua elevação semântica (BOURDIEU, 2000).

Bourdieu (1968) quando refletiu sobre o campo intelectual considerou a possibilidade de pensá-lo como um campo magnético, escrevendo que as linhas de força deste seriam como agentes ou sistemas de agentes, que se esforçam para demarcar uma estrutura específica. Nesta estrutura, cada posição ocupada determina, no sistema de relações, um peso funcional para cada participação – uma massa própria de poder e autoridade, porém não definida independentemente. Bourdieu enfatiza que a forma da relação de participação mantida com o campo e o seu conteúdo, depende estreitamente da localização do agente no campo.

As categorias poder e autoridade evocam do pensamento de Bourdieu (1968; 2005) as questões sobre o processo de autonomização do campo, das condições históricas e sociais da sua existência, do seu legitimar metodológico, na busca de êxito no mercado através de uma moral de convicção. A ambição pela autonomia, segundo o autor, é uma tendência inerente do corpo intelectual, assim como a concorrência e a competição. A consagração da autonomia pretende tanto o monopólio da legitimidade cultural como o direito de detê-lo ou concedê-lo. Evocando a ideia de cumplicidade entre semelhantes: “os homens cultos de uma época determinada podem estar em desacordo quanto aos objetos que disputam, mas estão pelo menos de acordo em disputar certos objetos” (1968, p. 141) – o consenso no dissenso da unidade objetiva do campo.

Desta forma, verifica-se que o espaço social é hierarquizado pela desigual distribuição de capitais da estrutura, ou seja, a posição dos agentes depende do volume e da estrutura do seu capital, ambas as condições predisponentes a oposições, que se podem realizar contra aqueles dotados de capital diferente ou propriedades contrárias. Bourdieu distingue quatro tipos de capital: 1) Capital econômico – constituído pelos diferentes fatores de produção e pelo conjunto de

bens econômicos; 2) Capital cultural – conjunto das qualificações intelectuais; 3) Capital social – conjunto das relações sociais que dispõe um indivíduo ou grupo; 4) Capital simbólico – corresponde ao conjunto dos rituais, ligado à honra e ao reconhecimento. O campo é como um mercado cujos agentes se comportam como jogadores a partir da configuração objetiva das suas posições:

Efetivamente, um campo pode se conceber como um mercado, como produtores e consumidores de bens. Os produtores, indivíduos dotados de capitais específicos, se enfrentam. A razão dessas lutas é a acumulação da forma de capital que garante a dominação do campo. O capital aparece então, ao mesmo tempo, como meio e como fim. A estrutura do campo, num dado momento da história, mostra a relação de forças entre os agentes. Nesse sentido, o campo é um espaço de forças opostas (BONNEWITZ, 2003, p. 60-61).

São como lutas que se desenvolvem no campo, hierarquizado, onde os agentes concorrem para estratégias de conservação ou de subversão, opção dos dominantes (ortodoxias) e dos dominados (heterodoxias), respectivamente. Nesta dinâmica de concorrência, conquista e dominação por determinada posição, observa-se com mais nitidez a distribuição desigual de capital, os conflitos, as defesas e os inconformismos. Estar na posição de dominante expressa o poder de definição dos critérios e do exercício legítimo do monopólio de uma atividade cultural ou científica. Desta forma, infere-se também que os diferentes campos do espaço social não estão isolados, sofrem pressões externas, interpenetram-se (GARCIA, 1996; THIRY-CHERQUES, 2006).

Quando percebemos que as estruturas devem ser analisadas a partir da prática e que o indivíduo é uma força estruturante, verificamos então, a pertinência de Bourdieu a minha pesquisa. Porém, antes de prosseguirmos, cabe com outras palavras, um resumo dos conceitos trabalhados até o momento:

[...] a dinâmica social se dá no interior de um /campo/, um segmento social, cujos /agentes/, indivíduos e grupos têm /disposições/ específicas, a que ele denomina /habitus/. O campo é delimitado pelos valores ou formas de /capital/ que lhe dão sustentação. A dinâmica social no interior de cada campo é regida pelas lutas em que os agentes procuram manter ou alterar as relações de força e a distribuição das formas de capital específico. Nessas lutas são levadas a efeito /estratégias/ não-conscientes, que se fundam no /habitus/ individual e dos grupos em conflito. Os determinantes das condutas individual e coletiva são as /posições/ particulares de todo /agente/ na estrutura de relações. De forma que, em cada campo, o /habitus/, socialmente constituído por embates entre indivíduos e grupos,

determina as posições e o conjunto de posições determina o */habitus/* (THIRY-CHEQUES, 2006, p. 31) [Marcações do autor].

Segundo Bourdieu (1983), separar as determinações propriamente científicas das determinações propriamente sociais, essencialmente sobredeterminadas, é inútil – o campo científico é como qualquer outro campo (não é um campo à parte), um lugar de luta por interesses específicos. A dinâmica de disputas faz parte do jogo, da luta científica – o interesse apaixonado pela definição dos princípios de avaliação da sua própria prática: todos são partes interessadas. A diligência está na delimitação da autoridade e da competência científicas cuja expressão de vitória seria a capacidade de impor uma definição de ciência por meio de um processo contínuo de acumulação de capital, que envolve etapas de reconhecimento para alcançar um valor distintivo, originalidade e visibilidade.

[...] acumular capital é fazer um “nome”, um nome próprio, um nome conhecido e reconhecido, marca que distingue imediatamente seu portador, arrancando-o como forma visível do fundo indiferenciado, despercebido, obscuro, no qual se perde o homem comum (BOURDIEU, 1983, p. 11).

O cumprimento desse intento está associado ao estabelecimento da vontade gradativa de autonomia do campo, que, hierarquizado, busca orientar através das disciplinas, suas práticas e vocações, hierarquizando também os objetos e os métodos. As ambições científicas são tanto mais altas quanto forem o seu capital de reconhecimento, que pode variar de acordo, de maneira independente, com a produção (qualidade e quantidade), com o prestígio (as relações e as trajetórias), com a virtude das aspirações que favorecem as chances objetivas de reconhecimento pelos concorrentes, que em suma, são sempre os possíveis clientes (BOURDIEU, 1983).

[...] Mas o que faz a especificidade do campo científico é aquilo sobre o que os concorrentes estão de acordo acerca dos princípios de verificação da conformidade ao “real”, acerca dos métodos comuns de validação de teses e de hipóteses, logo sobre o contrato tácito, inseparavelmente político e cognitivo, que funda e rege o *trabalho de objetivação* (BOURDIEU, 2004, p. 33) [Aspas e grifo do autor].

A autonomia depende do grau de proteção que dispõe contra intrusos e do grau de capacidade para impor sanções positivas ou negativas. Para ter validade é necessário fazer valer as razões que levem argumentos, demonstrações e refutações triunfarem. O trabalho coletivo dos agentes visa o perpetuar, tanto interiormente como exteriormente, da crença no valor autônomo dos seus objetivos e objetos produzidos, atribuindo para si o monopólio de certas práticas ou reflexão sobre elas.

Novamente, identificam-se duas formas de poder que correspondem a duas espécies de capital científico: a) o poder institucional ou institucionalizado (político), ligado, por exemplo, a direção de laboratórios, departamentos, participação em comissões e comitês, vínculo com os meios de produção como créditos e contratos, meios de reprodução como nomeações e carreiras; b) o poder “prestígio” pessoal, que repousa quase que exclusivamente sobre o reconhecimento, como nas relações de estima mútua. Contudo, o acúmulo, coincidentes, das duas espécies de capital é extremamente difícil devido a leis de acumulação diferentes – estratégias e regras de transmissão díspares. Mas, quando ocorre da acumulação de um forte crédito científico, tanto poderes econômicos como políticos podem ser obtidos, favorecendo os agentes em posição intermediária, conseguirem a conversão do capital político em poder científico (BOURDIEU, 2004).

As minhas reflexões imediatas sobre a teoria geral dos campos e seus conceitos adjacentes para o campo da fisioterapia, consideram as etapas de acumulação de capital, o estabelecimento de uma posição e as disposições desenvolvidas para firmar seu reconhecimento. As tensões percebidas para a manutenção de uma posição já conquistada são mais internas atualmente, pois expressam o desejo de conquistar um patamar igualitário de direitos e benefícios junto às profissões que detém maior prestígio. Além disso, no contexto de formação, as tensões parecem estar concentradas no dilema da valorização da pesquisa científica (teoria) associada à desvalorização do ensinar a fazer (prática).

Por outro lado, o que se entende dessa constatação, é a legitimização da fisioterapia pelo mercado, que parece não levar em conta o âmbito de conflitos internos para outorgar seu reconhecimento. Dentro da estrutura curricular, notam-se as tentativas de conciliação, dos princípios que norteiam o cuidado na fisioterapia (conhecimento tácito das habilidades manuais) com a necessidade crescente de legitimização científica dentro do campo da saúde.



Como proposto no início desta seção, retomo a contribuição de Montagner (2006) a respeito da associação do conceito de *habitus* com a questão da corporalidade. Montagner escreve que Bourdieu considera o *habitus* como matriz geradora de práticas cuja aquisição acontece também a partir da incorporação de uma *hexis* corporal, que dialoga diretamente com a motricidade e com o sistema de técnicas corporais, emanando significações e valores sociais. A própria formação profissional encontra nesse espírito de corpo o senso de classe, constitutivas de um *ethos*. O *habitus* ocorre no presente sob as luzes de um passado incorporado, que corresponde a um determinado momento histórico, tanto individual como coletivo, sendo as representações sociais as manifestações de um *habitus*.

### 2.3 A ciência moderna e a ciência pós-moderna

Apresento nesta seção a noção de ciência com seus imperativos, que favoreceram o pensar da problemática do conceito de híbrido (LATOURE, 1994) atrelada à fisioterapia. Os anseios e os dilemas impostos pela modernidade caracterizam a complexidade da formação do fisioterapeuta, que vivência uma sensação de desajustamento diante de uma prática científica dominante, que exige redefinições do nosso saber-fazer, obrigando-nos encarar a realidade de um corpo de conhecimentos revelado como sendo de um estatuto de ciência imatura.

Desta forma, diante do paradigma reducionista e excludente da ciência moderna, o conceito de híbrido apresenta uma maneira de interpretar o mundo sem as grandes divisões entre o conteúdo científico e o contexto social – sem ruptura epistemológica. A utilização deste conceito na fisioterapia permite compreender melhor suas relações com a ciência, pelo deslocamento da técnica para as naturezas-culturas, trazendo consigo o aspecto positivo da dúvida, conforme coloca Beck (1992, n. p. apud LATOUR, 1998, n. p):

Ao contrário de um preconceito muito difundido, a dúvida torna novamente tudo o que é possível – a ciência, o conhecimento, a crítica e a moralidade – apenas diferente, reduzindo a sua escala, tornando-o mais tateante, pessoal, colorido e aberto ao aprendizado. Por isso ela é também mais curiosa, mais sensível às coisas que lhe são opostas, insuspeitas e incompatíveis, e tudo isso com a tolerância baseada na certeza última do erro.

Então, para acercar-me do conceito de híbrido, previamente absorvi os aspectos do conhecimento científico que se relacionavam com os processos de seu desenvolvimento, tido como racionalmente controlado, sempre ascendente e cumulativo. Definindo os imperativos institucionais e os efeitos causados pela sua institucionalização, trazendo também a crítica ao modelo da ciência moderna, que denuncia a crise que desemboca na perspectiva pós-moderna.

Merton (1979) considera, como representação do seu modelo ideal do método, os imperativos do universalismo, do comunismo, do desinteresse e do ceticismo organizado para caracterizar a prática científica. O primeiro imperativo expressa as pretensões da verdade de ser submetida a critérios impessoais preestabelecidos, porque toda objetividade exclui particularismos. O segundo define que as descobertas substantivas da ciência são produto da colaboração social e estão destinados à comunidade, sendo qualquer ocultação condenada. O terceiro elemento imperativo, o desinteresse, que não é igual ao altruísmo, refere-se à paixão pelo saber, uma curiosidade ociosa em benefício da humanidade. Por último, o ceticismo organizado, é um mandato ao mesmo tempo metodológico e institucional, que suspende o julgamento até que os fatos estejam disponíveis para exame por critérios empíricos e lógicos.

Ravetz (1973) observa que não há univocidade em relação à ciência, sendo a natureza da ciência um conjunto de opiniões parciais, que reflete suas diferentes facetas na história. Apesar da perspectiva de um entendimento fragmentado, uma das suas premissas básicas é a busca da verdade, no intuito de atingir uma autonomia dos objetivos e dos métodos de questionamento, o que asseguraria os preceitos de liberdade científica como atividade nobre e inofensiva. Contudo, a ciência como instituição independente, que se basta a si mesma, é um perigo por considerar-se como provedora ilimitada, somente, de vantagens.

Com a crise do paradigma científico dominante, emerge a identificação dos limites e das insuficiências estruturais que o avanço no conhecimento propiciou, revelando a fragilidade dos pilares em que se funda. O desencantamento do conhecimento evidencia os limites da nossa compreensão do mundo e do valor humano. Nessa vertente, autores como Kuhn (1962 apud SANTOS, 1979), Prigogine e Stengers (1984), Feyrabend (1977) e Rosenau (1992), comentados em seguida, anunciam uma possibilidade de resposta à crise, apresentando também as diferentes faces da mesma.

Kuhn (1962 apud SANTOS, 1979) estabelece o conceito de paradigma para descrever o modelamento do consenso estável que insere uma disciplina na fase de maturidade pela existência de uma realização científica fundamental, que inclui no seu interior, uma teoria com aplicações típicas dos resultados das experiências e observações e, que são universalmente reconhecidas, por isso adotada como ciência normal cujo avanço pretende seu próprio aperfeiçoamento.

O modelo paradigmático adotado estabelece uma rede de compromissos, rigidamente orientada para uma maneira específica de ver a natureza, definindo quais questões podem ser legitimamente formuladas e quais técnicas a serem empregadas. São compromissos com as regras, ou seja, com os enunciados explícitos das leis, conceitos e teorias científicas, que representam postulados sobre a composição da realidade. Apesar das regulações se apresentarem como inquestionáveis e infalíveis, elas podem ser alteradas, porque não existem garantias de estabilidade plena (SANTOS, 1979).

De acordo com o pensamento de Feyrabend (1977), que apresenta os limites do pensamento científico, não se leva em conta, que o mundo é uma grande entidade desconhecida, que a educação científica não está alinhada com atitudes humanistas e que sua ação é cerceadora da liberdade para atingir uma vida completa e gratificante. Na obra intitulada *Contra o Método* (1977), o autor defende que o progresso pode ser concretizado por meio do anarquismo, alertando que a ciência somente é superior para aqueles que decidiram favoravelmente por certa ideologia ou aceitaram sem exame suas conveniências e limitações.

A ideia de que a ciência pode e deve ser elaborada com obediência a regras fixas e universais é, a um tempo, quimérica e perniciosa. É quimérica, pois implica visão demasiado simplista das capacidades do homem e das circunstâncias que lhes estimulam ou provocam o desenvolvimento. E é perniciosa porque a tentativa de emprestar vigência às regras conduz a acentuar nossas qualificações profissionais em detrimento de nossa humanidade. [...] O falseamentismo ingênuo dá por admitido que as leis da natureza se apresentem de maneira clara e não oculta por perturbações de magnitude considerável. O empirismo aceita que a experiência sensorial seja melhor espelho do mundo que o pensamento. O culto do argumento tem como certo que os manipuladores da Razão oferecem resultados melhores que os do jogo incerto de nossas emoções [...] (FEYRABEND, 1977, p. 449).

A ciência que se apresenta é como um corpo estranho no interior da vida cultural. O suposto efeito do progresso, o espírito científico, contraditoriamente

ameaça de destruição os saberes e as tradições culturais, deixando de ser fonte de inspiração. Tornou-se uma ciência reservada, que desencanta o mundo, porque reduz a existência à racionalidade, a aplicação de leis gerais. Parece que o dilema tornou-se dominar a ciência ou conviver totalmente subjugado pelos afastamentos de mundos aparentemente opostos, separados por um abismo teórico, mas unidos pela práxis (PRIGOGINE, STENGERS, 1984).

Essa mística duma ciência esotérica [...] anuncia uma “cruzada” em direção ao futuro, cruzada essa que, no contexto atual, é tão perigosa como a recusa da ciência ou a exaltação das míticas auroras gregas. Nossa época se confronta com cruciais problemas materiais e técnicos. Sabemos que a gestão das nossas sociedades depende cada vez mais de um bom uso da ciência e da técnica. Nessas condições um pouco de lucidez não será demais: nem para os cientistas, em face das necessidades e exigências socialmente expressas, nem para os cidadãos, para as possibilidades reais dos seus respectivos saberes. A fuga para o mito duma ciência misteriosa e todo-poderosa não pode senão contribuir para mascarar a dificuldade real dos problemas postos pela história (PRIGOGINE, STENGERS, 1984, p. 24) [Aspas do autor].

Feyrabend (1977), contudo, escreve que a ciência continua soberana, porque seus praticantes têm a força de imposição de seus desejos, contando ainda que sempre haverá pessoas dispostas a se submeter à escravidão intelectual e institucional como escravos voluntários. Para o autor, os cientistas, como em um conto de fadas, estão convencidos ou iludidos com a tarefa a que se dedicaram, porque rodeados de uma aura de excelência, não enxergam nenhuma desvantagem que os desmereça, muito menos confronto.

Até mesmo pensadores audazes e revolucionários se curvam ao juízo da ciência. Kropotkin deseja destruir todas as instituições existentes – mas não toca na ciência, Ibsen aprofunda-se no desmascarar as condições da humanidade contemporânea – mas conserva a ciência, em que vê medida da verdade. Evans-Pritchard, Lévi-Strauss e outros reconheceram que o ‘Pensamento Ocidental’, longe de ser um pico isolado no desenvolvimento da humanidade, é perturbado por problemas que não estão em outras ideologias – mas excluem a ciência da relativização das formas de pensamento. Para eles, a ciência é uma *estrutura neutra*, encerrando *conhecimento positivo*, que é independente de cultura, ideologia ou preconceito (FEYRABEND, 1977, p. 456-457) [Grifo e marcações do autor].

No âmbito das comparações, Rosenau (1992) escreveu um artigo diferenciando a ciência moderna da ciência pós-moderna, dividindo esta última em

duas categorias de cientistas, a saber, os afirmativos e os céticos (Apêndice 4). A autora chegou rapidamente à conclusão de que independente da categoria que determinado pós-moderno se encontra, pelo menos ambos estão alinhados em discordar da ciência moderna. Os pós-modernos afirmativos argumentam que se a maneira da ciência moderna de olhar o mundo é aberta, com seu conhecimento e sistemáticas, então suas características não se limitam a si própria, porque também poderia se referir a qualquer outro corpo de conhecimento. Os pós-modernos céticos insistem, por outro lado, na não existência de uma ciência pós-moderna, pois consideram o conceito inapropriado; uma contradição, na medida em que qualquer ponto de vista exigiria reivindicações do conhecimento, por vezes logocêntricas.

Para Rosenau (1992), no geral, os pós-modernos afirmativos definem sua visão como uma forma de reação, propondo projetos ligados a uma nova ciência pós-moderna, oferecendo uma síntese de todos os conhecimentos, incluindo até a teologia. Os pós-modernos céticos tendem a negar a legitimidade da discussão, porque são descrentes da possibilidade de um conhecimento completo. Na melhor das hipóteses, os céticos recomendam um sombrio negativismo e, na pior das hipóteses, um niilismo.

## **2.4 Os híbridos de Bruno Latour e a fisioterapia**

Temos com clareza, assumindo o posicionamento de Latour (1994), que a constituição moderna da ciência realizou uma grande partição do mundo entre natureza e cultura. Produziu, a partir do fenômeno, duas categorias, sujeito e objeto. A natureza, um mundo material independente de humanos (um espectador objetivo) e, a cultura, um mundo social criado pelos humanos (uma ordem política baseada na razão). A constituição moderna, como ele designa a epistemologia da ciência, prevê esta purificação, que leva a exclusões, porém o que se espera do conceito de híbrido é o desvelar das práticas através da mediação, que evidencia o fazer como naturezas-culturas.

O fazer da fisioterapia, analisado através das tensões curriculares, expressa a formação profissional como constituída de uma trama contínua de misturas entre natureza e cultura, que delimitam dois conjuntos de práticas totalmente distintas. Por um lado, as práticas híbridas que congregam os coletivos humanos e não-humanos,

os sujeitos e os objetos ... Por outro, ciência com seus processos purificadores de manutenção dessas grandes divisões. Portanto, a proposta híbrida (LATOURE, 1994), é uma forma de escapar das dicotomias, considerando todos os elementos a um só tempo, sendo que cada novo coletivo representa uma redefinição, uma nova formação híbrida.

Para responder aos reducionismos biomédicos, as mudanças curriculares na fisioterapia também ocorrem a partir de uma política mundial de humanização do campo da saúde, que valoriza a comunicação, os aspectos sociais e culturais do adoecer e do curar, a interdisciplinaridade, a promoção e a prevenção ... Desta forma, o que se espera são novas noções de sujeito e de realidade conforme é delineado por Albuquerque (2003, p. 83):

[...] Doravante, o sujeito, privado de sua posição privilegiada que lhe permitia manipular a natureza e julgar os outros saberes do exterior, está comprometido socialmente ao mesmo tempo em que tem de reconhecer os constrangimentos da natureza. Ademais, a multiplicidade, que rouba do sujeito epistêmico o seu controle e segurança sobre a natureza e a cultura em geral, repete-se no seu próprio interior: tem de se defrontar e considerar suas próprias particularidades na produção de conhecimentos (ALBUQUERQUE, 2003, p. 83).

Nossa aproximação do conceito de híbrido à prática na fisioterapia, parte primeiro da percepção de que a corporalidade é biológico-social e, segundo que os métodos e técnicas de tratamentos utilizados, expressam uma polarização entre natureza e cultura, pelo anseio de uma maior cientificidade na área, mas que culmina em um fazer híbrido, pela combinação de conhecimentos. Apresentarei adiante exemplos dessa hibridização na fisioterapia, porém abordarei primeiramente, de maneira sucinta, como Latour (1990; 1994) elaborou o conceito de híbrido a partir do projeto de simetria entre natureza e cultura.

Latour (1990) começa sua proposição de um conceito híbrido criticando o tratamento assimétrico dado pela antropologia aos estudos do Outro, porque nestes as dicotomias foram mantidas, inviabilizando uma antropologia da ciência. Latour (1994) considera que a antropologia da ciência iniciou-se com o *Leviathan and Air-Pump*, escrito por Shapin e Schaffer em 1985 cujos autores defendem a tese de coprodução entre ciência e contexto social – idéias que surgem com o relato da

contenda entre Boyle<sup>2</sup> e Hobbes<sup>3</sup>, que resultou na separação das representações dos objetos das representações humanas, mobilizando a natureza no seio das relações sociais, mas mantendo-se distante dos homens. São essas constatações, que permitem pensar a constituição moderna como proliferadora de híbridos pela socialização não reconhecida dos objetos.

Quanto menos os modernos se pensam misturados, mais se misturam. Quanto mais a ciência é absolutamente pura, mais se encontra intimamente ligada à construção da sociedade. A Constituição Moderna acelera ou facilita o desdobramento dos coletivos, mas não permite que sejam pensados (LATOURE, 1994, p. 47).

Desta forma, na concepção de Latour (1990; 1994) não devemos tentar explicar natureza em termos de sociedade ou sociedade em termos de natureza, nem deveríamos explicar o conhecimento como uma mistura. Nós devemos explicar ambos, imediatamente, em termos de uma terceira coisa ou processo. O conceito de híbrido restitui a agência às coisas. Em outras palavras, seu objetivo é produzir uma análise não reducionista do conhecimento, uma que não reduza a natureza à sociedade nem a sociedade à natureza. Natureza e sociedade seriam dois efeitos com uma causa comum ou dois processos com uma base comum (BLOOR, 1999).

Essa base comum de dois processos encontra solução na proposição de um princípio de simetria generalizada, ou seja, a natureza e a sociedade compartilhariam um quadro comum e geral de interpretação, tratados em um mesmo plano, já que não existe diferença em espécie, são explicados simultaneamente. Não existiria natureza e cultura, mas naturezas-culturas (FREIRE, 2006). Teríamos que superar a assimetria pela mediação, porém para isso temos que reconhecer esse novo espaço a-moderno.

---

<sup>2</sup> Boyle inventou o estilo empírico, mais direto de relatar a experiência de um fenômeno produzido artificialmente. Boyle inventou o repertório para falar da natureza, enquanto discurso científico onde a política não deveria contar (LATOURE, 1990; 1994).

<sup>3</sup> Hobbes pretende a unificação do corpo político, tendo como instrumentos a demonstração de conhecimento e poder. Hobbes inventou os recursos para falar sobre representação, soberania, contrato, propriedade, cidadania, enquanto política científica onde a ciência não deveria contar (LATOURE, 1990; 1994).

[...] de condensação de ideias e formulações; [...] que envolve, necessariamente, a relativização do universalismo naturalista e a conseqüente valorização de modelos teóricos fundados no plano cultural. A razão complexa começa por abrir espaço para a desrazão ou, mais exatamente, para outras razões, e o conhecimento passa a ser, portanto, um fenômeno multidimensional, no sentido de que é, ao mesmo tempo e de forma inextricável, biopsicosociocultural (PORTO, 1994, p. 103).

Segundo Latour (1994), a modernidade jamais começou, nunca houve um mundo moderno, porém o uso do tempo passado em seu livro “Jamais fomos modernos”, indica, sobretudo, a possibilidade de uma releitura da história da ciência, sem adentrar em uma nova era. Essa atitude, salienta o autor, “que desdobra ao invés de desvelar, que acrescenta ao invés de amputar, que confraterniza ao invés de denunciar [...]” (1994, p. 51), não caracteriza um movimento reacionário, porque apesar do combate à constituição moderna, os não modernos a aceitam integralmente, porque aponta para o terreno dos mundos não modernos, o império do centro.

Latour (2004) exemplifica a condição híbrida relatando várias situações nas quais a mistura entre ciência e política é mascarada pela aparente solidez da sua separação. Tudo que nos dividia denominava-se no plural “culturas” ou uma combinação de mononaturalismo com multiculturalismo – “somos todos de diferentes culturas, sobre o pano de fundo de uma mesma natureza” (LATOUR, 2004, p. 405). Porém, as controvérsias sobre o clima, a genética, o uso de drogas etc., desestabilizam o discurso político de unificação de um mundo comum.

O termo híbrido problematiza a ciência quando faz revelar as múltiplas redes de significação produzidas por humanos e não-humanos. A rigor, os híbridos estão em toda a parte, só existem híbridos. É o processo de hibridização que é negado, portanto, é totalmente equivocado querer dividir o coletivo, porque é a união dos participantes que constrói o objeto. A mediação proposta por Latour (1994) posiciona o olhar exatamente no meio termo, entre sociedade e natureza, um local antes tido como vazio de sentido, pois se pretendia proteger o humano da objetivação concomitante à proteção dos objetos técnicos das paixões, das subjetividades ou dos interesses sociais, sendo que é exatamente nesse entremeio que vivemos.

Como exemplo de híbrido, Yael Keshet (2010a) escreveu um artigo intitulado “*Hybrid Knowledge and Research on the Efficacy of Alternative and Complementary Medicine Treatments*”, no qual discute o conceito de conhecimento híbrido a partir do



discurso moderno sobre a medicina complementar e alternativa, na medida em que as controvérsias estão, primeiro, assentadas na falta de uma maneira de avaliar seus efeitos e, segundo, enraizadas na relação entre mente e corpo, que se defronta na prática biomédica com a incapacidade de misturá-los, mesmo estando já misturados. Keshet demonstra que a medicina complementar e alternativa é híbrida, porque faz conexões entre fenômenos que a racionalidade moderna separou. As pesquisas baseadas na prática, como as pretendidas para a medicina complementar e alternativa, encontram resistências, o que evidencia, no entendimento de Keshet, que em alguma instância, a hibridização e a purificação tendem a serem confundidos por diferentes métodos de avaliação.

Keshet (2010b) também analisa, em outro artigo, o fator energia nas abordagens da medicina complementar e alternativa como a incorporação de um conhecimento tácito intangível e como uma ponte linguística entre ciência e espiritualidade, entre natureza e cultura. Trata do conhecimento tácito como aquele difícil de conceitualizar, de codificar e de formalizar e, trata da energia como um conceito unificador da diversidade cultural envolvida nas práticas alternativas e complementares e que expressa um significado diferente para a ciência. O termo energia é entendido como parte de um corpo de conhecimentos que hibridiza distintas categorias do conhecimento moderno, porque energia é concebida como espírito e ao mesmo tempo matéria, como mente e como corpo, como subjetividade de sentimentos e como objetividade da ciência, como uma entidade religiosa e como um fenômeno científico.

Almeida e Gomes (1998) trazem como exemplo interessante de operacionalização do conceito de híbrido na área da saúde a discussão sobre o fenômeno da amamentação e desmame, levantando hipóteses sobre como se produziram paradoxos ao redor dessa temática. Realizaram apontamentos das razões que valorizam a prática da amamentação e, simultaneamente, evidenciaram as razões que levam ao seu declínio. Os autores consideram que o fenômeno da amamentação está biologizado, o que distanciou natureza e cultura pelo disciplinamento social do processo de aleitamento.

Marras (2002) complementa o exemplo acima, sobre a operacionalização do conceito de híbrido, com um artigo sobre as implicações do efeito placebo medicamentoso em humanos e não-humanos. Valendo-se do argumento da continuidade física e evolução biológica para tecer uma analogia entre homens e

ratos, aponta que os mesmos guardam semelhanças, que os reuniria, portanto, à dimensão da natureza. Por outro lado, acaba por explicitar, ainda melhor, justamente a separação entre natureza e cultura, delineando o processo de tradução (mediação) que resultaria nas hibridizações.

Ora, o pensamento moderno não percebe cultural a *ciência* ou a *natureza* (porque ciência não se contamina de representação, não é senão acesso privilegiado, metódico e objetivo à verdade absoluta e descontextualizada da Natureza — é a ordem representativa do *dado*), como não científica a *política* ou a *cultura* (porque aí já se está no seio das representações e das metáforas, do relativismo subjetivo dos interesses e das paixões — é a ordem representativa do *construído*). Como, já aqui, não reconhecer esse dualismo estrutural replicado nas oposições e contradições entre alma e corpo, subjetividade e objetividade, homens-entre-eles e coisas-em-si, humanos e não-humanos, representação e realidade, crença e conhecimento, retórica e razão, ficção e fatos? O problema é que essa matriz dualista revela-se frágil — menos no nível da *purificação* do ideário moderno, que separa Natureza de Cultura, e mais no nível da *tradução*, em que se *hibridizam* Natureza e Cultura; ou sobretudo quando, ao modo antropológico, seguimos de perto as *redes*, quando enfim entramos empiricamente num laboratório e acompanhamos *pari passu* a feitura do fato, pois a sua montante, desde a nascente da ciência dura até, enfim, surpreendermos a *construção* do *dado* (MARRAS, p. 128, 2002) [Grifos do autor].

Na fisioterapia percebemos nitidamente essa polarização entre natureza e cultura quando assumimos separadamente os discursos da existência de um corpo sócio-cultural atrelado à redução biomédica, o que reforça, como percebido nos exemplos de Almeida e Gomes (1998) e Marras (2002), todo o processo de purificação, fazendo denunciar, conseqüentemente, a proliferação dos híbridos. Nesse âmbito, temos um amplo espectro de técnicas que buscam legitimar seus métodos através da ciência com o intuito de superar o conhecimento tácito implícito no fazer fisioterapêutico.

Durante muitos anos, os fisioterapeutas atuaram com base em livros de reabilitação importados, cuja característica marcante eram as “receitas” prontas, que dispensavam a necessidade de pensar para a tomada de decisões. Era notória nas décadas de 1960 e 1970 a importação de técnicas norte-americanas e européias — Bobath, Kabat, Klapp etc. —, ainda hoje utilizadas. Essas técnicas ou métodos provinham da experiência pessoal e tinham frágil fundamentação científica (MARQUES, PECCIN, p. 44, 2005).

Desta forma, quando a técnica expressa o vínculo entre culturas e ciência, a mesma se mostra como uma ameaça à constituição moderna, evidenciando um

modelo de organização política que combina mononaturalismo com multiculturalismo.

A reeducação postural, por exemplo, é uma grande seara da fisioterapia, que tem sido interpretada e sistematizada de diferentes maneiras por inúmeras modalidades terapêuticas, que se apercebendo, direta ou indiretamente, da necessidade de conciliação dos elementos naturalizantes da ciência com a complexidade da corporeidade, expressam a combinação desses fatores nas tomadas de decisão clínica. Com a valorização crescente da prática baseada em evidências, observa-se a conduta de consultar preventivamente o grau de validade e eficácia das técnicas, o que oblitera parcialmente as manifestações espontâneas do conhecimento tácito.

O conhecimento tácito associado a uma prática baseada em evidências caracteriza o conhecimento híbrido na fisioterapia. A importância que cada um assume é alternada de acordo com cada situação, confundindo-se numa mistura, própria dos híbridos. Os elementos naturalizantes na fisioterapia aparecem na forma de protocolos fechados (séries, repetições, tempos, etc.) comprovados cientificamente, definindo uma padronização indiferente à pessoa cultural ...

Para a terapêutica moderna e sua concepção física [...], a cura deve resultar, sobretudo e idealmente, da ação das propriedades naturais [...] no organismo *naturalizado* – a ênfase, aí, reside no substrato orgânico de um ser, a todo despeito, insistentemente cultural, isto é, dotado de espírito, fonte de seus desejos, crenças e intenções – cujo controle, repita-se uma última vez, escapa da cognição científica (esta sim) *típica*. Para um saber que se funda na prática da causação mecânica e experimental, necessariamente descontextualizada, sempre em busca de regularidades e do controle das variáveis, o termo subjetivo deve mesmo ser afastado – porque rebelde ao controle [...]. O ideário dessa medicina prevê a subtração definitiva da subjetividade, prescindência dos dispositivos simbólicos (MARRAS, p. 129, 2002) [Grifos do autor].

A ciência subtrai da técnica o sentido do cuidado embutido na prática da fisioterapia. Por outro lado, não teríamos como falar de proliferação, purificação, tradução e conseqüentemente híbridos se não houvesse também aspectos imanentes dessa prática, uma espécie de resistência, que exhibe suas brechas para os bastardos atuarem - a falta de uma explicação científica criteriosa realiza a manutenção das características que favorecem a constituição híbrida das técnicas empregadas.

A despeito da força das condições naturalizantes, gostaria de chamar a atenção para o espaço educacional da fisioterapia, como espaço que oportuniza a atuação dos híbridos. A maneira de ensinar mais “artesanal” reserva um aprender mais compreensivo, pela observação, pelo acompanhamento do mestre, permitindo ao aprendiz captar de maneira mais intimista, que é estabelecida nessas condições, as nuances do fazer, pela incorporação de costumes e tradições.

O dominar da técnica depende do conhecimento das mãos, que precisam aprender para sentir e sentir para interpretar, que precisam da história do corpo para promover o curar. As mãos são peças-chaves dessa hibridização, porque produzem uma comunicação ampliada e condutas que consideram particularidades. As mãos, nessas circunstâncias, como já mencionado, educam o cérebro e têm sua própria epistemologia (BARATO, 2004), portanto a fisioterapia encontra no movimento das mãos parte do seu fazer inteligente, na medida em que o saber do fazer é respeitoso em sua relação com os instrumentos de trabalho.

A técnica como um saber vivo, inserido nas práticas sociais dos homens, talvez não possa ser capturada integralmente por discursos que a “sistemizam” e a vinculam à ciência, mas diminuem-lhe significado e status epistemológico. Todo esse panorama justifica empenhos para que entendamos melhor o fazer-saber (BARATO, 2004, p. 50).

Continuando, se na anamnese a aproximação é pragmática, por outro lado, é durante as sessões de fisioterapia, que temos o lugar possível da construção de narrativas e o estabelecimento de vínculos, que facilitam à pessoa doente aproximar-se de uma síntese terapêutica, tornando as relações mais humanizadas, justamente pela valorização do seu qualitativo individual.

Esses aspectos revelam a importância de como as pessoas aprendem a técnica como conhecimento vivido; como as pessoas aprendem o *saber como* a partir da experiência em práticas significativas, escapando dos racionalismos instrumentais das ciências (BARATO, 2004). Por isso, as mudanças curriculares mostram-se preocupadas em propiciar a integração de conhecimentos, evitando as duras segmentações disciplinares, inserindo os estudantes na prática mais

precocemente, oferecendo uma ampla variedade de cenários de aprendizado e centrando o aprendizado no estudante através de metodologias ativas<sup>4</sup>.

A hibridez da fisioterapia é peculiar pela sensação de contradição interna provocada pelas fortes reminiscências de um passado preenchido de um saber indireto, conjectural e indiciário<sup>5</sup> do corpo (GUINSBURG, 1989), que é gradativamente expropriado e aculturado pelas codificações científicas. Como na vida e, por conseguinte no do campo da saúde, nem tudo é passível de aferição e quantificação, na fisioterapia ainda podemos dizer que nossos melhores parâmetros para inferir os efeitos das técnicas são as próprias pessoas, que expõem as inevitáveis conexões entre natureza e cultura.

---

<sup>4</sup> É um processo amplo que possui como característica principal o estudante como agente principal do aprendizado, valorizando por meio de diversas técnicas didático-pedagógicas o diálogo e a conscientização crítica.

<sup>5</sup> Guinsburg (1989) escreve que somente a partir da observação atenta e do registro minucioso é possível elaborar histórias, no sentido de que a doença é inatingível. O campo da saúde teria, portanto, uma natureza indiciária pela conjecturalidade do humano. Nesta perspectiva as profissões da saúde se apresentariam como disciplinas qualitativas, pois teriam como objeto casos, situações e documentos individuais, enquanto individuais, e justamente por isso alcançariam resultados com uma margem ineliminável de causalidade.

## CAPÍTULO 3

### DAS OBSERVAÇÕES DOS CAMPOS

Jazia no sepulcro e, coisa estranha... Não esperava nada, pois aceitava sem contradição a ideia de que um morto não tem que esperar. Mas, aquilo estava muito úmido. [...] Quando, de repente... Me vem bater no olho esquerdo, que tinha fechado, uma gotinha de água fria, que se tinha infiltrado pela tampa do caixão, decorreu um minuto e uma segunda gota me salpicou, depois uma terceira, e assim sucessivamente, sempre de minuto em minuto. Isso produziu-me uma contrariedade violenta, e de repente senti uma dor física no coração. [...] Mas, a gotinha continuava a cair a cada minuto e sempre exatamente no meu olho esquerdo. E, então gritei, não com a minha voz, visto que não podia fazer movimento algum, mas com todo o meu ser, para o autor de tudo aquilo que me sucedia.

(DOSTOIEVSKI, 1877)

Neste capítulo exponho a minha experiência etnográfica nos cenários cotidianos dos agentes entrevistados. Esta parte do trabalho foi positivamente vivenciada, exigindo muita relativização para repensar conceitos considerados sedimentados por mim. Considero que esta etapa da pesquisa, atrelada às entrevistas, foi uma peça-chave para apreender melhor as representações e significados. Se tivesse partido diretamente para as entrevistas, possivelmente as categorias temáticas extraídas das entrevistas teriam perdido um pouco do alcance

interpretativo, na medida em que a compreensão mais apurada emanou justamente do conviver.

As reflexões sobre as observações apontaram para a impossibilidade de qualquer passividade do pesquisador no campo, mesmo considerando somente o exercício do olhar, da observação flutuante, deixando-se penetrar pelos acontecimentos, pelas imagens e palavras das pessoas e das coisas. Evitava-se uma sistematização fechada do processo, mas quando este observar, oscilante entre o distanciamento e a aproximação, era ultrapassado pela participação ativa do pesquisador, acredito que então eu estava mais presente no exato momento que a história acontecia (FAZENDA, 2003).

Para meus interlocutores, tanto no Brasil como na Inglaterra, eu representava muitas pessoas em uma só. Por várias vezes, apenas um visitante cuja presença não duraria muito, porque estava de passagem. Talvez ainda um estudante qualquer, quiçá um pesquisador, um quase professor, por isso quem sabe merecesse alguma atenção ou respeito. Porém, o que predominava era o papel do fiscalizador/avaliador, o que aparentemente favoreceu o registrar das revoltas pessoais, dos descontentamentos, desestímulos e das acomodações relativas às mudanças curriculares.

A recepção dos informantes, em ambos os países, foi bastante tranquila. A princípio, o contexto brasileiro mostrou-se ligeiramente reticente, no sentido de que os docentes necessitavam acercarem-se de mais informações/garantias sobre a natureza da pesquisa. Desta forma, perante os mesmos, reafirmei os meus objetivos de pesquisa, salientando que a verificação do desempenho docente não fazia parte da observação. O contexto inglês, apesar da aparente maior abertura, reservava metas próprias para o meu papel de pesquisador, como será explicado mais adiante. Devido à experiência etnográfica nacional ter antecedido a estrangeira, a primeira contribuiu para a apreensão das variáveis da segunda com maior rapidez.

A apresentação dos resultados respeitou a separação dos contextos, como definido nos procedimentos metodológicos. Não se intencionou uma linearização exaustiva de todos os acontecimentos, mas uma reapresentação etnográfica dinâmica, que posteriormente foi associada à análise das entrevistas. Essa sistematização procurou pelas clivagens do campo científico da fisioterapia – as relações de sociabilidade, a busca pela legitimação, o conflito entre o saber do fazer e a cientificidade, que resultam em práticas híbridas.

Seguiu-se, portanto, um desenrolar narrativo para as descrições dos contextos analisados, buscando transpor para o papel a história do conhecimento sobre o Outro articuladamente. As disciplinas acompanhadas e observadas no Estudo 1 foram descritas em separado para preservar suas peculiaridades. No caso do Estudo 2, devido as características metodológicas de coleta dos dados, a descrição do seu contexto realizou-se amalgamada, considerando-o um conjunto inteiriço.

### **3.1 A Universidade Estadual de Londrina – Estudo 1**

Acredito que seja um sonho, de quase todo estudante londrinense, pelo menos era o meu sonho, ser aprovado no vestibular da UEL. O campus principal está permeado de muito verde, com árvores centenárias como as perobas, que representam muito bem o lugar, valorizando as boas conversas com belas sombras. Os extensos calçadões, que interligam as diferentes regiões, é um atrativo à parte, porque indubitavelmente deixam as caminhadas mais meditativas e relaxantes, se você não está com pressa. As bibliotecas funcionam melhor como pontos de referência do que de informação e o restaurante universitário é um excelente espaço para cultivar o ócio criativo. Penso no campus principal como um lugar onde você pode escapar brevemente da correria moderna e da cidade. Entretanto, os estudantes de fisioterapia usufruem pouco desse ambiente, porque a partir do segundo ano, a formação acontece predominantemente nas estruturas do Centro de Ciências da Saúde (CCS), que sob a égide do cimento e dos jalecos brancos, estimula o estudo competitivo e a formação de uma consciência de classe profissional.

A história da UEL está atrelada a história do desenvolvimento do norte do Paraná, conhecido também como Norte Pioneiro. Sua criação oficial aconteceu em 28 de janeiro de 1970 pela congregação inicial de cinco faculdades: Faculdade Estadual de Direito de Londrina (1956); Faculdade Estadual de Filosofia, Letras de Londrina (1956); Faculdade Estadual de Odontologia de Londrina (1962); Faculdade de Medicina do Paraná (1967) e; Faculdade Estadual de Ciências Econômicas e Contábeis de Londrina (1966).



A congregação dessas Faculdades ocorreu sob a forma de fundação – Fundação Universidade Estadual de Londrina, que agregou em departamentos professores e disciplinas em áreas afins dentro do sistema de créditos, reunindo então, os departamentos criados em centros de estudos. Os departamentos iniciaram com 13 cursos de graduação: História, Geografia, Letras Anglo-Portuguesas e Letras Franco-Portuguesas, Pedagogia, Ciências, Direito, Odontologia, Medicina, Farmácia e Bioquímica, Ciências Biomédicas, Ciências Econômicas e Administração. O Departamento de Ciências Sociais foi somente implantado em 1973.

A partir de 1987, provenientes da contribuição do alunado e do Governo do Estado, o ensino passou a ser gratuito na graduação, sendo posteriormente a UEL transformada em Autarquia, na data de 16 de julho de 1991. No ano de 2004, respondendo ao movimento negro de âmbito nacional, adotou o sistema de cotas raciais e sociais. Atualmente, são 64 cursos de graduação, incluindo turnos e habilitações, com cerca de 15.760 mil estudantes, 3.608 técnicos administrativos e 1.703 docentes. Na pós-graduação, nível *strictu sensu*, são outros 60 cursos ofertados.

O CCS foi criado em 1971 junto às dependências do antigo Sanatório de Tuberculose da Secretaria Estadual de Saúde em Londrina, que posteriormente se transformou em Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP), este alocado previamente no Hospital Evangélico de Londrina. Os serviços prestados pelo HURNP tornaram-se referência médico-hospitalar, passando a denominar-se atualmente somente como Hospital Universitário/UEL.

O Departamento de Fisioterapia da UEL no CCS dispõe de três laboratórios de ensino: Recursos Terapêuticos Manuais com capacidade para 20 estudantes; Cinesioterapia com capacidade de 30 estudantes e Eletroterapia com capacidade de 20 estudantes. Constituem também, como parte da estrutura física, mais quatro laboratórios de pesquisa e um de pós-graduação: Fisioterapia Pulmonar, Treinamento de Esforço, Eletromiografia Cinesiológica, Fisioterapia aplicada à Uroginecologia e Obstetrícia e Laboratório de Pós-Graduação.

O curso de fisioterapia realizou mais de 19 mil atendimentos em 2012. Esta demanda aponta para o reconhecimento interno da profissão diante das diferentes áreas que constituem o CCS e usufruem da estrutura do Hospital Universitário/UEL. De acordo com as entrevistas desta pesquisa, quando o serviço de fisioterapia

começou a ser prestado, houve um movimento dos docentes do curso para estimular outros profissionais, principalmente médicos, solicitarem atendimentos, para assim consolidar o trabalho fisioterapêutico na Instituição.

### 3.1.1 A Disciplina de Habilidades Interpessoais I

O enfoque desta disciplina está na comunicação verbal, na comunicação do corpo (percepção e expressão), na comunicação escrita formal e na comunicação realizada pelo tocar. As avaliações do aprendizado podem ser feitas através de provas teóricas, elaboração de diários e elaboração de prontuários de acompanhamento. As aulas são na sua maior parte desenvolvidas em grupo e seguidas de discussões, geralmente no laboratório de fisioterapia, com a presença das quatro professoras quando possível, sempre intercalando a liderança da aula semanalmente.

Os conteúdos teóricos das aulas são disponibilizados previamente para os estudantes com o intuito de facilitar a compreensão das metas a serem atingidas. As metodologias ativas ganham espaço com a utilização variada de técnicas e recursos didático-pedagógicos, como por exemplo, filmes ou colagens, simulações de situações com pacientes ou interações com as especialidades do campo, além de jogos que motivam o estreitamento das relações profissionais, fazendo fortalecer a consciência de grupo.

As professoras são unânimes quando concordam que as aulas com perspectiva metodológica ativa, exigem mais sintonia e empenho das pessoas envolvidas, tanto na preparação dos conteúdos como na execução das práticas. Consideram que a metodologia de ensino expositiva, que é centrada no professor, reduz o embate com o estudante, tornando menos rico o aprendizado. As professoras expõem que o método expositivo mostra-se em desacordo com a filosofia do currículo vigente, na qual as resistências, para o incorporar o método ativo, podem ser também traduzidas como comodismo.

Facilmente percebe-se na dinâmica da disciplina a internalização do movimento de humanização da saúde que conflita com o paradigma biomédico ainda muito presente. Durante um exercício proposto pelas professoras, os estudantes deveriam em grupos desenhar separadamente partes do corpo humano,

para depois compor a figura humana inteiriça, porém quando a imagem final obtida apresentava-se desarmônica, em termos de partes com tamanhos diferentes, os estudantes tinham seus trabalhos avaliados como menos adequado, impossibilitando qualquer relativização.

Quando se desenvolviam nas aulas temas relacionados às ciências humanas era possível observar uma ligeira dificuldade das professoras para se fazerem entender. Os exemplos utilizados pareciam não convencer totalmente os estudantes, porque soava um pouco opinativo para eles, o que provocava olhares desconfiados e comportamentos de desinteresse no conteúdo. Mais dúvidas eram geradas quando, por exemplo, um estudante resolvia defender uma interpretação rasa do assunto, que por parecer também opinativo poderia estar, na concepção dele, bastante correta.

Observei que a estrutura curricular passou por adaptações<sup>6</sup> desde sua implantação. Foram ajustes, que ocorrem paralelamente à renovação do corpo docente, trazendo inquietações sobre a continuidade dos princípios que norteiam a humanização da saúde dentro da disciplina. A reflexão sobre este processo de renovação docente trouxe a problemática de nichos temáticos desenvolvidos por cada professora, deixando lacunas – a responsabilidade pelas aulas práticas de percepção corporal que estavam com uma professora que se aposentou, são atualmente ministradas por convidado externo.

Os variados cenários de aprendizado (hospital, ambulatório, clínicas e comunidade) proporcionados pela disciplina, contribuem positivamente para a formação profissional, favorecendo a exposição do estudante à prática e a incorporação natural do ofício. Pude presenciar dentro do ambulatório o primeiro contato de estudantes com pacientes, do qual a maioria dos estudantes demonstrou bastante entusiasmo. Os estudantes expuseram posteriormente suas impressões, porém poucos foram efetivamente ouvidos, devido à limitação do tempo e o número insuficiente de professores.

Trabalhos escritos também são solicitados como parte das atividades acadêmicas. Estes introduzem indiretamente, algumas condutas básicas que constituem a elaboração de textos científicos, como por exemplo, a maneira de referenciar os artigos e os autores encontrados. Proporciona-se a possibilidade de

---

<sup>6</sup> A mudança curricular ocorreu em 2006 e desde então duas adequações estão vigentes, a primeira realizada em 2010 e a segunda em 2012.

pensar ainda sobre a qualidade da informação obtida, como e onde se realizou a busca do material encontrado, valorizando inclusive a própria formatação do trabalho. Gradualmente observa-se a criação de uma padronização estética de organização, presente também nas apresentações orais.

A partir desse conjunto de atividades teóricas e práticas, surge entre as professoras, a discussão sobre quais seriam os métodos de avaliação do aprendizado mais adequados a idéia de um ensino mais centrado no estudante. Relata-se que houve um período que a disciplina não aplicava provas, sendo por essa razão estigmatizada entre os estudantes como uma disciplina divertida e meramente introdutória. A consequência deste pensamento era não querer aprofundar o conteúdo apresentado, porque este seria talvez melhor explorado posteriormente.

De maneira geral, desde a implantação do currículo vigente, esta disciplina parece estar carregando a responsabilidade pela transição curricular, como se fosse parte das suas atribuições de carro-chefe efetivá-la, tendo que funcionar como modelo didático-pedagógico para as demais disciplinas. Esta empreitada revelou-se cansativa para as professoras, talvez pela falta de adesão e resistências docentes, variáveis constatadas desde a minha pesquisa de mestrado (SUMIYA, 2007). Por outro lado, apesar das críticas estarem enfraquecidas, não significa que a integração de conteúdos na matriz curricular melhorou, o que ratifica a fragilidade das relações entre as disciplinas tanto dentro como fora dos eixos.

### 3.1.2 A Disciplina de Habilidades Interpessoais II

Esta disciplina conta com quatro professoras também, que introduzem técnicas de avaliação física de diferentes especialidades da fisioterapia. As aulas são eminentemente práticas, sendo o conteúdo teórico bastante reduzido – uma aula teórica para três práticas. Esta configuração é mantida na forma em que são distribuídas as funções entre as professoras (por preferências pessoais e pela relação entre titulação e carga horária), ou seja, uma delas é predominantemente responsável pela parte teórica, enquanto as outras aplicam as atividades práticas, o que não caracteriza uma regra fixa.

Nas aulas teóricas, o conteúdo é transmitido de maneira bastante sumária, sem muitas correlações com conhecimentos aprendidos previamente, descaracterizando a idéia de eixo. Parece consenso entre as professoras, que esta disciplina é somente introdutória, porque os temas trabalhados costumam ser retomados no terceiro ano, quando as respectivas fisiopatologias são associadas. Porém, a partir desta perspectiva, observa-se que existe uma desvalorização intrínseca e latente da disciplina: “- Essa aula é muito simples”; “- Teoria é isso, não tem muita coisa”; “- Este assunto é chato”. Além disso, também não presenciei nenhuma tentativa de utilização de metodologias ativas durante as aulas teóricas.

A dinâmica das aulas práticas assemelha-se às aulas teóricas, sendo as correlações, quando possíveis, esporádicas. A turma geralmente é dividida em três salas diferentes, sendo que o ritmo da aula às vezes é ditado pelos estudantes. Como existem roteiros das atividades, o que assegura certa organização, os estudantes tentam executá-los com rapidez para serem dispensados, encurtando a aula. As discussões a partir da prática são bastante escassas, devido a esta dinâmica previsível.

Para as aulas práticas, as professoras tentam antecipadamente alinhar seus discursos, para que as demonstrações das técnicas sejam similares, garantindo alguma padronização e para evitarem também possíveis comparações das professoras pelas turmas. Percebe-se que este alinhar não é uma tarefa simples, porque depende da sincronização de disponibilidades de cada professora para gerar uma rotina de planejamento das aulas. Apesar dos esforços, as comparações feitas pelos estudantes surgiram, comparando o desempenho das professoras, interna e externamente a disciplina.

Quando as técnicas ensinadas estavam distantes das especialidades das professoras, era possível então, notar certo titubear, dúvidas pairando. Na medida do possível mantive-me neutro, sem interferir com os procedimentos, respeitando a autoridade do professor, mas ocasionalmente os estudantes tentavam me cooptar. Em resumo, a dinâmica das aulas práticas tinha como ponto de partida a demonstração da técnica pelo professor e a reprodução da mesma pelos alunos, sem muitos exemplos calcados em casos reais como plano de fundo ou sem atrelamento a teorias subjacentes.

As professoras mostraram-se cientes de que a disciplina não está como gostariam, por isso que a insatisfação é perceptível, no que tange ao

encaminhamento do próprio trabalho, produzindo uma mistura de impaciência e resignação com a situação corrente. Diplomáticamente o enfrentamento dessas dificuldades parece ser evitado, causando um desgaste constante e gradual, que compromete sua existência.

### 3.1.3 A Disciplina de Saúde Coletiva II

A característica principal desta disciplina é introduzir a estrutura e os princípios do Sistema Único de Saúde, evidenciando a complexidade dos diferentes níveis de atenção à saúde, apresentando os diversos conceitos que regem a saúde coletiva e a epidemiologia. Realiza-se gradualmente, para cada instância, um entrelaçamento da função do fisioterapeuta com as noções de proteção, prevenção e promoção da saúde.

A disciplina contava com três professoras efetivas quando iniciei a sua observação de campo, porém uma professora substituta juntou-se ao grupo no final do semestre. O ensinar acontece predominantemente nas salas de aula e diretamente no contato com a comunidade. Para a primeira situação utiliza-se metodologia tradicional com algumas intervenções metodológicas ativas. A segunda situação depende de arranjos prévios com os estudantes, organizações sociais e unidades básicas de saúde nos bairros.

A história da disciplina na matriz curricular é bastante conturbada e cercada de resistências. Contudo, segundo as professoras, a criação da disciplina está fundamentada em uma justificativa formal, pois o governo solicita que a formação profissional na área da saúde também esteja voltada para as políticas públicas. Mesmo depois de discussões acirradas sobre a abrangência conceitual da saúde coletiva, a respeito do seu fazer e ensinar na fisioterapia, a implantação da disciplina permaneceu cercada de desconfianças.

No currículo antigo, parte do conteúdo relacionado a esta disciplina, estava na disciplina de saúde preventiva, lecionada durante apenas um semestre dentro de toda a formação. O espaço atual, adquirido na matriz curricular, constituiu uma notável conquista, muito celebrada nos discursos dados pelas professoras, principalmente porque percorre todos os anos, incluindo o estágio curricular. Observei que as oposições surgidas pela criação desta disciplina estavam mais

centradas na questão da apropriação de carga horária dos diferentes estágios curriculares para compor o estágio em saúde coletiva.

A disciplina tem buscado fortalecer a sua identidade, sensibilizando os estudantes sobre a importância deste campo para a fisioterapia. Porém, não como uma diretriz específica, mas como uma estratégia, que foi percebida como eficiente ao longo do tempo. O campo da saúde coletiva é mostrado como uma peça-chave do desenvolvimento social, representando também uma fonte interessante de empregos cujos conhecimentos têm sido amplamente cobrados nos concursos públicos.

Apesar desse *approach*, o conteúdo teórico parece ainda não atrair o interesse do estudante, que o tem considerado maçante, o que exige um empenho mais criativo das professoras para trazer os conceitos teóricos para exemplos práticos. Percebi que alguns exemplos, embora extraídos da realidade, soavam hipotéticos para os estudantes, porque a vivência daquilo ainda estava por acontecer. Além disso, durante as aulas teóricas, observei exemplos advindos de estudos na enfermagem e na medicina, o que dificultava um pouco o diálogo com a turma.

Como constatado anteriormente, o aprendizado prático parece ser mais prazeroso para o estudante de fisioterapia. Para o caso da saúde coletiva, as intervenções na comunidade tornam-se um elemento essencial de fixação de conteúdo. Participei, com os estudantes desta turma, de um reconhecimento territorial para a elaboração de um programa de atenção. A maioria se mostrou bastante animada com a proposta, porque percebiam a oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos na amostra da população que seria escolhida.

Essa experiência que tive com o reconhecimento territorial trouxe-me a reflexão sobre a importância de equilibrar a quantidade de tempo disponível com o volume de conteúdos das ementas. Parece ser um problema generalizado não somente da saúde coletiva, a dificuldade de estabelecer o que é prioritário para a formação em fisioterapia, considerando que se deva evitar o inchaço da matriz curricular, mantendo os temas atualizados. Diante do aumento crescente de carga horária nas mudanças curriculares e a relevância indiscutível da prática na formação, espera-se que haja a oportunidade para repensar a quantidade de conteúdos existentes nas ementas, trazendo arejamento/espço para o desenvolvimento dos temas adequadamente.

Quando realizei esta observação de campo, duas professoras efetivas encontravam-se afastadas para capacitação profissional, enfraquecendo temporariamente o processo de consolidação da identidade disciplinar. Não obstante, as professoras apontam como fator positivo da consolidação da sua identidade, o aumento do número de orientações monográficas na área da saúde coletiva. Por fim, na minha percepção, o fator tempo é o melhor aliado desta disciplina no combate das resistências que restaram, e que se mostram aparentemente ocultas.

#### 3.1.4 A Disciplina de Pesquisa Científica III

Podemos escrever que esta disciplina trabalha de maneira similar às disciplinas de Saúde Coletiva II e Habilidades Interpessoais II – com aulas expositivas, centradas no professor e com sistema de avaliação tradicional. A perspectiva metodológica proposta está alinhada com o perfil do docente que a lidera, mas aparentemente desalinhada com as filosofias integralizadoras do currículo vigente. A disciplina consubstancia a possibilidade de construção de um perfil de pesquisador para o estudante, mesmo não sendo este o seu objetivo principal.

Os estudantes têm, na medida do possível, uma relação de bastante seriedade com o professor em questão, reconhecendo a sua importância histórica dentro pesquisa científica na fisioterapia – consequentemente sua produção científica e as orientações na graduação e na pós-graduação são bastante respeitadas. O professor ainda desempenha funções dentro da residência de fisioterapia em neurologia e da disciplina de fisioterapia em neurologia na graduação, sendo a primeira muito disputada devido às poucas vagas e a segunda muito temida pela sua aparente complexidade.

Retomando, o objetivo declarado da disciplina é instrumentalizar os estudantes para a realização de pesquisas seguindo o rigor científico e que saibam extrair das evidências científicas informações válidas e aplicáveis à rotina profissional. A partir desta premissa, é deixado muito claro, que o fazer fisioterapêutico torna-se mais confiável e, consequentemente, mais eficiente se estiver atrelado à ciência. O professor relatou como contra-exemplo o caso da



formação em microfisioterapia<sup>7</sup> – comercialmente esta é interessante para o fisioterapeuta, mas inviável do ponto de vista das evidências.

O professor circunscreve, para evitar comparações, a abrangência do conteúdo da sua disciplina, alertando que o campo da saúde coletiva, por exemplo, trabalha com terminologias e procedimentos próprios de pesquisa. Este posicionamento afasta argumentações desnecessárias com estudantes a respeito de projetos e monografias com abordagens metodológicas distintas do seu universo de trabalho. Aparentemente, não existe interesse direto de interação desta disciplina com outras da matriz curricular, inclusive com seus próprios desdobramentos no eixo da pesquisa científica.

A despeito do esforço para incutir mais cientificidade à rotina clínica dos estudantes, o professor constata dificuldades para isso, como por exemplo, a utilização ainda constante de livros como fontes principais de consulta, o que empobreceria a formação, pois as informações poderiam estar defasadas. Nesse sentido, observa-se que as discussões de casos clínicos tornaram-se infrutíferas. Primeiro pelo comportamento de passividade crescente dos estudantes e segundo pela ausência de pensamento crítico. O professor apercebe-se que talvez a incorporação de metodologias ativas resolvesse algumas destas dificuldades, mas assume que não buscou treinamento para poder empregá-las, portanto não representam uma opção de escolha.

A observação de campo desta disciplina atingiu rapidamente seu ponto de saturação. Acompanhei temas que foram interessantes, que passaram por questões éticas, pelas burocracias dos comitês de ética, brevemente pela interdisciplinaridade e pela importância da escrita científica. No que tange a escrita, achei interessante a crítica do professor na utilização de citações diretas nas pesquisas qualitativas. De certa forma, acredito que a minha presença tenha causado alguma interferência – não somente nesta disciplina, como nas outras, o que era esperado – pois pareceu que o discurso deste professor sobre pesquisa qualitativa não se mostrou na sua totalidade.

De modo geral, o professor não está convencido de que o currículo vigente melhorou a qualidade do ensino-aprendizagem na fisioterapia, considerando a

---

<sup>7</sup> É uma técnica de terapia manual que identifica a causa primária de uma doença ou sintoma, estimulando a autocura por meio de palpações mínimas. Estas procuram eliminar memórias corporais consideradas patológicas no nível celular.

problemática do estágio curricular, para ele peça principal da formação, como negligenciadas. Relata-se que a ausência de obrigatoriedade dos plantões antes realizados durante o estágio curricular, representou um retrocesso educacional, porque enriquecia de maneira complementar a formação prática. Segundo o professor o curso de fisioterapia está perdendo sua principal “muleta”.

Para os que aprovaram a retirada dos plantões acadêmicos, a medida representou a geração de empregos e reconhecimento profissional dentro da Instituição. Além desse fato, atualmente o estágio curricular segue o calendário acadêmico, diferente do currículo anterior, que dava início às suas atividades no primeiro dia de janeiro de cada ano e terminava no último dia de dezembro do ano corrente. Devido à redução das cargas horárias dos estágios, o professor afirma que a construção do raciocínio clínico é interrompida durante o processo, tornando-se impossível reabilitar um paciente acompanhando-o pelas diferentes fases da doença.

A sensação de perda de espaço, devido à redução do tempo que se permanece em cada campo de estágio, agravou-se com a criação do estágio em saúde coletiva na subdivisão do que o professor tem considerado como pouco. O professor posiciona-se firmemente quando relata que o estágio em saúde coletiva precisaria rever seus princípios norteadores e operacionais. Acrescenta ainda que isto não é uma opinião isolada, “reclamações” chegam partindo, inclusive, dos próprios estudantes.

A observação desta disciplina trouxe-me a reflexão de que a propalada mudança curricular pudesse ser somente uma adaptação estrutural, na qual as modificações, pequenas e isoladas, quase não afetaram o curso no seu todo, comparativamente ao currículo anterior.

### **3.2 Keele University – Estudo 2**

A *Keele University* é o lugar do novo e do antigo. Sua localização privilegiada conta com belos parques, lagos e bosques. A área já esteve ocupada por uma ordem militar, chamada *Knights Templar*, porém originalmente foi parte do patrimônio de uma tradicional família inglesa desde o século XVI. O marco

representativo do lugar é o *Keele Hall*, prédio que foi construído em 1560, constando na lista das estruturas arquitetônicas históricas mais importantes do país.

Em termos espaciais é uma das maiores universidades da Inglaterra, entretanto, é uma das menores em números de estudantes, sendo ainda pouco conhecida. Com uma excelente infra-estrutura os estudantes consideram-se satisfeitos nas pesquisas internas. São disponibilizados para os ingressantes mais de 3000 quartos dentro do próprio campus. As facilidades favorecem uma rápida adaptação, tanto de ingleses como de estrangeiros, tornando agradável a experiência acadêmica. Perto do prédio da união estudantil estão agrupados minimercados, restaurantes, cafés, bares, livrarias e agências bancárias. Contam ainda com centros de saúde e esportes, além de espaços de exposição para trabalhos acadêmicos e de artes. As bibliotecas ocasionalmente funcionam por 24 horas nos períodos de exames.

A minha chegada coincidiu com o início das aulas, portanto com aquele alvoroço da recepção de calouros. O processo de internacionalização da universidade tem como população-alvo os asiáticos, principalmente chineses. O suporte para estrangeiros é intensivo, passando da matrícula, organização dos vistos, suporte psicológico, integração por meio dos clubes estudantis, aprimoramento da língua inglesa por meio de cursos, até a possibilidade de manutenção das práticas culturais e religiosas.

O curso de fisioterapia compartilha sua locação predial com outras graduações da área de exatas. Os funcionários administrativos e técnicos da fisioterapia estão em salas distribuídas pelo andar térreo. Os professores, geralmente, têm salas individuais ou compartilhadas, distribuídas nos andares acima, porém três professores usufruem do espaço térreo, como o meu coorientador<sup>8</sup> inglês, cujos estudantes de doutorado estão exatamente numa sala à frente da sua, favorecendo uma relação de contato bastante próxima para acompanhamento dos trabalhos.

Os funcionários são muito atenciosos com os doutorandos, que recebem tratamento diferenciado em relação aos mestrandos. Aparentemente, os doutorandos contam com uma comunicação mais direta, recebendo algumas

---

<sup>8</sup> Oficialmente são três coorientadores ingleses, um bioengenheiro indiano [tem o título de *Professor* desde 2011] e duas fisioterapeutas inglesas [*Director of Undergraduate Studies* e *Head of School*], sendo que uma delas aposentou-se durante a minha estadia nesta Universidade.

facilidades, como acesso às dependências para a utilização de recursos diversos. De modo geral, qualquer necessidade relacionada à pesquisa recebe atenção rápida, o que me trouxe a sensação de valorização de ser um pesquisador, o que melhora a relação de ligação do estudante com a Instituição.

O coorientador inglês, pelo que pude perceber a partir dos diálogos que travamos, praticamente introduziu a pesquisa no departamento de fisioterapia. Conseqüentemente, tornou-se muito respeitado, tendo um grupo de pesquisa considerado importante pelos pares. Os temas de pesquisa desenvolvidos pelos orientandos de doutorado são ecléticos, não existindo uma delimitação rígida de área de preferência, o que me deixava um pouco angustiado, porque eu esperava encontrar mais pessoas com temas similares à minha tese. O discurso científico estava mais presente no coorientador inglês que nos professores fisioterapeutas, que tinham perfis mais clínicos.

Um programa de mestrado em reabilitação é oferecido pelo curso de fisioterapia cujas características nos remetem aos cursos de especialização brasileiros. O mestrado deles está voltado, aparentemente, mais para a vida profissional e sem relação direta com a perspectiva de carreira acadêmica. No mestrado os estudantes aprendem técnicas e seus projetos de pesquisa monográfica quase sempre são desenvolvidos com intervenção terapêutica. Com essa configuração, do mestrado parecer uma especialização, as salas de aula apresentam, talvez por isso, elevado número de estudantes.

Como observação aleatória, fui informado que no doutorado, quando um projeto de pesquisa dispõe de financiamento do sistema público de saúde para ser executado, um médico é automaticamente incorporado à pesquisa para realizar orientação, como contrapartida exigida pelo sistema. Professores sem o título de doutor, mas com notório saber na área, são autorizados a lecionar nos programas *stricto sensu*.

Eu convivia rotineiramente com quatro pesquisadores, dos quais três eram fisioterapeutas; dois ingleses e um grego, estes graduados na Inglaterra. O quarto pesquisador era árabe com formação em educação física obtida no seu próprio país de origem. Os pesquisadores fisioterapeutas mostraram-se excelentes interlocutores, porque me inteiravam da estrutura da profissão no mercado de trabalho e da dinâmica educacional como um todo.

O fisioterapeuta depois de graduado passa a integrar um quadro de classificação, que define níveis de conhecimento e habilidades profissionais, chamados de *bands*. Os recém-formados começam pela *band five (Junior)* e conforme a progressão na carreira podem alcançar a *band eight (Management or Senior)*. Quando a fisioterapia estava em alta como profissão no mercado de trabalho, os profissionais formados tinham a expectativa natural de serem absorvidos pelo sistema público de saúde. Com as mudanças econômicas, os empregos nesta esfera diminuíram, tornando-se difícil, atualmente, encontrar vagas nos níveis gerenciais. Contudo, a iniciativa privada tem crescido.

Acredito que minha presença provocou ansiedade no curso de fisioterapia, porque o coorientador inglês esperava, de maneira explícita, que a minha pesquisa gerasse parâmetros de avaliação da mudança curricular pela qual estavam passando. A primeira turma de fisioterapia, sob o novo currículo, estaria se graduando no semestre seguinte a minha estadia. Essa situação de avaliação, aparentemente isentava o professorado de atritos, porque talvez isentasse alguém interno de apontar problemas, por isso talvez fosse mais fácil creditar valor na neutralidade do papel do avaliador, o que é levado muito à sério na Inglaterra.

Uma avaliação externa atendia também as angústias decorrentes dos procedimentos que envolvem as mudanças curriculares naquele país como um todo, porque elas desencadeiam tensões relacionadas à expectativa de quais serão as próximas exigências educacionais a serem cumpridas. Por isso, eu considerei que a preocupação com o fator tempo era bastante genuína, porque é importante identificar, diante das operacionalizações vigentes, o que é exequível de fortalecimento. Os acertos informariam parcialmente a amplitude da próxima mudança pela manutenção dos seus sucessos.

Na tentativa de acelerar o “processo avaliativo” (para mim era a observação de campo), repassaram-me os projetos pedagógicos do curso de diferentes anos, permitindo inclusive acesso intranet de alguns arquivos do departamento. Devido à quantidade de dados, tive que aplicar um filtro, porque tudo aquilo estava além da minha capacidade de absorção rápida, tendo em vista ainda o tempo muito exíguo do meu estágio para poder sistematizá-los. A organização e a praticidade, misturados com muita prestatividade me impressionavam e, facilitava a minha coleta de dados. Desta forma, encaminhei-me rapidamente para as entrevistas com os professores ingleses, porém tive a impressão de que eu precisava de uma

adaptação mais prolongada ao contexto, em termos da língua e da rotina, o que exigiu muita flexibilidade.

Essa situação (que não levava em conta a minha proposta etnográfica) sugeria que eu estava realizando duas pesquisas simultaneamente, porque meu planejamento antes de sair do Brasil era somente a observação do contexto inglês, bem diferente do andamento encaminhado pelo coorientador inglês com a minha chegada, o que resultou em resistências da minha parte. Com o passar do tempo, este dilema foi efetivamente superado, prevalecendo a negociação e o diálogo. Contudo, o recorte teórico da minha tese, que lança mão dos conhecimentos das ciências sociais e da antropologia não mobilizou definitivamente nenhum interesse inglês. A questão permanecia na esfera educacional propriamente dita.

Com o roteiro de entrevista brasileiro adaptado para o inglês, comecei, então, o agendamento dos encontros. A falta de um piloto não prejudicou a pesquisa, entretanto ajustes mínimos ocorreram dinamicamente conforme se percebia que algumas questões poderiam não fazer sentido. Apesar da barreira lingüística inicial, considerando ainda o tempo curto que tive de adaptação, as entrevistas foram bem acolhidas e transcorreram tranquilamente, sendo a única ressalva o tempo de duração, que deveria ser respeitado e que fora acordado que seria de 30 minutos no máximo.

Nas entrevistas os professores foram polidos, sempre com respostas muito objetivas, aparentemente escolhendo as palavras cuidadosamente, deixando a conversa fechada, sem abertura para desdobramentos. O panorama descrito pelos professores era muito achatado, dando a impressão de total ausência de conflitos. Dificilmente se escutava alguma queixa explícita e o comportamento parecia demasiadamente político. Questionei o coorientador inglês sobre essa situação e, sua resposta fundamentou-se unicamente no fato de que houve um período específico para discussões sobre o currículo, então reclamações que tendem a surgir como insatisfação pessoal, mesmo que não sejam, devem ser encaradas com cautela. A partir da implantação, os esforços devem ser concentrados no sucesso das decisões tomadas naquele período.

A construção do currículo vigente foi antecedida por um *survey* de caráter regional, com o intuito de identificar quais eram as especialidades fisioterapêuticas que dominavam o mercado, para subdividir a carga horária total do currículo nos eixos. A fisioterapia musculoesquelética considerada dominante recebeu a maior

parte da carga horária, o que não agradou certos professores. Pela análise dos fatos, talvez este seja um dos motivos da falta de adesão às discussões sobre o currículo naquele país antes da sua implantação. Contribuindo para a falta de adesão, a ausência de dedicação exclusiva de uma parte do professorado, que poderia ainda residir distante e, por isso não compareciam as reuniões, já que não coincidia com os dias que lecionavam.

Para a maioria dos professores, o currículo apresenta uma configuração bastante enxuta, o que lhes dá ocasionalmente a impressão de um ensino superficial, primeiro pela restrição do tempo e, segundo porque os temas condensaram-se para que os eixos pudessem acontecer, perfazendo a integração de conteúdos. Esta integração pretende formar um fisioterapeuta que resolva problemas a partir da associação de múltiplos conhecimentos. Fato que encontrou respaldo do sistema de saúde público deles, porque fornece para a sociedade um tipo de profissional que trabalha também com orientações terapêuticas, pretendo tornar o paciente mais independente e responsável pela própria saúde. Esse princípio está calcado nas mudanças econômicas e sociais inglesas, que forçaram a redução do número de sessões de fisioterapia dadas.

Os professores entenderam que essas articulações confluíram para a valorização do raciocínio clínico no currículo em detrimento das habilidades manuais. Como alternativa para esse problema, reprogramaram para o primeiro ano do curso, a disciplina de recursos terapêuticos manuais, para incentivar o tocar e o sentir entre os estudantes, buscando ampliar a idéia de contato físico para facilitar o aprendizado subsequente de outras técnicas. Para alguns professores esta medida não modificou substancialmente a situação atual, de que o currículo vigente enfatiza mais a teoria, sendo insuficiente para dar conta de um aspecto estrutural da matriz curricular.

Os métodos de avaliação de desempenho dos estudantes também é tema de discussões entre os professores, que ainda não encontraram um consenso a respeito. Diante de um modelo curricular que prioriza a integração de conteúdos, parece inadequado verificar o aprendizado por meios tradicionais. A defesa de caso clínico avaliada por banca de professores mostrou-se como alternativa de avaliação, pois oportuniza um ambiente de argumentação benéfico para o estudante. Contudo, eu soube através de estudantes, que os professores mantêm um distanciamento

calcado na autoridade, o que não estimula qualquer confrontação dos estudantes, inclusive nas bancas.

Minha análise prévia aponta que a inovação do currículo inglês, além da criação dos eixos, é a aproximação do eixo *Health and Wellbeing* de uma perspectiva mais humanista para a formação através de características assemelhadas à disciplina de saúde coletiva brasileira. Porém, não é um elemento forte da matriz curricular, tanto que poucos professores quiseram assumir responsabilidades relacionadas a este eixo.

Os eixos ingleses pretendem, assim como os eixos brasileiros, a integração de conteúdos. A diferença é que o ensino inglês tende a ser bloqueado, porque as disciplinas que existiam foram absorvidas pelos eixos, sendo as aulas ministradas por temas. Os eixos brasileiros são compostos por disciplinas específicas, portanto não englobam a matriz curricular. O coordenador inglês afirmou que o ensino bloqueado impede uma comunicação eficiente dos eixos entre os diferentes anos de formação (verticalidade). No caso brasileiro, a comunicação também está afetada e o isolamento parece ser ainda mais profundo, tanto horizontalmente (entre disciplinas da mesma série) como verticalmente (com disciplinas de séries diferentes).

Conversei também com um fisioterapeuta, professor aposentado desta instituição, que foi o responsável por apresentar o campo da fisioterapia para o coordenador inglês. Primeiramente, o mesmo relatou que as coordenações dos serviços de fisioterapia na Inglaterra estiveram historicamente ligadas à enfermagem e que o treinamento do fisioterapeuta envolvia a arrumação de camas e a troca de roupas de pacientes. Na concepção deste professor, a associação da fisioterapia com a enfermagem estigmatizou o trabalho do fisioterapeuta como um cuidado feminino. Para ele, a fisioterapia perdeu seu poder atrativo dentro da área médica, quando a área da farmácia mostrou-se mais promissora economicamente.

Durante o estágio de doutorado sanduíche, procurei o máximo da interação possível, buscando o entendimento das práticas que envolvem o ensino de fisioterapia naquele país. Não houve a etnografia de disciplinas inglesas porque elas não existem, são desenvolvidos temas predeterminados, que se articulam dentro dos eixos e vão adquirindo profundidade através dos anos, conforme mencionado anteriormente, por isso não foi possível correlações diretas. Circular livremente,



buscando absorver o contexto, trouxe uma experiência mais apurada, que resultou na extração de dados valiosos para a minha pesquisa.

Encerrei minha estadia nesta universidade com duas apresentações formais. A primeira somente para os coorientadores e a segunda para coorientadores, professores e estudantes. A possibilidade de debater meus achados foi essencialmente proveitosa, porque permitiu ratificar alguns dos meus achados e, que serão expostos no capítulo da discussão da tese.

## CAPÍTULO 4

### DISCUTINDO A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

Não sejas nunca de tal forma que não possas ser  
também de outra maneira.  
[...] E não perguntes quem é  
aquele que sabe a resposta,  
nem mesmo a essa parte  
de ti mesmo que sabe a resposta,  
porque a resposta  
pode matar a intensidade da pergunta  
e o que se agita nessa intensidade.  
Sê tu mesmo a pergunta.

(JORGE LARROSA)

Nesta tese, a compreensão da formação do fisioterapeuta, começou com a concatenação de temas na fundamentação teórica, que objetivou evidenciar as variáveis que constituem o desenvolvimento de uma profissão moderna, e que influenciaram dinamicamente a construção das matrizes curriculares. Depois vieram as observações dos campos – a coleta de dados – que enriqueceram extraordinariamente a pesquisa, porque transformaram as suposições levantadas em entendimentos concretos, consubstanciados pelas representações dos agentes.

A busca da fisioterapia por legitimação acadêmica trouxe-nos a missão de perscrutar a natureza do seu corpo de conhecimentos, no qual o movimento de humanização no campo da saúde desencadeou a identificação das tensões entre teoria e prática e, o reconhecimento da constituição do seu objeto no âmbito das

naturezas-culturas. Insistimos, portanto, que as técnicas fisioterapêuticas expressam as características dos hibridismos, tendo em vista que a técnica, aparentemente no domínio da natureza, nada mais é do que uma elucubração bastante humana, portanto histórica e cultural. Porém, não só a técnica: também os males ganham sentindo dentro dos códigos da cultura.

Neste capítulo aprofundi a discussão sobre a formação do fisioterapeuta, considerando à luz dos dados empíricos, as entrevistas realizadas com os professores das instituições participantes, resultando na elaboração de um quadro de análise (Quadro 6), que delineou a construção de uma narrativa acerca dos discursos que envolvem o ensino de fisioterapia no âmbito das transformações no campo da saúde.

**Quadro 6 – Categorias, subcategorias e unidades temáticas**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades temáticas</b>
Perfil profissional: entre currículos, diretrizes e projetos pedagógicos	Híbridos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ As diretrizes curriculares</li> <li>▪ Os projetos pedagógicos</li> </ul>
Campo de poder: entre interesses, limites e possibilidades das estruturas curriculares	Híbridos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ As disputas internas</li> <li>▪ As diferenças de capitais</li> </ul>
Integração curricular: a valorização das misturas na formação do fisioterapeuta	Híbridos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por uma epistemologia<sup>9</sup> própria</li> <li>▪ Eixos de conhecimentos</li> </ul>

O currículo, como objeto de estudo, norteou a construção do Quadro 6. As leituras apontaram, por saturação, as unidades temáticas, que inspiraram consequentemente as categorias temáticas principais. Os híbridos apareceram como

<sup>9</sup> A idéia de epistemologia que norteia este estudo se vale da crítica à perspectiva tradicional que confere um estatuto epistemológico especial à ciência, considerando-a imune às influências do contexto social. Assim, consideramos a prática científica pela ótica da Sociologia do Conhecimento, inserida em um repertório social complexo e amplo, como os outros tipos de conhecimento, envolvendo diferentes processos de mediação cultural (ALBUQUERQUE, 2003).

subcategorias que permeiam, direta ou indiretamente, a discussão, na medida em que foram a motivação desta pesquisa. As categorias temáticas principais foram desenvolvidas considerando-se também a lógica do arcabouço teórico proposto no capítulo dois.

A primeira categoria temática foi denominada de **Perfil profissional: entre currículos, diretrizes e projetos pedagógicos** e, analisou as características e atribuições do perfil profissional do fisioterapeuta. Resgatou-se teoricamente a definição de currículo, passando pelas diretrizes curriculares nacionais e pelos projetos pedagógicos. O encadeamento destas informações comunicou as representações do perfil profissional contidas nos discursos dos entrevistados. Observou-se, portanto, que as matrizes curriculares estão impregnadas por pressupostos, que ora coincidem ou não com as propostas originalmente documentadas.

A segunda categoria, que chamamos de **Campo de poder: entre interesses, limites e possibilidades das estruturas curriculares**, vem na esteira da primeira, como um afunilamento, problematizando as dificuldades dos agentes em relação à operacionalização da estrutura curricular. Se os compromissos documentais assumidos tendem a divergir dos resultados encontrados, pela modificação de trajetórias, compreende-se então, que o campo envolve tensões complexas, continuamente produzidas. Portanto, com estas premissas, procuramos identificar disputas, resistências e acomodações, tentando distinguir as diferenças de capitais que terminaram no currículo.

A terceira e última categoria, designada como **Integração curricular: a valorização das misturas na formação do fisioterapeuta** condensa de alguma maneira, as expectativas de explicar o conhecimento fisioterapêutico como alicerçado pelo conceito de híbrido. Este enfoque nos aproximou de trabalhos comprometidos com esta busca epistemológica, servindo de contraponto argumentativo. A integração curricular expõe a inevitabilidade da interação dos conteúdos disciplinares, que adquirem profundidade e amplitude, porque são complementares, porque são misturas, que favorecem sobremaneira uma terapêutica mais adequada para o homem.

#### 4.1 Perfil profissional: entre currículos, diretrizes e projetos pedagógicos

Para compreender o que é um currículo é necessário atenção às práticas que expressam seu desenvolvimento estrutural e organizativo – o conjunto de significados que lhe conferem forma, revelando posições filosóficas, científicas, pedagógicas e sociais, que são traduzidas em diretrizes. Existem muitas teorias e discursos sobre o currículo que geram caracterizações coincidentes, por isso intencionamos somente apresentar o escopo mais essencial e pertinente a este trabalho, porque o que nos interessa é desvendar como o currículo articula as condições de produção da prática fisioterapêutica, considerada híbrida.

Segundo Santomé (1998) o modelo linear disciplinar é a maneira mais tradicional de organizar conteúdos dentro da matriz curricular, visando alcançar classificações dentro de modelos de coerência, que fornecem concretude às disciplinas, passando a pretender ser a representação da experiência e do conhecimento humano. O objetivo do modelo linear disciplinar é transformar o pensamento em ações para intervir na realidade, o que é praticamente um objetivo compartilhado entre diversos modelos curriculares.

A configuração linear disciplinar é criticada como currículo quebra-cabeças, porque os conteúdos se apresentam isolados, evidenciando um afastamento dos agentes em relação ao projeto curricular. Desta maneira, o conhecimento se operacionaliza por fragmentos, dentro de uma estrutura fechada, acarretando compreensão incompleta das relações que o conteúdo estudado mantém com outras dimensões, levando os estudantes a enxergar determinada disciplina como um conhecimento autônomo e aparentemente sem compromissos com a realidade (SANTOMÉ, 1998).

Para Lopes e Macedo (2011) o modelo de elaboração curricular que influenciou predominantemente o Brasil é o modelo curricular de Tyler, que tem relação com o modelo linear disciplinar. Tyler escreve que a elaboração de currículos deve partir da análise aprofundada da realidade e da opinião de especialistas sobre quais são os conhecimentos essenciais das suas áreas que poderiam compor a matriz curricular. As mudanças esperadas nos comportamentos dos estudantes definiriam os objetivos, ultrapassando a questão dos objetivos

restringidos por roteiros de conteúdos. Neste contexto, a concepção de aprendizagem envolve interação ativa dos estudantes com o ambiente.

A organização das experiências acadêmicas aconteceria horizontalmente entre áreas, através do tempo, sendo este último o componente vertical da organização. Pressupõem-se, a partir desta organização os princípios da continuidade, seqüência e integração de conteúdos. Os dois primeiros princípios são encarregados pela retomada das experiências, dados em graus variados de dificuldade através das diferentes fases do currículo, o que caracterizaria o componente vertical. O princípio da integração solicita do componente horizontal a interação das experiências vividas dentro de uma mesma fase curricular, favorecendo a percepção de unidade (LOPES, MACEDO, 2011).

Sacristán (2000) identificou quatro orientações teóricas principais que norteiam o currículo: 1) O currículo como soma de exigências acadêmicas – centrado nos conteúdos como resumo do saber e formalizado em disciplinas especializadas; 2) O currículo como base de experiências – preocupado com os processos educativos, as necessidades dos estudantes e o desenvolvimento psicológico, humanista e social; 3) O currículo como legado tecnológico e efficientista – considera o currículo como objeto a ser manipulado tecnicamente (Tyler, mencionado anteriormente, é o representante principal desta orientação); 4) O currículo como configurador da prática – focado na dialética teoria-prática, propondo maior autonomia de modelamento da prática, no qual o currículo é um instrumento emancipatório, intermediário e mediador entre o ensino e as práticas sociais.

Esta última orientação teórica leva-nos a problematizar a integração curricular, que segundo Lopes e Macedo (2011), são encaminhadas, entre outras maneiras, através das modalidades de currículo por projetos e temas transversais, além de propostas que suscitam a interdisciplinaridade dentro de matrizes curriculares tradicionais. O currículo por projetos busca o desenvolvimento de habilidades e atitudes para aplicação prática. Os conteúdos trabalhados são correlacionados, fazendo o conhecimento emergir dos estudantes. O currículo por temas transversais utiliza assuntos que atravessam disciplinas mantidas em eixos longitudinais, porém não se exclui conteúdos tradicionais. O currículo interdisciplinar valoriza a individualidade disciplinar, porém tendo como foco as inter-relações de temas comuns, pretendendo o favorecimento do processo de autodescoberta dos estudantes.

Signorelli et al (2010, p. 336-337) sintetizaram, na minha opinião, a perspectiva da integração curricular, expressando, em parte, os anseios das outras modalidades anteriormente descritas, pela caracterização da aprendizagem por projetos:

Neles os conteúdos necessários à formação discente emergem de um todo unitário da própria situação em estudo. Sem fragmentação disciplinar, são direcionados por uma motivação intrínseca: o seu desejo que “o move a desenvolver o seu projeto”. Cabe ao docente problematizar, mediar e orientar, provocando a tomada de consciência sobre os conceitos implícitos nos projetos e sua respectiva formalização. Importante mencionar que os projetos de aprendizagem articulam-se com os outros eixos curriculares, permitindo modificações temáticas [...], de acordo com demandas da sociedade e dos projetos que cada estudante/turma desenvolve ao longo do curso. [...] E finalmente, mas não menos importante, é digno considerar que a estratégia de aprendizagem por projetos é capaz de agregar sem dicotomias a tríade ensino-pesquisa-extensão na formação do fisioterapeuta.

Beane (2003) compreende que a integração curricular não busca a categorização das atividades acadêmicas em áreas disciplinares. O conhecimento, na perspectiva da integração curricular, assumiria propósitos imediatos e, os questionamentos sobre a razão de determinadas habilidades e competências são respondidos com o argumento de que não se trata de uma preparação somente para o futuro, mas são necessidades a serem preenchidas no presente. Esta compreensão conduziu Beane (2003, p. 94) a discorrer sobre uma possível maneira de operacionalizar a integração curricular, que me remeteu a perspectiva dos eixos estudados nesta tese:

Os seus centros organizadores [do currículo integrado] são os problemas significativos ou temas que ligam o currículo escolar com o mundo em geral. Os centros organizadores servem como contexto para unificar o conhecimento. O conhecimento por sua vez, desenvolve-se conforme é aplicado instrumentalmente para explorar os seus centros organizadores. Organizado deste modo, o currículo e o conhecimento que este abarca são mais acessíveis e mais significativos para os jovens e, conseqüentemente, tendem a ajudá-lo muito mais a expandir e aprofundar a compreensão de si próprios e do seu mundo.

As matrizes curriculares analisadas nesta tese apresentam configurações muito particulares (interagem com outras variáveis), não se encaixando perfeitamente nos modelos relatados. A princípio, utilizam aproximações ou

adaptações específicas de cada proposta, constituindo identidades próprias. Não caberia, portanto, impor uma classificação fechada, na medida em que é possível apreender elementos característicos de diferentes modelos nas suas matrizes curriculares.

Apesar disso, considerando essas premissas, verificamos que o modelo linear disciplinar representa, estruturalmente melhor, a matriz curricular do curso de fisioterapia da UEL. Dentro de uma vertente tradicionalista, suas disciplinas anuais estão compartimentalizadas em séries, engessando a comunicação disciplinar. Operacionalmente os eixos não modificaram a estrutura previamente estabelecida, porque aparecem, pela minha análise, absorvidos por ela, sendo seu fio condutor muito frágil e esmaecido. Os eixos oferecem à matriz curricular da UEL um resquício de semelhança com modelos de integração curricular.

A *Keele University* declara oficialmente que sua matriz curricular está estruturada metodologicamente considerando a noção de *spiral curriculum*, que enuncia o objetivo de revisitar temas subseqüentemente, pressupondo adicionar profundidade e amplitude de conhecimento. Para este objetivo e, segundo os modelos relatados, utilizam o currículo por temas transversais. Os eixos que propuseram parecem mais concretos na ação horizontal (na mesma série), no sentido de que a comunicação entre os temas especializados das disciplinas também parecem acontecer, favorecendo o processo de integração.

A minha análise também aponta que ambas as matrizes curriculares expressam hibridizações. A matriz curricular da UEL tenta responder as demandas do movimento de humanização do campo da saúde, encontrando na construção dos eixos disciplinares, uma forma de minimizar as fragmentações, deixando explícitas as junções híbridas (articulação de conteúdos). A matriz curricular da *Keele University* não deixou nítido que o movimento de humanização tivesse desencadeado alguma influência sobre a configuração estrutural da sua matriz. Por outro lado, os eixos desempenham comportamento bastante parecido com a UEL, quando tentam a minimização dos reducionismos científicos articulando os conteúdos para integrar.

O currículo torna-se um espaço de cruzamentos, de mesclas, que são capazes de produzir e expressar algo novo, marcas originais com peculiaridades próprias. Os eixos nas matrizes curriculares pretendem melhorar o ensino-aprendizagem, inter-relacionando conteúdos práticos e teóricos durante o percurso



da formação, interligando os pólos biológicos e humanos, integrando discursos concorrentes, revelando não ser nem isto ou aquilo, mas transformando-se em tanto isso, quanto aquilo (JESUS, 2012).

No que tange à análise das DCN (BRASIL, 2002), elas são definidas como normas gerais a serem adotadas por instituições de ensino na estruturação dos projetos pedagógicos dos cursos. Segundo Teixeira (2012), o perfil de graduação dado pelas DCN (BRASIL, 2002) descentralizou a formação do fisioterapeuta, que estava focada nas técnicas curativas das especialidades. O perfil atual busca uma formação generalista e humanista, a partir de conteúdos mais amplos, privilegiando uma identidade profissional crítica e reflexiva, o que prepararia melhor para atuar no processo saúde-doença.

As DCN (BRASIL, 2002) apontam as habilidades e competências gerais, constituintes dos requisitos para o exercício profissional. Salientamos, a seguir, considerando a presente categoria de análise, os tópicos mais pertinentes à discussão:

- **Atenção à saúde**

É descrita como aptidão para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, de maneira integrada, analisando e propondo soluções para problemas sociais com serviços de qualidade;

- **Tomada de decisões**

Definido como a capacidade de tomar decisões visando eficácia e custo-efetividade na utilização de recursos, sejam eles, materiais ou operacionais, avaliando e sistematizando a partir das melhores evidências científicas;

- **Comunicação**

Envolve a acessibilidade e confidencialidade das informações na interação com diferentes agentes, podendo ser estabelecida de maneira verbal ou escrita. Espera-se domínio de tecnologias de comunicação;

- **Liderança**

Refere-se principalmente ao desempenho das funções de liderança, que envolve compromisso, responsabilidade e empatia. Valendo-se ainda, das atribuições mencionadas nos tópicos;

- **Administração e gerenciamento**

O ponto principal deste tópico é a possibilidade de pensar o profissional fisioterapeuta como empreendedor ou gestor, tomando iniciativas diante das forças de trabalho e recursos disponíveis;

- **Educação permanente**

Tem a ver com o engajamento continuado de capacitação, renovação e atualização dos conhecimentos para a melhoria das atividades teóricas e práticas da profissão.

As DCN (BRASIL, 2002) definem também as competências e as habilidades específicas:

- Reconhecer a saúde como direito, atuando de forma multi, inter e transdisciplinar, para oferecer condições dignas de vida, garantindo a integralidade da assistência;
- Realizar consultas, avaliações e reavaliações, estabelecendo diagnóstico, condutas e prognóstico cinético-funcional, decidindo pela alta fisioterapêutica, podendo emitir documentos como laudos, pareceres, atestados e relatórios;
- Conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da fisioterapia, os modelos de intervenção e técnicas de investigação para elaboração de trabalhos científicos.

Os conteúdos essenciais devem estar relacionados com a realidade epidemiológica, dentro dos eixos de conhecimento das ciências biológicas e da saúde, das ciências sociais e humanas, conhecimentos biotecnológicos e conhecimentos fisioterapêuticos. Não sendo acaso que estes são exatamente os mesmos eixos que fazem parte do PPP da UEL (2005), o que lhe garante a legalidade da sua proposta de matriz curricular, pela vinculação explícita com as DCN (BRASIL, 2002).

O AQP (CSP, 2010), por sua vez, define os princípios sob os quais os cursos de fisioterapia devem fundamentar seus programas em face das mudanças e necessidades do sistema de saúde, promovendo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, comportamento e valores. Concomitantemente, caracterizam-se também os meios para atingir estes objetivos, firmando bases do crescimento profissional. As mudanças inserem na formação a capacidade de adaptação a novos cenários e formas de trabalho. Os princípios não são regras fixas, os cursos podem propor soluções apropriadas às condições regionais, encorajando a inovação do ensino.

No caso da *Keele University*, vários tópicos são sugeridos pela sua AQP (CSP, 2010) para serem considerados nas estruturações dos cursos de fisioterapia na Inglaterra. Muitos dos tópicos guardam semelhança com os tópicos sobre habilidades e competências das DCN (BRASIL, 2002), como por exemplo: o papel da fisioterapia na saúde pública, medidas de qualidade e evidência, reabilitação para o trabalho, comunicação e trabalho de equipe multidisciplinar, liderança e tomada de decisão, envolvimento do usuário dos serviços, gerenciamento de risco, papel da fisioterapia no envelhecimento populacional, uso de tecnologias, educação interprofissional, habilidades de empreendimento e negócios e marketing.

No total são nove princípios dados pela AQP (CSP, 2010) para nortear as matrizes curriculares de fisioterapia, assegurando qualidade de funcionamento dos cursos:

- ***Programme outcomes***

Refere-se ao desenvolvimento do conhecimento, das habilidades, dos comportamentos e valores exigidos pela prática fisioterapêutica do formando, incluindo neste sentido o desenvolvimento e a prática profissional em longo prazo;

- ***Programme design***

Envolve flexibilidade, no qual as necessidades locais determinarão as decisões em relação à configuração do curso, dentro dos limites nacionais acordados;
- ***The learning process***

Comenta sobre o processo de aprendizado experienciado, que deve preparar os estudantes para a prática profissional, promovendo aprendizado continuado, permitindo adaptação aos desafios e oportunidades;
- ***Learning, teaching and assessment strategies***

Escreve que as abordagens de aprendizado, ensino e avaliação devem ser adotadas com o objetivo de facilitar o desenvolvimento de habilidades cognitivas em alto nível;
- ***Interprofessional education***

Como o próprio princípio enuncia, descreve-se nele a importância da criação de oportunidades para o aprendizado interprofissional, tanto no ambiente da universidade como fora dele, lugares onde a prática acontece.
- ***Practice placements***

Este princípio prevê que cada estudante deve experimentar uma seqüência equilibrada de estágios acadêmicos, que representem uma gama variada de cenários, desta forma, acrescentando progressivamente mais competências;
- ***Models of practice***

Segundo este princípio, o curso deve estar baseado em modelos da prática fisioterapêutica centrados na pessoa, apropriados para os cenários nos quais os graduandos praticarão;

- ***Research, critical evaluation and appraisal***

Orienta para o suporte ao desenvolvimento de um profissional que seja questionador e avaliativo, que utilize o conhecimento para agregar evidências que melhorem a prática profissional;

- ***Resources and programme management***

Diz que as oportunidades de aprendizado devem ser mantidas por recursos que o viabilizem, contando com ajuda administrativa, permitindo e promovendo colaborações e avaliações por pares.

Segundo Fernandes et al (2005), diretrizes curriculares geralmente expressam o compromisso educacional com mudanças sociais, sem, no entanto, indicar estritamente os caminhos para atingir as transformações necessárias. Desta forma, as diretrizes curriculares para os cursos de fisioterapia desafiam criticamente o ensino centrado no hospital e na utilização de tecnologias, buscando através da valorização das relações humanas, estratégias de renovação da atenção na área da saúde.

Contudo, Meyer e Kruse (2003) alertam que discussões sobre a implementação de mudanças curriculares usualmente focam em respostas que não apresentem riscos a respeito dos conteúdos e de como serão transmitidos, de acordo com o nível de formação, fazendo as propostas permanecerem um pouco estanques, muito próximas do já existente, o que nos faria reproduzir, em grande medida, as mesmas verdades e situações.

Reforçando a comparação das DCN (BRASIL, 2002) com a AQP (CSP, 2010), constataram-se bastantes similaridades nos tópicos, quando estes definem suas habilidades e competências, que serão desenvolvidas e consolidadas durante a formação do fisioterapeuta. Novamente, são princípios que vieram com o processo de profissionalização e trabalham para assegurar (proteger) um espaço profissional no campo da saúde, pelo realce das suas delimitações. Os tópicos mostraram um percurso calcado em aprimoramentos, busca de prestígio e tradição, sendo possível perceber a valorização do saber do fazer nas suas entrelinhas.

Habilidades e competências são termos usualmente utilizados em complementaridade, com o intuito de evidenciar a capacidade de integrar

conhecimentos na resolução de problemas complexos, mantendo ainda conexões com as transformações do mundo. Esta complementaridade está empenhada na superação do ensino baseado na simples transmissão de procedimentos técnicos. Como estratégia operacional, tem se evocado a interligação da pesquisa com o ensino e a extensão, prevendo um processo dialógico destas dimensões, sem prescindir de qualidade e rigor científico. A solução de problemas com eficiência, percebendo melhor a realidade, trouxe nesta esteira, o conceito de interdisciplinaridade, bastante mencionado nas diretrizes, pois certificaria a integração. Por fim, subentende-se que as atividades complementares são fundamentais para a formação, pois estimularia os estudos e as práticas independentes, resultando numa avaliação formativa, priorizando e preservando os potenciais individuais (FERNANDES et al, 2005; MEYER; KRUSE, 2003).

Saindo das diretrizes e afunilando agora a discussão para os projetos pedagógicos dos cursos pesquisados, o PS (2012) da *Keele University* informa que tipo de profissional formará. De modo geral, expressa que busca um profissional independente e competente, capaz de iniciar e responder a mudanças, abraçando uma atenção de alta qualidade, segura, integrada e efetiva, mas principalmente, centrada no ser humano. Este profissional saberá sintetizar dados, sendo criativo na resolução de problemas, conseguirá se comunicar claramente, mantendo em observação as implicações sobre o entorno.

Considerando este preâmbulo, os objetivos gerais do PS (2012) da *Keele University* são:

- Fornecer conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que assegurem o melhor da prática fisioterapêutica, em termos de raciocínio clínico e tomada de decisões;
- Conscientizar sobre a importância da utilização de dados científicos na prática fisioterapêutica atrelada à melhora das condições de empregabilidade;
- Aprimorar o relacionamento interpessoal, do trabalho em equipe, promovendo o compromisso com o aprendizado continuado, que é

considerado característica-chave para o desenvolvimento profissional independente;

- Promover o trabalho interdisciplinar, favorecendo o desenvolvimento de habilidades de liderança, gerenciamento e empreendedorismo.

Como informado e descrito no capítulo dois, o curso da *Keele University* está estruturado em cinco eixos desenvolvidos em três anos de formação, que enfatizam a qualidade da atenção, tendo como modelo de saúde a prevenção de doenças, na qual se incentiva a autonomia e a responsabilização do doente sobre sua condição de saúde. Durante a formação, espera-se que os estudantes possam ter contato com as áreas principais da fisioterapia, para aprenderem a gerenciar sua prática, trabalhando em parcerias, quando necessário. Promoverá a equidade do tratamento, respondendo às necessidades dos pacientes e comprometendo-se com a prática baseada em evidências, ciente também das exigências que as mudanças impõem, o que o forçará a demonstrar e aplicar o conhecimento apropriadamente, além de fazê-lo entender os problemas que afetam a prática da fisioterapia.

O PS (2012) da *Keele University* intensifica os objetivos acadêmicos de formação evidenciando quais habilidades empregatícias gostariam de introduzir, desenvolver e avaliar, retomando tópicos definidos pela AQP (CSP, 2010). Procurando novamente evitar exaustivas repetições, informaremos aqueles que, apesar de similares, continuam contribuindo com esta discussão, de maneira agregada e resumida:

- Habilidade de usar as tecnologias de informação e comunicação efetivamente na escrita e na linguagem oral, adequada a uma variedade de públicos;
- Habilidade de criticamente revisar seu próprio trabalho, participando de discussões de grupo, comunicando ideais e apresentando informações, entendendo dados numéricos e cálculos, assim como sua significância;

- Habilidade de relacionamento interpessoal, sendo sensível às opiniões e aberto a negociações, consciente de como as ações são vistas pelos outros;
- Habilidade para resolver problemas, propor estratégias e implementar soluções, utilizando recursos manuais para localizar, acessar, avaliar e sintetizar informação;
- Ter habilidades de identificação e desenvolvimento de pesquisas, capacidade para realizar a pergunta da pesquisa, trazendo sua hipótese, construindo métodos para respondê-la e testá-la, respectivamente;
- Habilidade de autodidatismo, incluindo maturidade e capacidade de julgamento, auto-reflexão, auto-avaliação e autocrítica, para cuidar do desenvolvimento de alguém, considerando que seu aprendizado deve ser contínuo, para a vida toda.

O PPP da UEL (2005), por sua vez, anuncia que se constitui em instrumento de unificação das ações do curso, norteando o processo de ensino e aprendizagem com base nas DCN (BRASIL, 2002), compartilhando com o PS (KEELE, 2012) da *Keele University*, o desejo de formar profissionais tecnicamente competentes, comprometidos com o sistema de saúde e estimulados a manterem-se atualizados durante a vida profissional. Afirma-se, neste documento, que o processo de transformação curricular envolveu todos os professores e alunos do curso, para repensar a prática pedagógica, seus objetivos, pressupostos, possibilidades, limitações e implicações.

Mais especificamente, o PPP (UEL, 2005) define as características profissionais do egresso como aquele profissional que terá a capacidade de trabalhar em equipe multiprofissional, de analisar os fenômenos biopsicossociais em consonância com os avanços científicos, com os problemas sociais, políticos e econômicos, para melhorar sua compreensão da realidade. Sempre dando prioridade às condições de saúde, promovendo justiça e igualdade social, nos diferentes níveis de atenção, tendo como foco da sua prática a totalidade do



indivíduo. Os valores éticos imiscuem-se com estes pressupostos, inclusive na produção do conhecimento fisioterapêutico. O fisioterapeuta formado buscará o desenvolvimento da profissão, consolidando a sua identidade.

Portanto, o objetivo geral expresso pelo PPP (UEL, 2005) é formar bacharéis em fisioterapia com qualificação necessária para o desempenho de atividades no âmbito da saúde, da educação, das organizações, das instituições sociais e outros espaços que requeiram a sua contribuição. No que concerne aos objetivos específicos para o perfil profissional, observamos também uma tendência à repetição, por isso como anteriormente, mantivemos a iniciativa de resumir e condensar:

- Desenvolver no estudante uma visão integral e humanística, levando em consideração os aspectos socioculturais, filosóficos e político-econômicos;
- Capacitar o estudante para entender e atuar no processo saúde-doença e seus determinantes nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- Capacitar o estudante para o planejamento, organização e desenvolvimento dos serviços de saúde em instituições públicas, privadas e autônomas, participando ainda das discussões referentes às políticas nacionais de saúde;
- Desenvolver o senso crítico, estimulando o raciocínio lógico e analítico, treinando habilidades clínicas de avaliação, diagnóstico e tratamento fisioterapêutico;
- Desenvolver habilidades de comunicação verbal e não-verbal, relacionamento e expressão corporal, para estimular o autoconhecimento, desenvolvendo o interesse pela autonomia e atualização continuada.

A matriz curricular da UEL está estruturada pelos eixos de campos de conhecimento definidos pelas DCN (BRASIL, 2002) e conta também com eixos de conteúdo disciplinar que perpassam os quatro anos de formação. Para isso, existem

disciplinas obrigatórias, atividades acadêmicas obrigatórias e atividades acadêmicas complementares, além do trabalho monográfico de conclusão de curso visando ao aprofundamento dos conhecimentos teórico-práticos. Para que se atinja um nível ótimo de aprendizagem o PPP (UEL, 2005) propõe avaliações diagnósticas, formativas e somativas cujas aplicações dependem dos métodos de ensino empregados. Portanto, espera-se que a verificação do desempenho esteja em sintonia com as metodologias de ensino propostas ou utilizadas.

Para Teixeira (2012) o projeto pedagógico de um curso é um instrumento dinâmico, construído coletivamente para indicar o conjunto disciplinar e as estratégias a serem seguidas para atingir os objetivos traçados. Este autor (2012) identificou, através de um estudo, as fragilidades relacionadas à aderência dos cursos de fisioterapia às DCN (BRASIL, 2002). Considero bastante relevante apresentá-las (2012, p. 52), pois representam limitações percebidas também nos documentos analisados na minha pesquisa:

- Indicativo de que o projeto pedagógico foi elaborado por uma comissão;
- Transcrição literal de elementos das diretrizes no projeto pedagógico;
- Metodologias de ensino não condizentes com a formação desejada;
- Metodologias de ensino que não privilegiam a interdisciplinaridade e a integração teoria-prática;
- Ausência de elementos que mostrem a organização, o acompanhamento e a orientação efetiva do trabalho de conclusão de curso;
- Ausência de inter-relações entre as unidades de estudo;
- Unidades de estudo privilegiando o aprendizado dos conhecimentos técnicos;
- Pouca abrangência das áreas de formação durante o estágio supervisionado.

Relacionando as fragilidades identificadas por Teixeira (2012) com a abrangência do nosso trabalho, verificamos que as mesmas são evidentemente pontos nevrálgicos, pois os pressupostos teóricos das diretrizes e dos projetos pedagógicos parecem não coincidir, em algumas instâncias e, operacionalmente com as observações de campo realizadas.

Os cursos de fisioterapia, da UEL e da *Keele University*, construíram seus projetos pedagógicos a partir de comissões, sem o envolvimento completo do professorado, o que determinou, seguindo a linha de raciocínio de Teixeira (2012), dificuldades no desenvolvimento dos objetivos traçados, representando tensões presentes no campo. No mais, não considero, em termos práticos, que transcrever literalmente partes das diretrizes nos projetos pedagógicos seja empecilho para consolidar as propostas traçadas, entretanto deixaria o *corpus* documental sem impressões claras sobre a natureza das reflexões advindas do que poderia ter sido um processo de construção mais coletivo.

No que se refere às metodologias de ensino, não existe consenso sobre qual seria o modelo mais eficaz, tanto no Brasil como na Inglaterra, porém compreende-se a necessidade de aprimoramento das técnicas de ensino e aprendizagem para conformar aquele profissional esperado pelas diretrizes, por isso a aproximação teoria-prática tornou-se também ponto central da formação. Já no que concerne a realização de trabalho de conclusão de curso no PPP (UEL, 2005), observou-se que este está bem descritos naquele documento. O equivalente inglês para trabalho de conclusão de curso é o *research project*, para o qual os estudantes escrevem o que denominam de *dissertation*, no formato de artigo, sendo este obrigatório, sendo que a informação sobre o *research project* foi obtida de maneira verbal.

Quando nos referimos à articulação das unidades de estudo, somos remetidos à procura da integração de conteúdos dentro das matrizes curriculares, facilitando o desenvolvimento do raciocínio clínico, considerando aqueles aspectos que melhoram o entendimento do ser humano e o relacional terapêutico. Estas questões serão debatidas, mais esmiuçadamente, dentro da minha terceira categoria de análise, quando apresentarei estudos com possíveis modelos explicativos do conhecimento e da prática fisioterapêutica.

Por fim, os estágios supervisionados seriam originalmente no PPP (UEL, 2005) substituídos pelos internatos na última mudança curricular. Porém, de acordo com professores, a legislação e a definição de internato não eram claros suficientes,

portanto nunca chegaram a acontecer. Já na Inglaterra, os estágios supervisionados acontecem em clínicas e hospitais conveniados, situados fora do campus. Seus tutores, os *clinical educators*, são profissionais fisioterapeutas formados e com experiência em diversas especialidades e ambientes clínicos. A *Keele University*, para manter a qualidade da formação, oferece treinamento para os *clinical educators*, que passam por avaliações internas Institucionais para permanecerem prestando os serviços como conveniados.

De modo geral e, utilizando às orientações contidas no relatório Padrão de Qualidade dos Cursos de Graduação em Fisioterapia no Contexto do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) (FUJISAWA et al, 2012), observamos que o PPP (UEL, 2005) e o PS (KEELE, 2012) mostram-se estruturalmente bem organizados, deixam bem atrelados os elementos das respectivas diretrizes curriculares com seus projetos pedagógicos. A dimensão didático-pedagógica é a melhor representada, a possível estrutura da gestão dos cursos não é descrita, somente a composição do corpo docente da universidade inglesa, mas no quesito infra-estrutura física, a brasileira está extensamente pormenorizada.

Além disso, os projetos pedagógicos deixam evidente a mudança de perspectiva na formação, colocando o professor como mediador e centrando o ensino no estudante. Para saberem se os objetivos estão sendo cumpridos a contento, ambos os projetos pedagógicos descrevem os parâmetros de avaliação interno do curso, portanto, um fator bastante positivo. Porém, durante a pesquisa, percebemos através dos professores, que este fator é pouco trabalhado, como elemento de acompanhamento. Por conseguinte, nossa pesquisa, na expectativa deles, representaria a oportunidade de realização de uma avaliação, ainda pendente, o que nunca foi objetivo desta tese.

Mais uma vez, como observado anteriormente, na análise das diretrizes curriculares, verificamos também a presença dos princípios do profissionalismo moderno nos projetos pedagógicos dos cursos, reforçando a importância dos elementos de legitimação profissional, mas revelando, sobretudo, um novo perfil profissional, que requer alto nível de treinamento e autonomia, o que asseguraria uma posição de dominância na divisão do trabalho, para assumir um papel fundamental no controle social da profissão.

Esse novo perfil se constituiu como reação ao positivismo inerente no campo da saúde, pois a aplicação de uma racionalidade instrumental é insuficiente na conceitualização dos problemas modernos da saúde humana, já que tomam saúde, doença e corpo individualmente, como aponta Queiroz (1991, p. 321):

O paradigma positivo-mecanicista dominante na medicina tende a não reconhecer o papel da sociedade, da cultura, da comunidade científica e da própria história na determinação de seu objeto de conhecimento e da maneira de abordá-lo. Pressupõe-se, assim, que o ato terapêutico possa ser explicado exclusivamente pela intervenção química ou física nas diferentes partes e estruturas do organismo humano no sentido de eliminar a doença, percebida, em grande medida, pela agressão monocasual externa de um agente patológico.

Portanto, num contexto positivista, o movimento de humanização seria uma força reativa no campo da saúde, que trataria do profissionalismo moderno (ordem, transparência, classificação, etc.) como prática contextualizada, no qual o papel do ensino seria contribuir com a redefinição das relações entre profissionais e pacientes.

Além da questão das relações interpessoais, fica muito enfático, no esquadramento documental da tese, o fator desempenho como critério do profissionalismo moderno. Ball (2005), tendo em vista uma prática potencialmente aprimorada, trata do fator desempenho como questão de performatividade e como forma de controle do contexto, que envolve visibilidade e regulamentação, que funcionariam como parâmetros de produtividade ou demonstração de qualidade, ou seja, muito próximo dos pressupostos de Freidson (1984; 1999), que foram apresentados anteriormente no capítulo dois.

[...] espera-se que nos “importemos” com nossos desempenhos e os desempenhos de nossa equipe e da nossa organização, e também que ofereçamos nossa contribuição para a construção de espetáculos e “produtos” institucionais convincentes. Espera-se que sejamos apaixonados pela excelência. E, é claro, nossos desempenhos e o desempenho de nossa organização não podem ser construídos sem “cuidados”. Apresentação, “postura”, impressões “causadas” e “passadas” devem ser cuidadosamente elaboradas e administradas. São partes da aceitação e da substância do desempenho. Como indivíduos e atores organizacionais, nossos desempenhos devem ser construídos ou fabricados com astúcia e com um olho na concorrência. Essas coisas não podem ser confiadas à sorte, seja com relação à publicação de indicadores de desempenho, à resposta a julgamentos oficiais acerca da qualidade, seja com relação à escolha de clientes e consumidores (BALL, 2005, p. 557) [Aspas do autor].

E, do ponto de vista do conceito de híbrido, continuando à análise das diretrizes e projetos pedagógicos dos cursos, recordo-me da apresentação da proliferação dos híbridos no primeiro capítulo do livro de Latour (1994), que evidencia nosso envolvimento direto com coletivos e sujeitos, porque independentemente das questões tratadas, as conexões dadas entre natureza, política e discurso, inevitavelmente nos interligam em redes. Latour (1994) ilustrativamente enxergou na leitura do jornal, diversas misturas e imbricações, semelhantemente as leituras que evocamos das diretrizes e dos projetos pedagógicos em questão.

[...] Multiplicam-se os artigos híbridos que delineiam tramas de ciência, política, economia, direito, religião, técnica, ficção. Se a leitura do jornal diário é a reza do homem moderno, quão estranho é o homem que hoje reza lendo estes assuntos confusos. Toda a cultura e toda a natureza são diariamente reviradas aí (LATOURE, 1994, p. 8).

Contudo, prosseguindo com suas conjecturas, Latour (1994) sem muitas delongas, mostra-nos mais à frente neste mesmo capítulo do seu livro, que a nossa vida intelectual é que se apresenta mal construída, a confusão deve-se às reduções que realizamos para tornar compreensível a natureza e o contexto social, mantendo operacionalmente distinções. Sendo estas distinções, justamente o motivo, pelo qual podemos confirmar a existência de híbridos, por conseguinte, permitindo-nos amenizar a confusão, iluminando as tessituras das naturezas-culturas das diretrizes e dos projetos pedagógicos.

O perfil profissional do fisioterapeuta derivará dessas conjunções, que trarão gradualmente a valorização das nossas qualidades intrínsecas (qualidades híbridas), anteriormente muito mais estigmatizadas por parecerem práticas que eram unicamente tácitas, sem epistemologia própria. Consequentemente, o reconhecimento do componente híbrido dentro do fazer fisioterapêutico, possa talvez contribuir com a redução das ansiedades que exigem uma explicação racionalizada/científica para nossas técnicas.

Os professores que foram entrevistados para esta pesquisa, percebem a presença de uma transição do pensamento e do agir, na medida em que vivenciaram as mudanças, desfrutando inclusive da oportunidade de produzi-las. Reconhecem, pela formação que tiveram e pelo ensino que produzem as

deficiências e qualidades do processo de se tornar fisioterapeuta. Suas trajetórias profissionais foram marcadas pelas demandas dos sistemas de saúde e transformações nos modos de assistir, como está ocorrendo agora. Nas falas a seguir, podemos verificar primeiramente as características das graduações na época dos professores, permitindo-nos inferir melhor a abrangência dessas mudanças:

Eu acho que a característica, a característica do curso na época da minha graduação, realmente ela era 100% assistencialista, eu vou falar 99% assistencialista. [...] 99% da nossa formação realmente foi prática em serviço, treinamento em serviço, realmente. Isso foi muito bom para a minha formação clínica, o meu aprendizado clínico. A minha saída da universidade nessa época, eu acredito, que ela era muito mais forte para eu atender um paciente lá fora, seja numa clínica ou num hospital, do que é hoje (BR-1).

[...] era bem voltado assim dentro do hospital, dentro de sala de aula, bem do modelo, bem tradicional. Não tinha muito projeto de pesquisa, pouquíssimos, tinha mais era projeto de extensão, mas poucos e de ensino também pouca coisa, quase nada. [...] Ponto forte era a assistência. Acho que a assistência foi uma coisa bem forte (BR-3).

[...] eram bem divididos, o primeiro ano disciplinas bem básicas, no segundo ano entravam as profissionalizantes, inclusive a disciplina de fisioterapia aplicada era uma só [...], e aí o último ano que seria o estágio [...]. Na minha experiência acadêmica, eu só participei de estágio voluntário e de projeto de extensão. A minha formação não teve nada voltado à pesquisa e ao ensino, não existia projetos disponíveis para isso [...] (BR-4).

Embora minha formação tivesse sido universitária, minhas horas de trabalho como estudante eram como se estivesse no nível técnico [...]. Na minha formação, nós tínhamos somente cinco ou seis semanas durante o verão, duas semanas no natal e na páscoa. Então, nosso curso era muito cheio, muito intensivo [...] (UK-6).

Na minha época a maior parte da formação era prática, eram mais técnicas, habilidades manuais, ainda temos que lidar com isso [...], mas temos também que ensiná-los pesquisa, temos que pensar mais na saúde preventiva, nos dias de hoje. [...] Então, nosso foco era mais em habilidades práticas e de avaliação [...] (UK-2).

Quando eu me formei nós não tivemos aula [teórica] sobre a prática profissional, não tivemos nenhuma aula sobre pesquisa ou [...] nós nunca fomos informados de como ler e avaliar artigos, somente aprendemos o básico de anatomia, fisiologia e patologia e como tratar [...]. Esta realmente foi a amplitude da nossa formação (UK-5).

De maneira eloqüente, observa-se que a formação do fisioterapeuta valorizava muito mais a prática, o treinamento em serviço, os atendimentos

curativos. Dedicava-se a maior parte tempo às habilidades técnicas, na perspectiva do saber-fazer, porém gradualmente percebe-se a inserção do conhecimento científico permeando os discursos, pela imposição subordinativa positivista que ganhava espaço.

[...] pela própria natureza da produção do conhecimento, uma relação de subordinação dos níveis mais aplicados e próximos da prática aos níveis mais abstratos de produção do conhecimento, ao mesmo tempo que cria as condições para o isolamento dos profissionais e para a sua confrontação corporativa (PEREZ GOMES, p.96, 1992 apud DARIDO, p. 124, 1995).

Perez Gomes (1992 apud DARIDO, 1995) confirma, portanto, que o problema da relação entre teoria e prática atende as exigências de produção do conhecimento científico fragmentador, nos quais as tarefas costumam se distanciar dos contextos reais, procurando fundamentações teóricas mais generalizantes, sem integração significativa com as experiências.

Diante deste panorama reducionista, os professores caracterizam abaixo o perfil profissional do fisioterapeuta marcado pelo avanço da ciência, o que provocou modificações comportamentais. Contudo, este perfil, apresenta lacunas cuja natureza parece indefinida, com sensações de incompletude em relação às metas que foram traçadas documentalmente. Paira também nos discursos certa dificuldade para definir este novo perfil profissional. Dificuldade proveniente talvez do próprio processo de transição em andamento – desconforto em ter que definir se o perfil é isto ou se é aquilo ou ambas as coisas.

Eu deixei, agora eu compreendo, uma grande lacuna no meu conhecimento [...] na verdade havia pouca coisa escrita na literatura a partir de uma perspectiva fisioterapêutica e as coisas progrediram massivamente em 25 anos. [...] obviamente agora, a pesquisa metodológica e avaliação crítica são, constantemente, pontos importantes da nossa própria prática, reflexo da nossa própria prática. É central para o que ensinamos para nossos estudantes hoje. [...] Nós costumávamos ser ensinados, quando eu era estudante, um pouco como se houvessem receitas [...] nós não educamos nosso estudante desse jeito agora, é muito mais como você avaliar criticamente cada pessoa como um indivíduo, você olha para a literatura para suportar a evidência sobre a intervenção que você está sugerindo e constantemente reavalia isto também [...] (UK-1).

É o profissional que se cobra muito teoricamente. Tanto é que nós ainda temos e, eu acredito que isso é muito forte no egresso da UEL, que ele se coloca muito bem nos exames que ele faz de admissão, tanto em pós-graduação quanto em serviço [...] acredito que exige muita teoria do aluno e



oferece bastante prática também e tem algumas áreas que ele não está preparado para atuar, mas eu acho que o perfil dele é um profissional preparado para atuar, mas de certa forma ele é um pouco angustiado. [...] eu não estou sabendo expressar o que eu estou pensando em termos dessa angústia que ele sai, mas ainda não acredito que ele está conseguindo atingir todos os tópicos do perfil que se propôs o novo método (BR-5).

Acredito que essa situação representa aspectos inerentes à constituição moderna, que se mostram insuficientes na sustentação explicativa do fazer fisioterapêutico – a ciência não responde o que preencheria as lacunas do perfil profissional. Digamos que diante do planejamento, da direção e do controle do desenvolvimento da profissão, esperava-se um perfil profissional mais satisfatório que levasse à estabilidade, na medida em que os princípios do profissionalismo citados pressupõem alguma autoconfiança no processo. Contudo, são mais as rachaduras e fissuras que ficam visíveis, tornando a fé no progresso oscilante e fraca, conforme é explicitado por Bauman (2001, p. 154),

Viajamos agora sem uma idéia de destino que nos guie, não procuramos uma boa sociedade nem estamos muito certos sobre o que, na sociedade em que vivemos, nos faz inquietos e prontos para correr.

Bauman (2001, p. 156) escreve ainda, que o desejo da modernidade é a vida feita, mas que para se projetar um futuro é necessário estar firmemente plantado no presente, sendo a novidade disso a ancoragem do indivíduo em seu próprio presente, podendo este se apresentar como instável e muitas vezes ausente, por isso vivemos num mundo de flexibilidade universal.

Todos aprendemos às nossas próprias custas que mesmos os planos mais cuidadosos e elaborados têm a desagradável tendência de frustrar-se e produzir resultados muito distantes do esperado; que nossos ingentes esforços de “por ordem nas coisas” freqüentemente resultam em mais caos, desordem e confusão; e que nosso trabalho para eliminar o acidente e a contingência é pouco mais que um jogo de azar [Aspas do autor].

Os pensamentos de Bauman (2001) nos colocam de frente com o cenário híbrido de Latour (1994) – temos de um lado a constituição moderna e do outro o trabalho de mediação atuando, muito perceptível nas caracterizações do perfil profissional dado pelos professores, tanto em relação a suas próprias formações

quanto às formações das instituições que lecionam. O que Bauman (2001) junto com Latour (1994) nos evidencia é que estamos vivendo sob a constituição moderna sem suas garantias, o que faz emergir a condição híbrida pela confraternização de elementos que estão agora colocados em posições simétricas, permitindo-nos apreender as junções e continuidades dos conhecimentos. Latour (1994) expressa que estamos num ambiente que não podemos mais controlar, por isso devemos mudar nossas formas de mudar, porque como dito anteriormente, uma coisa não é somente uma coisa, tornando as reduções injustificáveis.

[...] O humano está no próprio ato de delegação, no passe, no arremesso, na troca contínua das formas. É claro que ele não é uma coisa, mas as coisas também não são coisas. É claro que ele não é uma mercadoria, mas as mercadorias também não são mercadorias. É claro que ele não é uma máquina, mas aqueles que já viram as máquinas sabem quão pouco este mundo não pertence a este mundo. Claro que ele não está em Deus, mas qual a relação existente entre Deus do alto e aquele que deveríamos dizer de baixo? [...] (LATOURE, 1994, p. 136).

O que o movimento de humanização no âmbito da saúde vem combater criticamente é a redução da pessoa a objeto da técnica biomédica. Obviamente, a humanização não trata somente das relações interpessoais, como apontaram Silva e Silveira (2011), mas também dos aspectos da organização do atendimento e das condições de trabalho dos profissionais da saúde, que precisam exercitar as sensibilidades, para apreender melhor o ser humano como totalidades complexas, dentro de uma visão mais sistêmica. Quando evocamos o híbrido, estamos evocando esse discurso da integralidade da atenção na saúde, ao mesmo tempo, denunciando os limites da partição moderna, portanto, evidenciando as simetrias. Silva e Silveira (2011) resumem, portanto, que a humanização é um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, muito embora tenham constatado a ausência de disciplinas que abordem esta temática mais diretamente na fisioterapia, predominando currículos rigidamente predeterminados.

O fisioterapeuta tem convivido com o saber-fazer, com a realidade de práticas tácitas, porém sua formação atual tem acontecido a partir de pressupostos predominantemente biomédicos, carregando com isso as contradições da modernidade, ao mesmo tempo em que, possibilita um diálogo profundo entre

conhecimentos, traduzindo suas imbricações para o universo fisioterapêutico, como medida de sobrevivência no campo da saúde, mas principalmente, como característica sintomática do nosso tempo. As definições a seguir, dadas para o perfil profissional de hoje, confirmam esta reflexão de que na formação do fisioterapeuta ocorrem muitas integrações ... Misturas com um pouco de natureza, com um pouco do humano, absolutamente naturezas-culturas.

Eu vejo que nós estamos fazendo muitas tentativas de integração, de transformar num aluno muito mais capaz de buscar seu conhecimento, mas acredito que nós ainda temos um longo caminho para atravessar, porque acredito que ninguém nega a importância dessa mudança, mas eu acredito que nós ainda temos um caminho de aprendizado do como fazer isso. [...] A gente tentou formalizar algumas coisas, que já tinha no currículo antigo, que era você se relacionar bem com o paciente, que é entender melhor essa situação terapeuta-paciente, que era se relacionar bem na equipe [...] e assim um profissional mais completo [...] e a gente dá esses eixos de integração de uma forma [...] de uma maneira mais formal, mas eu acredito que ele está diferente um pouco, mas não tanto quanto os idealizadores [...] (BR-5).

[...] vai depender dele se ele vai fazer a escolha de ser um profissional crítico, que lê, que busca em artigos e trabalhos que as pessoas estejam mostrando resultados das coisas ou não, mas ele tem a oportunidade, aqui ele está sendo incentivado a isso. Então isso é uma coisa positiva que eu vejo no perfil do nosso aluno. [...] ele convive aqui com profissionais, docentes de áreas muito diversas, que trabalham em coisas muito diferentes e, que isso trás para ele um leque muito grande de opções de coisas que ele pode vir a fazer depois que ele sair daqui. Aqui não tem o predomínio, por exemplo, de um docente que é da área clínica, outro que é da área hospitalar, outro que é da área de reabilitação, outro que é da área desportiva, outro que é [...] da área de saúde coletiva. Aqui tem um misto muito grande de áreas, eu acho que isto para a formação dele, para o perfil dele como profissional é muito bom [...] (BR-6).

[...] você tem que ser criativo, pensar de diferentes formas [...] ser capazes de raciocínio clínico, porque nós estamos perguntando deles para olharem para duas ou três patologias, mas aplicar seu conhecimento para outras patologias. Eles são capazes de raciocínio clínico, eles são capazes de racionalizar o que o paciente precisa em termos de cuidado, eles são capazes de avaliar uma pesquisa, saber o que funciona, são capazes de olhar e ver o que funciona e o que não funciona. Eu acho que nós produzimos estudantes muito profissionais [...] (UK-2).

Eu acho que nossos estudantes eles se formam, na maioria dos casos eles são profissionais seguros, eles são efetivos na sua prática clínica. Eu acho que eles são, na sua maioria, pensadores críticos e eles apreciam a importância do aprendizado continuado, o seu aprendizado não parou somente porque deixaram Keele. Eu acredito que a maioria deles absolutamente aprecia, para se manter como fisioterapeuta, eles devem estar constantemente atualizando suas habilidades, eles devem constantemente estar refletindo sobre a sua prática, eles devem continuar seu desenvolvimento através da sua carreira (UK-1).

Estas representações canalizam significados abrangentes a respeito dos elementos que constituem o perfil profissional. Certamente não existe um perfil profissional totalmente adaptado à realidade, no qual o recurso humano esteja completamente finalizado enquanto produto de uma formação acadêmica qualquer. Beber em diversas fontes, não restringindo as experiências, parece alimentar o cuidado na área da saúde, tornando-se imprescindível mesclar, absorvendo e preenchendo as lacunas técnicas com humanidade. No Brasil, o movimento da humanização é preponderante e perceptível, enquanto na Inglaterra observa-se pragmatismo nas ações, possivelmente pela pressão do tempo para formar um fisioterapeuta. As preocupações inglesas estão mais direcionadas para o gerenciamento da carreira e menos (aparentemente) para as relações humanas, entretanto, mesmo que sutilmente, colocam seus esforços, por exemplo, na interdisciplinaridade, igualmente importante no processo. Vale comentar, que nas universidades pesquisadas, não se constatou o predomínio de professores com perfis de clínicos ou pesquisadores, o que definitivamente contribui para uma formação híbrida.

Demonstramos que tanto os documentos como as entrevistas analisadas concorreram para compreender o fisioterapeuta como um profissional híbrido, justificando as características essenciais da sua prática – ambos os cursos são frutos das inquietações do nosso tempo. O fortalecimento do movimento de humanização solicita que os currículos sejam atravessados pelos seus princípios de maneira homogênea. Considerando, estas como conclusões parciais, discutiremos na segunda categoria de análise, os impasses que cercam os agentes dentro do campo da fisioterapia e, que definem as operacionalizações possíveis na estrutura curricular.

#### **4.2 Campo de poder: entre interesses, limites e possibilidades das estruturas curriculares**

Na seção anterior, já se esboçou, a existência de divergências, alguns conflitos e tensões subentendidas, que contrapõem o conteúdo documental, os discursos e as práticas que envolvem o ensino de fisioterapia. Poderíamos

simplificadamente explicar que estas são as condições inerentes do campo, assumindo estas contradições sem questionamentos. Contudo, não desejamos nenhuma passividade, queremos conhecer as estratégias dos agentes para sustentar espaços conquistados (ou espaços a conquistar), lutando pelos interesses que julgam serem legítimos de disputas. Bourdieu (1989 apud WACQUANT, 1989, p. 12-13) denominou de campo de poder este jogo, esta competição, traduzindo perfeitamente o propósito da nossa abordagem nesta seção.

O campo de poder é um campo de forças definido pela estrutura do equilíbrio existente de forças entre formas de poder, ou entre diferentes espécies de capital. É também simultaneamente um campo de lutas por poder entre os detentores de diferentes formas de poder. É um espaço de jogo e competição, no qual os agentes sociais e instituições possuem uma quantidade determinada de capital específico (capital econômico e cultural, em particular) suficiente para ocupar posições dominantes dentro de seus respectivos campos [...] confrontarem-se em estratégias direcionadas a preservar ou transformar este equilíbrio de forças. [...] Esta luta pela imposição do princípio dominante conduz, a todo o momento, um equilíbrio na divisão do poder, ou seja, o que eu denomino uma divisão do trabalho de dominação. É uma luta sobre o princípio legítimo de legitimação e pela legitimidade do modo de reprodução dos princípios de dominação. Isto pode tomar a forma de lutas reais [...] ou confrontações simbólicas [...] O campo de poder é organizado como uma estrutura carismática: a distribuição de acordo com o princípio dominante de hierarquização (capital econômico) é inversamente simétrico a distribuição de acordo com o princípio dominado de hierarquização (capital cultural).

Portanto, esta definição evoca e torna-se apropriada para a análise de processos de mudança, como estamos presenciando na fisioterapia, mostrando principalmente como elementos “novos” são integrados, como acontece a relação dos agentes entre si e com o objeto das suas ações. Estamos buscando interpretar as diferentes formas de poder como diferentes tipos de capital, que são armas que expõem as representações das estruturas objetivas e das estruturas incorporadas. Desta maneira, a identificação dos elementos de diferenciação melhoraria nossa compreensão da dinâmica do campo.

As minhas reflexões partem, primeiramente, de uma macro-análise situacional, dos cursos observados em função dos sistemas de saúde que os subjazem. Na Inglaterra, pude perceber, com alguma facilidade, a relação de obrigações hierárquicas, da responsabilidade de cumprir metas impostas para garantir a qualidade da educação concomitantemente a atualização do perfil profissional para os interesses do sistema. Variáveis que estão diretamente

implicadas com benefícios financeiros, na medida em que o sistema de saúde financia uma parcela dos estudantes. São interesses político-econômicos bilaterais que regulam a tensão necessária para manter a estrutura funcionando.

Ter interesse é “estar em”, é participar, é admitir que o jogo merece ser jogado e que os alvos envolvidos merecem ser perseguidos. Os interesses são socialmente constituídos e apenas existem na relação com um espaço social no interior do qual certas coisas são importantes e outras são indiferentes para os agentes socializados, constituídos de maneira a criar diferenças correspondentes às diferenças objetivas nesse campo. Ao mesmo tempo, querer fazer parte das mudanças na estrutura de poder em um campo [...] (MISOCZKY, 2003, p. 15).

No Brasil, não captei com tanta intensidade esse entrelaçamento de interesses com o sistema de saúde, principalmente dos professores, porque envolvidos com a prática, mostram-se, neste nível, pouco atraídos pelo jogo. São assuntos tidos como demasiadamente burocráticos, por isso, relegados a pessoas específicas. Na minha análise, visualizo que a falta de envolvimento com as demandas político-sociais do sistema de saúde, pode ser uma das causas do inchaço da matriz curricular, que gera a sensação de uma formação menos consistente.

Portanto, a relação dos campos educacionais da fisioterapia (inglesa e brasileira) com o da saúde, demarca posições e refletem as situações internas dos campos e as estruturas incorporadas. Reforça-se, desta maneira, o argumento de Bourdieu (2005) a respeito da lógica própria de cada campo, confirmando que possuem autonomia relativa em relação ao campo de poder. Contudo, com o aumento da autonomia, condição da cientificidade, aumenta-se também a responsabilidade política dos agentes, conforme adquirem consciência das determinações da dinâmica do campo. Desta forma, os agentes não lutam livremente, mas de acordo com a posição que ocupam, sendo diferenciados pela percepção que possuem do campo.

Conseqüentemente, o campo intelectual apresenta peculiaridades, sobre as quais Bourdieu (1988) debruçou-se com empenho obstinado da sociologia da ciência, evidenciando a riqueza de variáveis do universo acadêmico francês (Universidade de Sorbonne), por meio do *Homus Academicus*, originalmente publicado em 1984. Nesta obra, o autor, reconhece e explicita as dificuldades que se

enfrentam quando propomos a observação do próprio microcosmo, revelando “segredos”, retirando-nos do conforto. Demonstra-se que as fronteiras do campo intelectual são flutuantes e movediças porque estão ligadas a diferentes formas de poder, como prestígio intelectual e científico, que representam também instrumentos de controle e reprodução. Contudo, afirma-se que toda dominação é temporária, porque depende de diversos fatores internos e externos que afetam a estrutura do campo. A importância do estudo do campo intelectual é justificada por Bourdieu em entrevista a Wacquant (1989, p. 6), da seguinte maneira:

[...] Agora, neste caso, a noção de campo provou-se crítica, porque o mundo intelectual é um terreno onde estamos particularmente expostos ao uso operacional de definições como uma maneira inconsciente de saciar pulsões sociais de categorização, de rotulagem, e onde a construção sem controle do objeto nos permite excluir aqueles que não se encaixam a imagem que temos, ou gostaríamos de ter, de nós mesmos. De fato, uma das propriedades gerais dos campos é que eles abrangem lutas por seus limites. Assim que o pesquisador é alertado para isso, ele ou ela esta em guarda contra a tentação de afirmar “Eu chamarei intelectual” tais e tais grupos de agentes [Aspas do autor].

Considerando esta caracterização do campo intelectual, dos principais elementos de poder que o norteiam, podemos prosseguir na diferenciação comparativa das disposições e trajetórias dos professores nesta pesquisa em relação à operacionalização do currículo. Estas disposições podem variar e seguem representadas pelos atores sociais como insuportáveis, revoltantes, teimosas, rígidas ou simplesmente naturais e aceitáveis, expressando a competição de valores que competem pelas formas de legitimidade e autoridade reivindicadas.

Acredito que a verificação das disposições começaria, de uma maneira ampla, pela percepção de satisfação ou insatisfação embutidas nos discursos dos professores, no que concerne às mudanças que vieram com as transições curriculares. No caso brasileiro, um único agente expressou-se categoricamente como insatisfeito, permanecendo os demais dentro de um espectro variável de satisfação ou indefinição.

Eu estou satisfeita com a mudança, mas eu te diria que é parcial, porque [...] como eu vou dizer isso [...] Eu estou satisfeita porque houve essa iniciativa em mudar. Foi um trabalho muito árduo na mudança, mas eu acho que falta a adesão à filosofia dessa mudança integralmente, inclusive por mim mesma, que eu deveria incorporar algumas questões da filosofia dessa

mudança de uma forma um pouco mais prática e não só na teoria. Saber que tem que mudar não significa que está mudando [...] (BR-5).

[...] Então assim, é um currículo satisfatório considerando outros anteriores, é um currículo que está muito melhor, mas ele não é totalmente satisfatório, acho que a gente tem muito que buscar ainda e muito que fazer. Esse currículo ideal também eu não sei te dizer para você se ele existe, ele é satisfatório? Pra mim ele é, mas ainda tem algumas coisas que ele deveria ser feitas [...] (BR-7).

[...] eu sou insatisfeita em alguns aspectos, mas de forma geral eu acho que a gente está no caminho certo. A gente precisa aparar as arestas, eu acho. [...] Então assim, eu acho que tem várias dificuldades ainda do currículo, mas eu em geral eu acho que estou satisfeita, de forma global, eu acho que é o caminho. O que a gente precisa é conseguir estratégias para implementar o que está ainda no campo das ideias, digamos assim (BR-2).

[...] Eu acho que eu fico insatisfeita, mas tem coisas que eu estou bem satisfeita com esse currículo, mas a minha insatisfação ainda continua sendo pelo último ano, pelo estágio mesmo. Eu acho que não está bom ainda – é como eu te falei eu queria um aluno mais crítico, um estagiário com uma capa mais profissional. Eu não vejo ele, ainda se capacitando para isso, eu estou vendo sofrimento e acho que isso me incomoda muito, então eu tenho que estar insatisfeita com esse currículo, mas só nessa concepção [...] (BR-4).

Graças a Deus acho que a gente nunca vai estar satisfeito, porque assim, a gente sempre quer buscar algo mais, se a gente ficar satisfeito acho que acomoda, mas assim, de um modo geral, satisfeita ou insatisfeita? Acho que muito satisfeita, mas a gente sempre tem algo a buscar, que isso que é o bacana [...] De quando a gente iniciou acho que a gente já avançou muito, acho que a gente já foi além do que a gente esperava. Acho que a gente está consolidado, acho que a gente está numa fase de lapidações, o que a gente pode melhorar ainda [...] (BR-3).

Eu estou mais ou menos satisfeita. Daria assim, mais ou menos, um oito. Mas o problema ao meu ver não é o currículo ainda, só o currículo. Meu grau de insatisfação não é com o currículo. [...] É, a falta de envolvimento de alguns docentes. Que não querem mudar em nada as suas práticas do dia-a-dia e acabam esbarrando em algumas coisas que a gente não consegue fluir (BR-6).

Quando o professor BR-5 comenta que saber que tem que mudar não significa que está mudando, trouxe-me o entendimento, baseado nas observações de campo, de que afirmar que se mudou não significa também ter mudado realmente. Abstração esta já defendida no capítulo três, quando escrevi que percebia a mudança curricular do curso de fisioterapia da UEL como uma grande adaptação, pois a matriz curricular está tradicionalmente estruturada, os eixos disciplinares não funcionam adequadamente e não houve mudanças



comportamentais dos professores para abraçar a filosofia de ensino e aprendizagem proposta nas DCN (BRASIL, 2002) e no PPP (UEL, 2005). Esta não é uma reflexão isolada, porque ocorre também entre outros professores. Permito-me reforçar a existência de focos de mudança.

Olha, eu junto com os professores daqui, passamos por vários momentos de mudança e reformulação curricular, então hoje, eu acredito, quando nós fizemos a opção, não de uma mudança curricular total, mas, ou seja, uma reestruturação curricular, uma reformulação curricular, que foi opção do departamento, eu acho que foi uma opção muito sábia [...] E, quando eu fui fazer, eu fui com outros colegas participar dessas mudanças, para fazer uma mudança total ou não, porque, você deve saber, que quando nós fomos para o Canadá para ver o PBL<sup>10</sup>, para mudar para o PBL, era uma proposta de mudança radical e quando nós voltamos, nós vimos tanto lá quanto aqui que não era possível para nossa realidade, que nossa realidade seria mais uma reformulação curricular, para a nossa realidade, deixar bem claro isso. Então, foram adequações curriculares, que foram feitas, reformulações [...]. Se tivesse uma mudança radical, se fosse uma mudança radical talvez nós não tivéssemos os resultados que nós temos hoje, então essas adequações e essa mudança parcial, falo parcial, porque foi parcial, eu acho que dá a oportunidade de a gente poder fazer este ajuste contínuo no currículo (BR-7).

Apesar do professor BR-3 afirmar que estar insatisfeito é não estar acomodado, divergindo predominantemente dos discursos que apontam a necessidade de “aparar arestas” (BR-2), “Eu acho que não está bom ainda” (BR-4), “Esbarrando em algumas coisas que a gente não consegue fluir” (BR-6), “A gente tem muito que buscar ainda e muito que fazer” (BR-7) e, por fim o próprio professor BR-3 se contradiz – “a gente está numa fase de lapidações, o que a gente pode melhorar ainda”. Passados já mais de seis anos desde a implantação da nova matriz curricular, estas falas trazem consigo o peso da incompletude, da desconfiança, quase torturante, de metas que não foram alcançadas ou sequer colocadas em ação, de falhas ainda não descobertas ou da coragem para realçá-las, além de algumas ambigüidades e inconsistências que pedem discussões ainda mais aprofundadas, mas que cientes das possíveis resistências humanas reduzem o entusiasmo. Inferimos, portanto, que as indefinições, esse titubear, não é problema do currículo em si, mas das estratégias de poder que emperram os processos, através das divergências que delimitam os espaços dos agentes ou do movimento

---

<sup>10</sup> PBL – Problem Based Learning, em português, aprendizado baseado em problemas.

para novas posições legítimas de poder ou ambos, na medida em que uma coisa leva à outra.

No roteiro elaborado para as entrevistas com os professores ingleses não estava elencada nenhuma pergunta direta sobre a satisfação com a mudança curricular. Na observação do campo inglês, os professores comportaram-se comedidamente durante a entrevista, aparentemente cautelosos. Eu não saberia precisar ou diferenciar exatamente se o comportamento apresentado estava moldado para aquele momento ou se representava um fator predominantemente cultural. Talvez a pergunta mais “capciosa” da entrevista fosse a respeito da indicação de alguma falha do currículo vigente. As respostas, um pouco evasivas, costumavam argumentar a impossibilidade da acusação de falhas, porque o novo currículo não havia completado um ciclo. Contudo, deparei-me surpreendentemente, com o discurso do professor UK-4, que se destacou dos demais por se mostrar explicitamente descontente, quando questionado se estava satisfeito com este currículo, respondeu confiantemente:

Não, eu não gosto dele. [...] Eu acho que nós somos um grande time e às vezes grandes times não se comunicam como deveriam e existe uma porção de professores sem dedicação exclusiva, incluindo eu mesma, o que deixa a comunicação ainda mais difícil, em se reunir difícil [...] Deveria haver mais interação e comunicação, mas no outro extremo, eu acho que se demora muito tempo para quaisquer decisões serem tomadas [...] a gente tenta fazer e agradar todo mundo a todo tempo, o que é virtualmente impossível [...].

Na minha concepção, se existe um discurso dissonante, provavelmente devem existir outros, ocultados, sobre a satisfação, que evitam enfrentamentos diretos. Segundo a teoria do campo a relação que cada sujeito tem com o campo depende estreitamente de sua posição. Neste caso, o professor UK-4, transparece ter capital social suficiente para sustentar seu espaço, defendendo uma reflexão crítica sobre falhas, inclusive da própria participação. Porém, isto não significa contrariedade com a lógica do campo, porque apesar de não ser o discurso dominante, alimenta igualmente o funcionamento da estrutura com a tensão necessária com cumplicidade objetiva (BOURDIEU, 2005).

[...] de fato, seria deixar-se levar pelas aparências concluir em todos os casos divergências patentes que opõem os intelectuais de uma época no que se chama algumas vezes “os grandes problemas do tempo” a uma falta

de integração lógica; os conflitos manifestos entre as tendências e as doutrinas dissimulam, aos próprios olhos daqueles neles engajados, a cumplicidade que supõem e que surpreende o observador estranho ao sistema, o *consenso no dissenso* que faz a unidade objetiva do campo intelectual de uma época dada, *consenso* inconsciente sobre os pontos focais do campo cultural que a escola forma ao formar o impensado comum aos pensamentos individuais (BOURDIEU, 1968, p. 142) [Aspas e grifo do autor].

Afunilando para problemas mais específicos, já tínhamos verificado no meu trabalho de mestrado (SUMIYA, 2007; SUMIYA; JEOLÁS, 2010) a presença de uma forte resistência à mudança de matriz curricular. Naquela época os professores estavam cientes da impossibilidade de adesão integral, mencionando barreiras pessoais, “pessimistas de plantão” ou boicotadores, dentro de uma perspectiva de incompatibilidade ideológico-filosófica, justificando que mudanças trazem insegurança.

Percebi com o doutorado que esse panorama pouco se modificou com o passar do tempo, assumiu resquícios de resignação, porém a teoria dos campos demonstra que as resistências são elementos de competição subjacente a luta de interesses, que buscam subverter ou conservar a hierarquia, produzindo efeitos visíveis (BOURDIEU, 1988).

No geral, eu acredito que a adesão foi parcial, mas eu acredito que uma parte ainda não pensa em mudar, mas eu tenho muita fé que na outra parte que ainda não mudou, mas pretende mudar, vá conseguir isso, entendeu? Eu mesma tenho tentado mudar e tenho sido mais acomodada do que eu gostaria de ser. Então o novo currículo tenta amadurecer como profissional, como ser humano, como um ser transformador ... Transformador, mas que essa maturidade, acredito que ainda não está em sua ... Em toda a sua potencialidade (BR-5).

Eu vou falar bem da minha vivência, que hoje eu considero até que por viver muito intensamente o processo, a gente enxerga dificuldades que nem existem, mas naquela época era um desejo muito grande, muito grande [...] eu entendo que a adesão foi pequena, tanto que ela não aconteceu [...] a gente começou a produzir o projeto pedagógico, ele até existe, quando a gente foi para a produção do projeto curricular, a gente não teve adesão e não teve aprovação. A adesão nas oficinas, elas existiam mais ou menos como existem hoje, algumas pessoas muito motivadas, muito interessadas, outras que iam por obrigação, por estar no meio e outras que nem iam, mas eu acho que quando a gente fala de adesão, eu tenho que dizer que não houve [...] (BR-4).

Pessoal mais antigo do departamento, que não são muito adeptos a mudança, porque toda mudança exige um trabalho maior, geralmente a

princípio, depois há uma acomodação. Tem muito gente ali dentro, um grupo muito grande, que não está a fim mais, de se esforçar mais do que está se esforçando hoje. Não vou por nomes [...] você tem vários indivíduos ali dentro, que tiveram sua formação, por exemplo, no mestrado e doutorado só por causa de salário, não por vida acadêmica realmente. Você tem indivíduos ali dentro que se você pedir para fazer determinada, participar de determinada coisa, para se fazer alguma coisa ou ele visualizar que determinada mudança vai demandar meia-hora de trabalho para ele – ele não vai fazer, ele pode até participar das reuniões, das discussões, montagem etc e tal, mas não vai permitir que essas mudanças ocorram para se ter mais trabalho (BR-1).

Por outro lado, cresceu bastante o nível de qualificação profissional dos professores da UEL desde minha graduação, tornando-se professores com experiência clínica e acadêmica de pesquisa, fortalecendo as fronteiras dos espaços conquistados. Conseqüentemente cresceu a produção científica, surgiram nichos que aglomeram, por afinidades pessoais ou científicas, professores que perseguem reconhecimento pelo sistema de recompensas (MERTON, 1977, p. 555), próprio do campo científico.

Tem se observado desde há algum tempo que as recompensas estratificadas no âmbito da ciência se distribuem principalmente na moeda do reconhecimento outorgado às investigações de colegas cientistas. Este reconhecimento é estratificado para graus diferentes de realizações científicas, segundo julgam os pares. Tanto a auto-imagem como a imagem pública dos cientistas são modeladas em grande parte pelo testemunho comumente convalidante, por outros cientistas importantes, que estão à altura dos exigentes requisitos institucionais de suas funções.

Com o intuito de me aprofundar e desvelar os embates do campo da fisioterapia na UEL, introduzi uma pergunta referente a linhas de pesquisas, pretendendo saber se haviam linhas dominantes, o que me permitiria saber a diferença dos capitais sociais circulantes, concomitantemente a interferência do sistema de recompensas na dinâmica das relações no campo. As respostas foram variadas, porém pertinentes à proposição:

Existe, mais ou menos assim, alguns docentes que entraram aqui e, que foram os que fizeram as capacitações primeiro e, estão aqui há mais tempo [...] geralmente tem pessoas mais experientes que tem grupos de pesquisa e outros vão sendo agregados nesses grupos, [...] outros docentes não fazem parte desses grupos de pesquisa, eles acabam trabalhando meio que de forma isolada. Então, a minha produção eu acredito, que para um mestre, ela é razoável. Ela não é grande, ela não é uma produção de peso,

mas eu tenho uma atividade docente em sala de aula, uma quantidade de atividades como docente muito grande (BR-6).

De certa forma sim, porque as que acabam sobressaindo mais, tendo mais recurso, investindo mais e as outras acabam se distanciando um pouquinho [...] (BR-3).

Então, existe uma diferença entre as linhas? Existe, de produção, de formação, de pessoal e tal, mas não porque é melhor, porque tem isso ou porque tem aquilo, não, talvez uma facilidade maior em desenvolver projetos [...], porque é difícil mesmo, a pesquisa qualitativa, para você ler uma pesquisa qualitativa numa *Clinical Rehabilitation* muito difícil, aparecer uma coisa ou outra lá, é muito de vez em quando (BR-1).

Eu acredito pelo número de artigos publicados, se a gente levar em consideração isso como forte, acredito que tenham sim atualmente, mas nós temos outras pesquisas que não estão produzindo atualmente, mas estão trabalhando muito nesse sentido pelo que eu posso perceber [...] então eu acredito que é uma questão de tempo e eu não vejo como benéfico que sejam, que haja essa, não vamos usar o termo competição, mas eu acredito assim em um estímulo pra produzir o conhecimento, mas não sei se é muito benéfico as comparações [...] (BR-5).

Eu acho assim, eu não sei se exatamente as linhas de pesquisa, mas tem muito problema pessoal. Tem professores que tem uma capacidade imensa, mas que por dificuldade de relacionamento acabam não entrando, por exemplo, num programa de pós-graduação. Não tem essa troca, muito por esse perfil, que o nosso departamento tem um perfil histórico de muita disputa. Eu acho assim de falta de respeito mesmo, posicionamento não ético de muitas pessoas e isso acaba gerando uma barreira [...] Mas, tem professores ali que eu acho que estão adormecidos [...] (BR-2).

A teoria dos campos está sintonizada, é praticamente complementar com o sistema de recompensas (em termos conceituais), pois juntos mostram a importância dos benefícios advindos da acumulação de reconhecimento, que confere àqueles que se distinguem maior valorização, trazendo com isso mais reputação, autoridade e legitimidade para exercer a dominação. Os discursos evidenciaram como a experiência desempenha papel importante, quando utilizado para ganhar/manter espaço, porque os parâmetros de avaliação tendem a ser cumulativos, tornando a competição desigual, afastando os concorrentes (aqueles que não alcançaram distinção) e facilitando a captação de recursos. Merton (1977, p. 569-571) explica esta conjunção de vantagens, da seguinte maneira:

Esta maior visibilidade não é apenas o resultado de um efeito de aura pela qual seu prestígio pessoal faz destacar suas distintas contribuições. Certos

aspectos da sua socialização, seu esquema de valores e seu caráter social explicam, em parte, a visibilidade de sua obra.

E, sobre os efeitos do sistema de recompensas sobre a personalidade, Merton (1977, p. 571) acrescenta as características do caráter do homem que alcançou distinção na ciência:

Com poucas exceções, são homens de um ego excepcionalmente forte. Sua autoconfiança encontra expressão variada dentro do contexto da ciência como instituição social. Esta instituição, como sabemos, contém uma norma que exige o julgamento autônomo e crítico acerca da obra dos outros. Reforçadas suas próprias tendências por tais normas, os laureados mostram confiança em si mesmos (que, em casos extremos, poderia ser descrito vagamente como uma atrativa arrogância). Mostram uma grande capacidade para tolerar a frustração em seu trabalho e absorver os repetidos fracassos sem manifestar feridas psicológicas.

Bourdieu (1968), de modo geral, relacionaria estes fatores com a afirmação da autonomia, com uma moral da convicção, que favoreceria o poder de julgar o que poderia ser confrontado e, a confrontar o que poderia ser separado. Neste sentido, percebe-se no discurso do professor BR-6 um sentimento de segregação, um sentimento contido de compensação de uma possível desvalorização do seu trabalho enquanto desenvolvido mais em sala de aula, em comparação àqueles que pesquisam. Confirmando as separações, talvez pudéssemos chamar de exclusão, o professor BR-2 trata de estigmatizar esta condição como adormecimento, exigindo do papel de professor moderno a obrigação da pesquisa. Desta forma, a sala de aula não é mais o ambiente natural do professor, transformou-se em imposição necessária ao cumprimento de exigências mínimas, como por exemplo, de carga horária.

[...] mas eu tenho uma dificuldade muito grande nesta disciplina, que é o engajamento [...] vários docentes iniciaram nessa disciplina e saíram; todos alegam a mesma coisa [...] eu acredito que um dos motivos é fato dela ser de sexta-feira à tarde, a tarde toda, é um horário que as pessoas não gostam [...] a disciplina de Habilidades é uma disciplina que exige muito do docente, ela é uma disciplina muito trabalhosa, tem muito trabalho para o docente fazer [...]. É muito além de preparar uma aula, vim dar a aula e ir embora. Então, alguns docentes já deixaram a disciplina e foram para outras disciplinas, acharam que não tinham o perfil para esta disciplina, e os que ficaram não tem aquele apego, aquele gosto pela disciplina. A impressão que dá é que estão na disciplina porque tem que cumprir uma carga horária em disciplina, mas não era bem aquilo que queria estar fazendo (BR-6).

Em outras palavras, poderíamos identificar na UEL uma tendência à meritocracia, uma defesa de priorização do merecimento factual da diferença, muito bem observada na fala do professor BR-1, pois capital gera capital, justificando o “investimento” e o respeito pela ordem, no qual o poder depende dessa crença, da estrutura incorporada numa causalidade circular (BOURDIEU, 1988).

Vejo assim, participei em parte, da formação desse currículo. Eu sempre fui um pouquinho, um pouquinho contraditório com algumas coisas, somente acadêmicas, onde eu tenho professor que só enxerga a academia, eu tenho professor aqui dentro que não vê a academia, mas vê o tocar serviço e tem professor aqui dentro do departamento que não enxerga nem academia nem serviço, só enxerga pesquisa. Então, teve uma discussão muito grande para poder contemplar essas 3 linhas, vamos falar assim, que tem no departamento, de pensadores no departamento e acabou [...] eu acho na minha opinião, um currículo muito remendado, um currículo que priorizou, tentou priorizar muita coisa e acabou se tornando superficial em várias delas. [...] Existem estágios que recebem o mesmo número de alunos, por exemplo, o estágio da pneumo, recebe o mesmo grupo de alunos, número de alunos que recebe o estágio da ginecologia, por exemplo, mas a quantidade de treinamento em serviço que tem aqui é extremamente diferente da quantidade que tem aqui. Essa vertente na formação da pneumo, na formação do aluno, ela é muito mais procurada, muito mais [...] tem uma oferta maior de serviço nessa área do que tem nessa área da ginecologia, por exemplo [...] eu tenho privilégios iguais para os desiguais, hoje dentro do departamento (BR-1).

Também verificamos que diferenciações ocorrem entre especialidades. Os capitais sociais de cada especialidade aparecem definidos a partir da noção de *status*. Na trajetória histórica do curso de fisioterapia da UEL, os professores envolvidos com pneumologia foram aqueles que abraçaram os imperativos científicos modernos mais rapidamente, construindo um espaço privilegiado e renomado dentro e fora da instituição. Consequentemente, como percebido, campos considerados “novos” não recebem tratamento semelhante, apesar de às vezes apresentarem vantagens parecidas.

Quanto maior tecnologia, mais é valorizado, principalmente na área da saúde. Então assim, o que que é mais chique? Que que é chique? Eu brinco com os alunos: “- O que é chique gente? [...] qual o fisioterapeuta que é considerado assim de maior *status* hoje? “ - Ah professora eu acho que é o pulmonar, acho que é o fisioterapeuta respiratório”, todos me respondem. Então ele já entra com essa visão. Ele quer trabalhar em UTI que tem tecnologia, ele quer se sentir inserido naquele *status* social que a alta tecnologia promove. Na época do Filé, do Ronaldo, eles entravam com aquela concepção, eu quero ir para a fisioterapia desportiva, então assim, ou eu quero fisioterapia estética. Então eles já entram com aquele plano montado. [...] tudo que é clinicamente mais complexo, eles valorizam muito

a clínica. Então a sociedade ainda hoje valoriza especialista e valoriza clínica. Então assim, a gente percebe neles, desde o primeiro ano, uma certa resistência. É chique ser fisioterapeuta do postinho? Não é. Então, eles já vêm impregnados com esse *status*, com essa noção de *status* social, ninguém quer ser fisioterapeuta do SUS [...] (BR-2).

Pereira Neto (1997) confirma o discurso do professor BR-2, atestando que atualmente o trabalho profissional carrega extensa e intensa tecnologia, conferindo papel significativo ao domínio dos meios tecnológicos de comunicação e informação (como visto nas diretrizes curriculares e projetos pedagógicos dos cursos de fisioterapia analisados), para obter prestígio, reconhecimento e poder. Utilizando Latour como inspiração principal do seu estudo, Pereira Neto (1997) informa ainda que não basta definir e dominar certa área do saber conquistando aceitação científica e do Estado, necessita-se também de convencer a sociedade sobre a necessidade de determinada atividade.

Embora, Latour e Bourdieu estejam situados em tradições de pensamento diferentes, o primeiro também aborda esta questão do reconhecimento, das diferenças de capitais, através da noção de crédito (adquirido mais prontamente) e credibilidade (obtida ao longo do tempo) (LATOURE; WOOLGAR, 1997). Não precisamos então, neste âmbito, ir muito longe para verificarmos convergências entre estes autores, pois confirmam a existência de normas silenciosamente impostas para alcançar vantagens, no sentido de investimento de capital social. Admite-se o crédito como mercadoria de troca e a possibilidade de uma má distribuição do mesmo. Demonstra-se assim, que o campo segue tendências, definidas pelas relações de crédito, sendo que resistir também depende do desempenho anterior das trajetórias, que resultaram nas acumulações que se fizeram ao longo do tempo. No final, todos desejam créditos e credibilidade (LATOURE; WOOLGAR, 1997).

Pode-se evidentemente pretender que os pesquisadores são motivados pela busca de crédito, mesmo quando não falam disso ou quando rejeitam a idéia de que foram estimulados pelo prêmio do crédito-reconhecimento. Mas, para isso, seria preciso que existisse um sistema de recalque que explicasse por que o motivo real (o crédito) aparece tão raramente entre as motivações expressas. Em lugar de buscar explicações *ad hoc*, é melhor supor que a motivação dos pesquisadores não se reduz ao crédito que eles podem obter com seus trabalhos. Se, por exemplo, nossos interlocutores dizem ter escolhido certo método porque ele produz dados confiáveis, a menção à confiabilidade deve ser considerada uma forma disfarçada de busca de crédito? Quando um deles nos conta que quer resolver o problema



do funcionamento do processo de aprendizagem no plano do cérebro, deve-se ver aí uma forma obscura de dizer que ele está querendo mesmo é obter crédito? (LATOIR; WOOLGAR, 1997, p. 214).

Para as análises realizadas nesta seção da tese, Latour e Woolgar (1997) acrescentam ainda, na minha interpretação, que acusar diferenças alheias, de capitais, na estratificação acadêmica é uma necessidade competitiva, porque os sucessos dos investimentos são avaliados em função da rapidez de progressão para favorecer a conversão em credibilidade. Portanto, os agentes menos abastados, dentro de uma rede de relações, contribuem para formar um conjunto digno de crédito, mesmo que estes se façam através de queixas. Latour e Woolgar (1997, p. 253-254) comentam:

[...] o capital deles em geral não aumenta de modo substancial. Eles não estão aptos a “comprar” posições ou a receber subvenções. Podem, contudo, emprestar seus conhecimentos para um pesquisador, em troca da segurança de um emprego e de algumas satisfações não materiais. A mobilidade deles no mercado assemelha-se à dos técnicos que chegaram ao topo da hierarquia. Não são admitidos pela originalidade, mas de acordo com a recomendação de um pesquisador, em função da confiança que se tem na capacidade deles produzirem certos tipos de dados necessários ao progresso do trabalho de um outro pesquisador.

Retomando o caso inglês, como expliquei anteriormente, não surgiram discursos que expusessem conflitos abarcando o campo e, novamente atribuo a problemática um fator político-cultural. Talvez se minha permanência naquele país tivesse sido um pouco maior, os professores teriam permitido o afloramento de controvérsias. Não posso afirmar com certeza que a questão tempo estivesse atrelada ao fator confiança no pesquisador, talvez seja uma especulação, por imaginar que com mais tempo os resultados poderiam ser diferentes, devido a uma maior aculturação minha para captar sinais, indícios próprios dos ingleses. Desta maneira, os resultados ingleses ficaram dentro dos parâmetros de tempo da bolsa sanduíche.

Em síntese, na construção do currículo inglês, um pequeno grupo de professores liderou seu desenvolvimento, o que na minha primeira categoria de análise foi evidenciado como limitação, na medida em que gerou um comprometimento mínimo dos professores ao processo de mudança, indicando deficiência de comunicação, percebida também na dinâmica vertical dos eixos. A

matriz curricular produzida é mais enxuta, o que, por conseguinte, gera entre os professores o receio de um ensino superficial. Esta sensação atrelada à restrição do tempo implica na escolha minuciosa de conteúdos essenciais, justificando o investimento numa formação profissional baseada na resolução de problemas através de raciocínio clínico aguçado pela associação de conhecimentos. A sensação de falta de aprofundamento resvala na impressão de falta de habilidade manual do estudante. Acredito que isso tenha a ver com o perfil do professor que é mais clínico do que pesquisador.

Da análise do contexto inglês compreendo que houve divergências iniciais na divisão das cargas horárias. Porém, como a divisão estava respaldada em uma pesquisa científica (que antecedeu a divisão), rapidamente os ânimos foram contidos. Desta forma, ninguém quis expor problemas relacionais, pois a organização inglesa está permeada por um forte senso hierárquico.

Eu acho que o principal motivo de discussão entre os professores é quanto tempo cada elemento do curso seria permitido no currículo, no cronograma. Eu acho que era onde usualmente tinha mais debate, porque antecedendo a construção do novo programa houve um trabalho ... Um grupo de trabalho produziu um documento [...] eles procuraram saber das necessidades de saúde da região, quais condições o fisioterapeuta estava tratando, que porcentagem do tempo deles estavam tratando diferentes condições ... O documento mostrou que 50% do tempo gasto do fisioterapeuta eram com tratamento músculo-esquelético e relacionadas com condições ortopédicas. Então, nós refletimos isso em nosso currículo [...] Isto foi um motivo de discussão entre os professores, porque se você é um fisioterapeuta neurológico você igualmente sentiria que a carga horária principal deveria ser dada ... Você sabe [...] (UK-5).

Eu diria que sim, as mudanças foram completamente aceitas, mas foi uma jornada, não foi ... Eu não quero dizer que nós tivemos uma aceitação de uma hora para outra. Eu acho que, provavelmente, ... Se eu refletir ... Eu era parte do time que trabalhou com o Eixo *Therapies* do currículo, este é o que eu conheço melhor. Eu acho, provavelmente, que como um time nós fomos um pouco lentos para compartilhar nossas idéias, nossos pensamentos e compreensões com todo o professorado. Eu acho que nós poderíamos ter feito isso mais rapidamente, o que poderia ter trazido a concordância mais rapidamente [...] Algumas pessoas talvez aceitaram a mudança mais rapidamente do que outras, geralmente aquelas pessoas envolvidas com o re-design do Eixo *Therapies* [...] E, aqueles que não estavam envolvidos tiveram que ter tempo para se ajustar [...] (UK-6).

Em um universo de quase uniformidade dos discursos ingleses, o professor UK-4 continua se destacando como a voz mais crítica, porém isolada, entre eles. Segundo este professor, a mudança curricular é uma re-embalagem (*repack*), que

encaixou o que havia antes em grandes módulos. Na sua concepção, apesar dos estudantes parecerem preferir este novo currículo, porque tem uma roupagem condensada, o curso não é o ideal. O professor UK-4 relata que a intenção é boa, por intentar a integração de conteúdos, porém com docentes tão especializados, os estudantes continuam percebendo as coisas de forma compartimentalizada. A sua crítica se estende inclusive para a idéia o *spiral curriculum*, pois do seu ponto de vista, o professores não conseguem avaliar os estudantes seguindo a proposta didático-pedagógica deste modelo curricular. Eu entendo com esta exposição do professor UK-4, que os possíveis conflitos relacionais são direcionados automaticamente para a estrutura curricular e, nunca para as pessoas.

O tema mais tenso depreendido das entrevistas com os professores da fisioterapia da UEL foi o estágio curricular, principalmente o estágio em saúde coletiva, porque o processo de mudança mobilizou todo o departamento em discussões e, posteriormente em planejamento e reorganização das cargas horárias e recursos humanos. É consenso, em ambos os contextos analisados, a representação do estágio curricular como peça-chave da formação profissional, porque significa o momento de verificação da aplicação de habilidades e competências, momento de apreender a qualidade do ensino e do aprendizado, polindo os saberes adquiridos, sendo o momento, um momento híbrido, de teoria e prática, que se impõe.

Na realidade o ponto forte, principal do nosso currículo, eu acho, é o estágio. O estágio nós temos um hospital para nós, nós temos [...] o nosso aluno passa por todas as áreas principais de atuação, ele tem uma prática, muito assim, como é que eu vou dizer, uma prática dentro dá própria realidade mesmo, que isso permite, como é que eu vou dizer, um manuseio adequado de avaliação e tratamento desses pacientes. Então, nosso estágio é o ponto forte do currículo (BR-7).

O estágio curricular representa também um momento de passagem, de transição para o mercado de trabalho, de consolidação do perfil profissional, da conclusão de um ciclo, o que permite identificar fragilidades conectadas com o desenvolvimento das atividades curriculares durante a formação. Os discursos dos professores BR-4 e UK-5 demonstram, por outro lado, o reconhecimento de dificuldades que cercam o estágio curricular:

Uma das limitações que eu vejo hoje do estágio, pensando no currículo é que ele ainda não capacita o aluno para vivência [...] talvez emocional mesmo, preparo que não é a técnica, porque na minha cabeça eu consigo ver que o currículo treina ele, eu só não consigo entender [...] a fragilidade que ele não está preparado para tomar decisão, qual técnica utilizar, como utilizar. Eu acho que isso está no campo mais de capacitação emocional, de preparo talvez de vivência do outro, da dor do outro, questão que é da fisioterapia mesmo que é você lidar com a dor, com a incapacidade do outro, mas eu ainda não sei [...] não consigo entender muito aonde que ela está. E a outra fragilidade é o tempo dentro das especialidades do estágio, eu considero pouco tempo, já que na minha concepção, o terceiro ano que é o que capacita o quarto, que é estágio e ele é muito técnico, muito enquadrado, muito amarrado, ele vai para o campo de estágio e eu considero que dois meses, às vezes menos que dois meses é insuficiente aí para você trabalhar [...] pelo menos oportunizar o aluno a desenvolver habilidades, por em prática habilidades que são bem complexas [...] aí é você fechar o todo. Talvez a gente se torne, eu pensando no meu estágio, na minha relação com o aluno, a gente de novo se torna muito quadradinho, muito técnico de novo, para talvez não ter muito sofrimento (BR-4).

[...] Eu acho que por causa da restrição do tempo que temos com nossos estudantes, as coisas adicionais que temos no currículo, eu ainda não acho que os estudantes se formam com *expertise* clínica suficiente de tratamento de pacientes. [...] Os estudantes ainda têm 1000 horas de prática clínica, mas eu acho que durante esse tempo, eles podem ter somente um local de estágio em especialidade específica. Não temos tempo suficiente em nosso currículo para assegurar que eles estejam bem proficientes com tratamentos para irem para o estágio. Eu gostaria de mais tempo prático no currículo, mas é impossível (UK-5).

A primeira dificuldade encontrada é que mesmo com os esforços para a humanização, o estudante chega ao estágio aparente e tecnicamente eficiente, segundo o professor BR-4, mas sem habilidades e competências emocionais para encarar o relacionamento terapeuta-paciente e o processo saúde-doença, voltando-se predominantemente para o paradigma biomédico. A pergunta é o que no percurso da formação não está funcionando, se a filosofia pedagógica previa um profissional mais humanista? Ou, somente uma filosofia pedagógica humanista, em teoria, basta?

E, se o tempo de prática é um problema para o professor BR-4, para o professor UK-5, podemos imaginar a amplitude desta angústia ao lidar com um currículo de três anos. De qualquer forma, o professor BR-5 concorda com o professor UK-5, quando menciona que o estudante precisaria de mais experiência prática, para não “cair de pára-quedas na frente do paciente”. Portanto, o tempo transforma-se em variável de disputa na defesa de espaços anteriormente estabelecidos, na medida em que o poder de controlar o tempo indicaria um

mecanismo de dominação. Então, como percebido nas observações de campo, existe, em relação ao estágio curricular no Brasil, insatisfação com a divisão do pouco tempo.

Com o passar do tempo ela [a carga horária do estágio] foi se diminuindo, diminuindo, diminuindo e hoje se restringe ao período letivo somente e a divisão em vários grupos. Então, o aluno passa hoje 6-7 semanas com a gente em cada estágio, que assim é extremamente pequena a experiência em cada setor [...] Eu consigo visualizar que há uma possibilidade perfeita de se fazer um bom treinamento prático e um bom treinamento teórico, mas infelizmente, vem mudança, vem mudança, vem mudança, reforma curricular, reforma curricular, troca-se seis por meia dúzia [...]. Eu vejo um curso homogêneo, eu não vejo o destaque na minha formação como era antigamente, a minha muleta, o treinamento em serviço do indivíduo desde o primeiro ano [...]. Hoje eu não tenho essa oportunidade mais, não tenho essa possibilidade mais, então vai dizer que isso não é uma perda? Perda estrondosa que teve o curso de fisioterapia com a sua muleta, que sempre foi a sua muleta, que foi o estágio, que foi a prática em serviço (BR-1).

Retomando-se o caso do estágio de saúde coletiva na UEL, os conflitos surgiram porque sua criação tomou carga horária dos outros estágios, o que acentuou a visibilidade das facções internas entre aqueles que a apoiavam ou rejeitavam. As alianças concorreram para um desfecho positivo. Entretanto, a presença recente no campo torna insuficiente a transformação de créditos em credibilidade (LATOURET; WOOLGAR, 1997). Por isso, a luta por reconhecimento (BOURDIEU, 1968) continua, apesar dos professores desta área, não sentirem tantas resistências atualmente. Admitem, contudo, que opiniões negativas influenciam os estudantes, que encontram dificuldades de visualização da importância do fisioterapeuta na saúde coletiva. Desta forma, percebe-se uma tensão latente para o enfrentamento futuro de problemas.

Foi uma briga dentro do departamento, na verdade a criação do estágio de saúde coletiva foi um parto a fórceps, porque as pessoas ainda não a valorizam, mesmo dentro do departamento e, aí para piorar a situação, para criar mais um teve que diminuir a carga horária de todos os outros. Então foi assim, um processo bem difícil dessa criação [...] Que veio para tirar um pouco a carga horária dos demais, que ela não é valorizada, outras áreas são mais valorizadas que a saúde coletiva [...] isso acaba até repercutindo na visão do aluno (BR-3).

É uma área que cresceu muito. Então assim, e cresceu da noite pro dia. Cresceu em termos de carga horária, que tinha setores, inclusive já objetivavam essa carga horária. Então assim, foi um setor que cresceu muito, muito rápido. É um setor que para a gente ter esse estágio, os demais estágios acabam desfalcados, você querendo ou não, você cria um

novo campo de estágio, reduz o número de alunos para atendimento que já era sobrecarregado [...] Praticamente éramos nós saúde coletiva [...] brigando pelo estágio de saúde coletiva. Os demais ou não se manifestavam ou eram radicalmente contra (BR-2).

O professor BR-1, à semelhança do professor UK-4, é o maior crítico da mudança curricular, porque conforme constatado nas observações de campo brasileiras, o professor BR-1 apresenta autoridade científica – capacidade técnica e poder. Em outras palavras, permite-se falar e agir sem o ônus da retaliação que poderia sofrer seu espaço, na medida em que segundo as regras do campo científico, detém poder político e poder de prestígio, caracterizando seu capital intelectual (BOURDIEU, 1968, 2004, 2005). Desta forma, o professor BR-1 operacionaliza estas regalias para realçar as indefinições do campo da saúde coletiva, expressando concomitantemente, as características do homem com distinção científica; personalidade excepcionalmente forte, de autoconfiança, que exhibe julgamento autônomo e crítico acerca dos outros (MERTON, 1977).

[...] eu preciso de tempo para ter treinamento, o treinamento são repetições e novidades aparecendo e saindo dessas situações, então tempo de treinamento, extremamente menor, seis semanas de treinamento em serviço para a formação, eu acho um pecado. Volto a falar, a divisão igual para os desiguais, a má condução de determinados estágios, a saúde pública hoje, já falei isso e também fui apedrejado lá dentro. Saúde pública eu não posso ir na casa, não é função minha, ir lá na casa do indivíduo que tá lá deitado na cama, todo cheio de deformidade, querer fazer alguma coisa para ele, ir lá atender, não é isso a noção de saúde pública hoje, eu tenho que ter meus programas de prevenção, eu tenho que ter meus grupos de hipertensos, eu tenho que ter meus grupos educacionais, ir lá atender isso é função da prefeitura, é função do contratado, isso é função do fisioterapeuta de rede, isso é função do serviço social ir lá buscar aquele cheio de deformidades, levar para uma reabilitação, levar para um tratamento, então a má condução de alguns estágios ... (BR-1).

Bourdieu (1968; 2000; 2005) propõe a noção de campo como categoria analítica para enfatizar a existência de um espaço propriamente social, constitutivo da dinâmica da produção cultural. Portanto, nesta categoria de análise da minha tese, busquei as regras e os desafios do jogo, evidenciar o campo da fisioterapia como um espaço estruturado, no qual os agentes ocupam posições e lutam pela apropriação de capitais. Estes são desigualmente distribuídos, portanto, existem dominantes e dominados, diferenciação que determina a estrutura do campo pelo estado das relações de forças constituídas historicamente numa cumplicidade

objetiva. Com estes entendimentos, podemos elucidar os interesses e as disposições envolvidos nas lutas e estratégias do campo a partir de uma lógica interna, mas que pode ser influenciada por condições externas.

De maneira complementar, Brito (2002) no artigo intitulado “Rei morto, rei posto? As lutas pela sucessão de Pierre Bourdieu no campo acadêmico francês”, analisa a aspiração de três candidatos (Bernard Lahere, Jean-Claude Kaufmann e Gisèle Sapiro) à herança de Bourdieu. Na visão de Brito (2002) estes candidatos costumam subsidiar suas próprias obras partindo somente de um conceito de Bourdieu. Para o escopo da minha tese, Gisèle Sapiro é mais adequada, porque trabalha diretamente com a teoria dos campos. Dentre os avanços imputados a Sapiro (2001 apud Brito 2002, p. 12), destacamos aquele que informa que uma mesma ação pode se inscrever em duas esferas distintas e que existem zonas de interseção e superposição, constatação oposta a Bourdieu que tende a diferenciação progressiva das esferas de atividade. Na minha análise, Sapiro proporciona com esta constatação, uma aproximação entre Bourdieu e Latour, abrindo caminho para o conceito de híbrido dentro da teoria dos campos.

As diferenças principais entre Latour e Bourdieu seriam que o primeiro coloca em simetria os atores humanos e não-humanos (sociedade e natureza), enquanto Bourdieu focaliza nos sujeitos humanos e nas estratégias destes dentro de uma estrutura hierárquica. Desta forma, para Bourdieu o mundo é um sistema binário (sociedade/natureza), do qual a natureza é anterior aos fatos. Para Latour tanto natureza como sociedade são constructos coletivos em uma ontologia sem determinantes, o que significa que a natureza realmente é construída, não existindo antes da estabilização dos fatos (LORENZI, ANDRADE, 2011).

A partir dessas reflexões de Lorenzi e Andrade (2011), compreendo que Bourdieu (1968; 2000; 2005) ao afirmar que o meio externo exerce influência na dinâmica de forças internas do campo, admite a presença de movimentos persuasivos advindos de duas realidades distintas (LATOUR, 1994), porém interdependentes, que formam uma única história numa rede (ou campo, conforme Bourdieu) de complexas negociações, o que Sapiro (2001 apud BRITO, 2002, p. 12) refere-se como um marco teórico interacionista, do qual Latour dispõe da concepção de tradução/mediação, enquanto Bourdieu da noção de *doxa* para explicarem as interações do campo científico. Se existe a possibilidade de um interacionismo, desses dois modelos explicativos, dessas duas tradições, portanto existe a

possibilidade, de acordo com tópicos específicos, de se complementarem (LORENZI, ANDRADE, 2011).

Esta segunda seção da discussão da tese trouxe à tona conflitos que abrangem as dificuldades para atingir o perfil profissional almejado, o qual caracterizou-se como híbrido na primeira categoria de análise. A teoria dos campos complementa a proposição de um perfil profissional híbrido para o fisioterapeuta, justamente por explicar as mediações de Latour a partir de outras categorias analíticas (interacionistas), oferecendo uma percepção muito mais ampla dos fenômenos que abarcam o saber e o fazer da fisioterapia. Na próxima seção abordarei a convergência destes pensamentos transfigurados na perspectiva da integração curricular, na medida em que representa o pensamento articulador da mudança curricular (eixos) e, conseqüentemente do perfil, colocada em ação de acordo com as tensões do campo.

### **4.3 Integração curricular: a valorização das misturas na formação do fisioterapeuta**

A tentativa de associação dos conceitos de Bourdieu com Latour fundamentou-se no interacionismo (SAPIRO, 2001 apud BRITO, 2002)<sup>11</sup> que nos alertou que em muitas circunstâncias as coisas se misturam, Desta forma, Bourdieu e Latour são complementares na sustentação da hipótese da fisioterapia como prática híbrida, na medida em que o campo da fisioterapia conforma-se nesse sentido. Na seção anterior, observamos as interferências das tensões do campo na estruturação das matrizes curriculares, compreendendo a lógica do campo como determinante para a organização e a dinâmica disciplinar. Considerando organização e dinâmica disciplinar, discutiremos nesta terceira categoria de análise

---

<sup>11</sup> “[...] Mas Gisèle Sapiro foi mais longe do que seu orientador, em vários momentos do seu trabalho, configurando um real avanço dentro da teoria dos campos. Em primeiro lugar, ela se opôs à tendência de Bourdieu de diferenciar progressivamente as esferas de atividade – como a esfera política e a esfera literária – mostrando que “uma mesma ação pode-se inscrever em duas esferas distintas” e que existem “zonas de interseção e de superposição” (Sapiro, 2001, p. 89). Em segundo lugar, ela buscou conjugar a teoria de Bourdieu com um marco teórico interacionista, sobretudo quando dissociou “a significação social das condutas e das obras das intenções e dos sentidos visados ou declarados pelos autores”, tomando cuidado em separar as “declarações de intenção e as justificações letradas dos atores [...] do sentido que a comunidade dos pares lhes dava no mesmomomento” (Sapiro, 2001, p. 90)” (BRITO, p. 19, 2002) [Aspas do autor].



a perspectiva de integração curricular, destacando algumas concepções teóricas, modelos explicativos do conhecimento fisioterapêutico e como a integração curricular concorre para reforçar o caráter híbrido da fisioterapia.

A integração curricular apresenta-se como estratégia de transformação do perfil profissional, que exige empenho consciente de comunicação, compreensão profunda dos objetivos da formação e grande capacidade de trabalho em equipe. Estes requisitos, de ordem social, representam um dilema, uma ferida sem cura definitiva, sem remédios milagrosos, para o relacionamento docente, pois recorrentemente a ferida parece abrir-se, expondo novas e velhas agruras. Parece ironia a pretensão de integrar, diante de um contexto hostil e da força da constituição moderna, que tudo separa em processo contínuo de exclusões. Porém os cursos analisados assumem este grande desafio a favor de um profissional mais completo para o atual momento histórico que pede a humanização das profissões ligadas à saúde.

A perspectiva da integração curricular atrelada à humanização da saúde evidencia que a solução do problema da formação não está centrada unicamente nas novas tecnologias de aprendizado, porém na formação de cidadãos comprometidos muito mais com pessoas do que com suas doenças. Por isso, aproveito para esclarecer que a concepção de integração curricular que utilizo refere-se à articulação de conteúdos disciplinares, humanos e biológicos, visando a ampliação e o aprofundamento do conhecimento, aproximação da teoria da prática e experiências significativas de aprendizado. Buscando uma valorização equilibrada entre as ciências da natureza e as ciências humanas, no aumento da capacidade de escuta e olhar, de acolhimento, de geração de vínculos, traduzindo-se na verdadeira eficiência profissional.

Segundo Albuquerque (2009), como também já sabemos, a formação do profissional da saúde foi historicamente construída através de conteúdos fragmentados e organizada em torno de relações de poder, que privilegiavam a centralidade do professor, os determinantes biológicos da doença e o trabalho hospitalar, induzindo reducionismos e trazendo muitas especializações. A configuração disciplinar de ensino instaura um aprendizado de informações isoladas, que passam a valer independentemente, tornando-se estanques e incapazes de apreensão, combinação e associação das referências do entorno. Visualizar o mundo compartimentalizado interfere com as práticas de atenção à saúde e, como

estas são oferecidas as pessoas. O currículo organizado em disciplinas apresenta muitas críticas, Santomé (1998 apud Aires, 2011, p. 221) salienta:

[...] o currículo organizado em disciplinas não considera suficientemente as concepções prévias dos alunos; ignora as problemáticas específicas dos seus meios sócio-cultural e ambiental; não promove a interrelação entre professores e alunos satisfatoriamente; desfavorece o trabalho com problemas e questões da vida cotidiana; o tempo rigorosamente demarcado e a troca de disciplina desfavorecem a construção de nexos entre os conteúdos e, principalmente, o currículo disciplinar não valoriza os interesses dos alunos, quando estes deveriam ser o ponto de partida na elaboração dos programas educacionais.

A concepção de integração curricular possui então vertentes teóricas diferentes. Uma delas parte da teoria da percepção sincrética, que inspirada na psicologia infantil, informa-nos que a criança inicialmente apreende a globalidade das coisas e, com o amadurecimento aprende a matizar a totalidade, captando detalhes e partes isoladas. As controvérsias apontam para a substituição da percepção global quando a criança começa a etapa das operações formais, não mais precisando da primeira (AIRES, 2011). Contudo, é sabido que nas metodologias ativas busca-se produzir conhecimentos baseados na resolução de problemas inicialmente gerais, sendo estes afunilados progressivamente até atingir níveis maiores de complexidade. Por isso, na minha concepção, esta controvérsia não afeta substancialmente a teoria da integração curricular, porque estamos tentando, realmente, reconstruir o caminho inverso, partindo do geral para depois especializar.

Beane (2003) forneceu uma primeira definição de integração curricular dentro da minha primeira categoria de análise. Resgatamos agora, de maneira bem sintetizada, os aspectos que consideramos mais importantes da sua concepção de integração curricular (BEANE, 1997 apud AIRES, 2011, p. 224) e, que vai de encontro à introdução desta seção:

- **Integrar experiências**

Consiste em recorrer às vivências do estudante, sejam pessoais ou sociais, para lidar com novos problemas ou situações. Considerar tais vivências significa valorizar esquemas já construídos a partir de

experiências de aprendizagens que foram significativas para o indivíduo, integrando a elas novos esquemas de significação e fazendo-as evoluir;

- **Integração social**

Para além da educação geral baseada num conjunto de disciplinas, que constituem o que os alunos devem saber, diz respeito a uma formação que promova valores relativos ao bem comum de uma sociedade democrática;

- **Integração do conhecimento**

Quando o currículo é organizado em torno de questões pessoais e sociais, são retirados daí os conhecimentos que são relevantes para as mesmas e, dessa forma, são contemplados outros pontos de vista, nos quais estão refletidos interesses de um espectro mais amplo da sociedade.

Beane (1997; 2003) de modo geral interpreta a expectativa da integração curricular, mas não indica nas referências citadas, como poderíamos desenvolver suas teorizações. Nesse sentido, Rios (2008) escreveu um artigo intitulado “*Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica*”, expondo a experiência dela com um processo de integração do ensino de humanidades no currículo médico, o qual considero um exemplo interessante de planejamento e implantação de uma proposta de integração curricular.

Rios (2008) comenta que nas avaliações institucionais realizadas com estudantes do curso de medicina, as disciplinas de humanidades eram apontadas como as piores da graduação, apesar das subseqüentes tentativas de mudanças. Porém, estas mudanças foram consideradas muito pontuais, revelando que a integração curricular nunca havia sido tentada a partir de um planejamento consistente. O processo de integração descrito por Rios (2008) envolveu compromisso de trabalho de grupo, alinhamento das tarefas e avaliações diagnósticas, fatores que visavam a superação de limitações advindas de diversas instâncias.

Também entre nós, o estado de ignorância e alienação a que nos referimos constitui entrave à formação do aluno e problema institucional que pede soluções de caráter técnico, ético e político. Em um cenário ora melancólico, ora irônico, encontramos professores de disciplinas de humanidades desmotivados devido ao pouco valor dado à sua tarefa. E uma maioria de alunos cuja arrogância juvenil os impede de pensar e aprender sobre assuntos que julgam trazer prontos de berço ou de nascença, como nos mitos dos heróis que, inconscientemente, acreditam ser por que entraram em uma disputada faculdade de medicina (RIOS, 2008, p. 1726).

Os principais problemas encontrados por Rios (2008, p. 1727) após diagnóstico da situação foram: Preconceito e desinteresse dos estudantes por assuntos que não consideram da medicina; Aulas ruins, superficiais, temas repetitivos, teóricos demais e descontextualizados do momento do aprendizado; Falta de professores e professores mal preparados para desenvolver a aprendizagem em pequenos grupos; Dissociação entre o que se discute nas disciplinas de humanidades e o comportamento dos professores de outras disciplinas na prática; Falta de reconhecimento institucional da área de humanidades; Falta de consenso quanto aos objetivos terminais da área de humanidades para o curso de medicina.

A partir disso, a proposta de integração compreendeu a elaboração de objetivos terminais, integração de disciplinas e temas de acordo com os objetivos terminais, cursos de capacitação docente, desenvolvimento de sistemas de avaliação e acompanhamento específicos, divulgação da área de humanidades e medicina para a comunidade da faculdade de medicina. Com isso, Rios (2008) finalizou seu artigo comparando o antes e o depois de duas disciplinas que passaram pelas mudanças integrativas e verificou resultados estatisticamente significantes para a variável satisfação dos estudantes.

O foco da minha terceira categoria de análise não procura saber se as disciplinas de humanidades interagem com as disciplinas fisioterapêuticas para propor uma integração delas. Eu acredito que Rios (2008) contribui com reflexões muito relevantes para o entendimento da integração de conteúdos das matrizes curriculares que analisei, indicando caminhos possíveis e as falhas mais comuns encontradas. Para o meu trabalho, os pontos centrais da discussão que a autora apresenta são o planejamento, o diagnóstico, o trabalho de grupo e os processos de acompanhamento e avaliações.

Considerando o exposto, percebo que os eixos na UEL carecem historicamente desse compromisso de equipe, de professores dentro e fora dos eixos, o que muito favoreceria o alinhar das tarefas para desenvolver um bom serviço. Formalmente, não se tem parâmetros para dizer se os eixos funcionam como mecanismos integradores, o que caracteriza a falta de instrumentos diagnósticos de acompanhamento. Os problemas encontrados por Rios (2008) assemelham-se aos da UEL, no que tange à repetição de temas, contextualização dos conteúdos, professores despreparados e ausência de sintonia das ações dos professores. Na UEL os eixos estão estruturados sobre fundamentos frágeis e não configuram referência para a ação dos professores.

Na *Keele University*, os eixos têm uma força maior. Talvez porque tenham definido, *a priori*, a filosofia do *spiral curriculum* cujos fundamentos são amplamente conhecidos e seguidos pelos professores, produzindo discursos mais homogêneos. Os eixos, em função da restrição do tempo, representam uma vantagem para a matriz curricular da *Keele University*, por isso o alinhamento ocorreu, aparentemente, mais rápido. A integração é percebida mais sólida horizontalmente, porém como na UEL, não havia nenhum diagnóstico formal a respeito. O problema maior do curso, conforme constatado, parece ser a comunicação deficiente entre as séries, pois impede a integração na sua verticalidade.

Como puderam perceber, essas reflexões já apareceram em outras partes, não se alterando com o transcorrer do trabalho, o que poderia talvez ter acontecido a partir do crivo teórico com que os cursos foram analisados. O que me leva a pensar que essas constatações podem ser consideradas base de reflexão para encaminhar propostas de mudança para os cursos de fisioterapia observados. Por conseguinte, enquanto estou tratando da integração curricular, estou na verdade realizando outra proposição, de natureza ontológica, que é a fisioterapia como prática híbrida. Para defender a hipótese da tese, precisaremos passar por estudos que tragam para a discussão a natureza do conhecimento fisioterapêutico.

Neste sentido, dentre os trabalhos encontrados, gostaria de destacar os seguintes: Nicholls e Gibson (2010) que propuseram a noção de *embodiment* como teoria aplicada à prática da fisioterapia; Shaw e DeForge (2012) que teorizam a fisioterapia como *bricolage*; Wikstrom-Grotell e Eriksson (2012) que discutem o movimento como conceito complexo e multidimensional; Robertson (1996) que realiza reflexões sobre o que denomina modelo *practitioner-scientist*; Noronen e

Wikstrom-Grotell (1999) e Parry (1997) que argumentam sobre qual seria o paradigma da fisioterapia e; Shaw, Connelly e Zecevic (2010) que defendem o pragmatismo como paradigma emergente de pesquisa na fisioterapia.

Para Robertson (1996) a fisioterapia é uma profissão clínica e como tal deveria focar diretamente em métodos de desenvolvimento e explicitação do conhecimento em domínios clínicos e clinicamente relevantes. Mesmo com a expansão científica, as técnicas de tratamento fisioterapêuticas permanecem eminentemente implícitas, indicando pouca evidência de acumulação de conhecimento. Por conseguinte, um modelo que conseguisse explicitar o conhecimento prático serviria melhor à fisioterapia. Desta forma, o modelo *practitioner-scientist* seria uma resposta para o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos profissional confiável, pela combinação das faces de uma mesma moeda.

Parry (1997) parece seguir o mesmo raciocínio de Robertson (1996) em relação à falta de comprovação de eficácia das técnicas, ausência de métodos próprios e o entendimento final de que devemos lançar mão de mais de uma perspectiva teórica e metodológica para dar conta do conhecimento da prática. Segundo Parry (1997), é essencial conseguir reconhecer quais são os tipos de pesquisa e problemas mais apropriados à fisioterapia, que impactem de maneira positiva a vida. Por isso, não existe uma abordagem ou método superior a ser adotado; a importância deve ser dada ao conjunto de métodos e tipos de conhecimentos, pois juntos é que sustentam a prática clínica. Assim, para ela a fisioterapia seria, portanto, multi-paradigmática.

Noronen e Wikstrom-Grotell (1999) avançam, estabelecendo a fisioterapia como uma ciência aplicada, que possui base de conhecimento e métodos educacionais próprios, dos quais a sociedade usufrui. Mas, precisaria definir sua identidade científica, esforçando-se para gerar critérios de avaliação dos efeitos clínicos. Esta proposta busca concretização no conceito de competência como paradigma. Seria o paradigma profissional, que abarca perspectivas holísticas e hermenêuticas, considerando a ontologia da profissão como determinante do seu caráter científico. Os autores (1999) pensam a fisioterapia como coletivo de paradigmas, precisamente existiria dentro da fisioterapia micro-paradigmas (positivista, hermenêutico e pragmático).

Sobre o pragmatismo, Shaw, Connelly e Zecevic (2010) o sugerem como base paradigmática, como fundamento da mistura de métodos de pesquisa na fisioterapia. Os autores (2010) entendem que a boa prática envolve integrar paradigmas diferentes com o processo de raciocínio clínico, o que facilitaria apreender a complexidade do contexto fisioterapêutico. Fica explícito que a combinação de paradigmas (ROBERTSON, 1996; PARRY, 1997; NORONEN, WIKSTROM-GROTELL, 1999) é essencial para a melhor prática, na qual as habilidades do fisioterapeuta expressam por si mesmas, indubitavelmente, a integração de múltiplas perspectivas. O pragmatismo defende a resolução de problemas da realidade (clínica), considerando como fundamental o princípio de utilidade.

Robertson (1996), Parry (1997), Noronen e Wikstrom-Grotell (1999) e Shaw, Connelly e Zecevic (2010), apresentam variações do mesmo discurso com contribuições específicas, que conjuntamente oferecem perspectivas da natureza do conhecimento fisioterapêutico. Estes estudos concordam que não é possível escolher um método que seja exclusivamente adequado para a fisioterapia. Apresenta características de uma ciência aplicada (NORONEN, WIKSTROM-GROTELL, 1999), porque expressa conhecimento da prática (PARRY, 1997; NORONEN, WIKSTROM-GROTELL, 1999; SHAW, CONNELLY, ZECEVIC, 2010), que revela integrações (SHAW, CONNELLY, ZECEVIC, 2010) e combinações paradigmáticas (PARRY, 1997; NORONEN, WIKSTROM-GROTELL, 1999). O binômio *practitioner-scientist*, na minha concepção, agrega e resume estas reflexões, no sentido de que nos remete automaticamente para o conceito de híbrido.

Os trabalhos de Nicholls e Gibson (2010) e Wikstrom-Grotell e Eriksson (2012) representam recortes teóricos que complementam a discussão sobre paradigmas, mas que terminam em aproximações amalgamadas, do jeito de múltiplos paradigmas ou dos híbridos. Nicholls e Gibson (2010) exploram e examinam a noção de *embodiment* como constructo teórico, porque assumem o corpo como coração e ponto de partida da fisioterapia. Utilizando conceitos sociológicos e fenomenológicos (da experiência da doença), afirmam que a noção de *embodiment* representa, de alguma forma, o que os fisioterapeutas já assimilaram para dar tratamento significativo às pessoas, configurando-se como comportamento naturalizado.

Consequentemente, não podemos discutir corpo sem mencionar o que lhe garante significado – o movimento e, Wikstrom-Grotell e Eriksson (2012) vêm na esteira, propondo o entendimento do movimento como conceito básico, realizando um estudo de aproximação com as ciências humanas. Após um resgate histórico do conceito de movimento, cinco categorias de análise são extraídas pelos autores (2012): Movimento como intencional e como meios; Movimento como emocional ou psicológico; Movimento como valor pessoal e independência; Movimento como valor absoluto e sinal de vida; Movimento como tratamento. Estas categorias podem ser atreladas aos modelos paradigmáticas expostos anteriormente, redundando num lugar comum de raciocínio, que para apreender o que é a fisioterapia devemos considerar interações, misturas e intercâmbios.

O que nos faz desembocar em Shaw e DeForge (2012) que sugerem entender a fisioterapia através do pluralismo, encontrado na noção de *bricolage* – que mistura parte de “todos” e cria um novo “todo” – porque esta poderia ajudar, movendo-nos em direções mais críticas e de autoconsciência, porque estaríamos abraçando as muitas formas de conhecer e fazer fisioterapia. O fisioterapeuta como *bricoleur* obtém conhecimento que é moldado tacitamente por regras discursivas e práticas que são infundidas por cultura, ou seja, evidenciam intersecções contextuais com seus nexos, ligações, interconexões, os laços das disciplinas entre corpos de conhecimento (LINCOLN, 2001 apud SHAW E DEFORGE, 2012). Caberia ao *bricoleur* (fisioterapeuta) costurar estes elementos para formar, por meio das interações epistemológicas, uma nova consciência profissional.

A figura do *bricoleur* nos trás a mente também o conceito de profissões mosaico cunhado por Lovisolo (1995) para referir-se ao apanhado disciplinar que constitui as novas profissões, como a educação física e a fisioterapia, que recorrem a vários campos de conhecimento para construir o objeto próprio. Silva e Lovisolo (2011, p. 610), discutindo o papel do professor pesquisador reflexivo, escrevem sobre a pesquisa como disciplina integradora e as dificuldades que a cercam:

Uma das saídas, cada vez mais enfatizada, tem sido a inserção da pesquisa como uma disciplina que poderia realizar um diálogo integrador, embora parcial, entre as várias disciplinas ou áreas de conhecimento. Porém, ainda não existe produção suficiente para sabermos se esta é uma saída para, efetivamente, amalgamar a formação. A dificuldade cresce quando consideramos que existe um espectro variado de modelos ou tipos de pesquisa e que, por vezes, há sérias oposições entre os docentes, que vão desde o campo epistemológico até o das técnicas. Para ficar mais claro,



basta citar algumas das oposições presentes no campo educacional. Por exemplo, com a oposição entre pesquisas quantitativas e qualitativas, entre o método dialético e o positivista, entre compreensão e explicação, entre objetividade e subjetividade. Todas geram polêmicas e mal entendidos, quase sempre entrópicos ou desorganizadores da proposta de conferir à pesquisa um papel integrador ou dialógico. Ao contrário, a pesquisa também parece funcionar como divisor de águas.

Diante do exposto, observa-se que existe uma esperança no potencial de integração curricular como principal arma de articulação da mudança curricular. Porém, os professores da UEL parecem não saber, exatamente, como encaminhar o processo de integração, falta clareza conceitual e ações reais. Lembrando ainda, que estamos falando de professores que estão vinculados a eixos que propõem integração. As discussões sobre a transição curricular iniciaram-se por volta de 1994, o novo currículo foi implantado em 2006 e a coleta de dados para este doutorado aconteceu em 2012. Mesmo assim, os professores ainda pensam a integração curricular em estado de desenvolvimento, o que não deixa de ser verdade, mas parece muito mais em estado embrionário – uns referem-se à integração como tentativas e outros imaginam que a mesma nem esteja acontecendo na realidade, apesar da variável tempo ser importante para gerar uma cultura e uma sociabilidade que acolha essa integração.

[Precisamos] melhorar em termos de integrar um conteúdo com outras disciplinas. Acho que seria um avanço bem importante isso, de introduzir mais ainda as metodologias ativas, a forma de avaliação. A gente já tem feito isso, tem trabalhado com algumas coisas diferentes: portfólios, avaliação formativa ... Isso não existia, mas dá pra ir buscar mais. [...] porque o currículo ele é bem fragmentado nas suas disciplinas [...] essa integração, acho que é uma das coisas mais complicadas que tem (BR-3).

Olha o currículo atual eu acho assim, a ideia, a concepção dele foi excelente, o que a gente parou para teorizar, conceber, a preocupação foi muito grande, principalmente com esse processo de integração entre as disciplinas, que a gente sabe que não acaba acontecendo na prática. Então assim, teve-se um cuidado muito grande, se perdeu muito tempo planejando, mas na prática as ações acabam não sendo tão eficazes, a gente não enxerga muito essa integração entre disciplinas ou então um docente acha que tem que dar [...] mesmo do básico, mesmo você conversando com o básico, eu gostaria que você trabalhasse isso, com esse enfoque, que depois na clínica a gente vai conseguir [...] mas a gente não consegue ter muito essa troca, o docente acaba dando o conteúdo da forma como ele está acostumado, como ele [...] alguns professores tem essa abertura, mas essa conversa entre a clínica e o básico, que a gente tinha ideia de integrar conteúdo inclusive, isso não está sendo eficiente, essa comunicação, essa troca não está acontecendo (BR-2).

[o currículo] tem uma certa integração entre as disciplinas, eu acredito que ainda é assim um processo ainda em formação. Digamos que está engatinhando ainda, ainda não conseguiu ficar em pé e andar independentemente, ainda tem muita coisa pra ser melhorada, mas em relação ao que era antes eu acho que está evoluindo para melhor (BR-6).

[...] Eu vejo que nós estamos fazendo muitas tentativas de integração, de transformar num aluno muito mais capaz de buscar seu conhecimento, mas acredito que nós ainda temos um longo caminho para atravessar, porque acredito que ninguém nega a importância dessa mudança, mas eu acredito que nós ainda temos um caminho de aprendizado do como fazer isso. [...] Mas, eu acredito que nós precisamos ainda melhorar talvez mais essa grade curricular, pensando objetivamente, para proporcionar mais tempo para esse aluno ser mais ativo e ele exercer mais essa capacidade de buscar o seu conhecimento, de integrar as áreas. Então eu acho ainda que precisa amadurecer mais um pouco, mais ainda, mais e mais, acho que é um processo contínuo, mas de oferecer, porque ele exige bastante do aluno ainda muita carteira, o aluno ainda fica muito na carteira, mesmo do quarto ano. Então eu acho que a gente precisa dar um pouco mais e balizar um pouco melhor essa busca de conhecimento desse aluno, mas nos preparando mais, maior capacitação do corpo docente para conseguir fazer isso (BR-5).

No caso inglês, as dificuldades de integração curricular são problemas operacionais, na concepção deles. Durante a estadia na *Keele University*, realizei duas apresentações formais com os resultados parciais das minhas observações de campo e entrevistas inglesas. A análise resultou, dentre outras, a categoria integração, na qual foquei meus esforços. Propus inicialmente mapear o currículo para evidenciar as ligações internas entre diferentes elementos, para tornar o currículo mais transparente, tornando explícito o que os estudantes deveriam aprender (HARDEN, 2001) a partir da identificação dos tipos de currículo que estavam em operação: O currículo declarado – que é o suposto que o estudante esteja aprendendo; O currículo ensinado ou real – que é o apresentado para o estudante; O currículo aprendido – o que os estudantes na verdade aprendem (ENGLISH, 1978 apud HARDEN, 2001).

Com isso, eu queria propor o mapeamento das deficiências da integração, com a intenção de promover um melhor alinhamento tanto dos eixos como dos interesses latentes. Novamente, inspirei-me nos estudos de Harden (2000) para diagnosticar o nível de integração curricular do curso de fisioterapia. Utilizei o instrumento que Harden (2000) denominou de escada de integração, que é dividida em níveis e subníveis: 1) Isolamento: consciência, harmonização e nidificação; 2) Co-ordenação temporal: compartilhamento, correlação, complementaridade,

multidisciplinaridade e interdisciplinaridade; 3) Transdisciplinaridade. Concluí afirmando que estavam entre nidificação e compartilhamento, saindo do nível 1 para o 2 de integração curricular. Por isso, sugeri que realizassem o mapeamento por série, fortalecendo ainda mais a integração horizontal, pois engajaria os professores, que seguiriam melhor fundamentados para a integração vertical. Relatei ainda, por último, que percebi a ausência dos estudantes no processo.

Na medida em que o modelo do *spiral curriculum* (HARDEN, STAMPER, 1999) guiou a mudança curricular inglesa, oferecendo-lhes uma maior clareza conceitual e, conseqüentemente estratégias direcionadas, o tema da integração curricular revelou-se mais nuançado ou menos obscuro, digamos. Aliás, esta seria uma importante contribuição de *Keele* para a UEL, pois com a adoção de um modelo, talvez conseguissem melhorar a estruturação das suas ações. Mas, voltando para o caso inglês, percebo a questão da integração curricular transfigurada no objetivo de aperfeiçoar o *clinical reasoning* (raciocínio clínico e tomada de decisões) – como produto final básico e essencial da formação. Os professores ingleses expressam que seria através do *clinical reasoning* que os estudantes demonstrariam o sucesso da integração curricular e a eficiência dos eixos.

No momento existem comentários sobre níveis de conhecimento, mas nós construímos um *spiral curriculum*, o que significa que nos permaneceremos revisitando patologias mais comuns e, aprimorando em profundidade, em profundidade de conhecimento. Nós estamos dizendo para os *clinical educators* [supervisores de estágio em clínicas fora da universidade] esperarem pelo momento que os alunos completaram toda a espiral até o final do terceiro ano. E, quando chegarem neste ponto, nós veremos se fizemos certo [...] até vermos como os três anos se encaixam, nós não seremos capazes de avaliar se nós acertamos ou erramos (UK-5).

A ênfase do novo currículo é mais sobre aprender o gerenciamento de habilidades terapêuticas no primeiro ano, tratamentos, coisas que os estudantes podem fazer com os pacientes e a ênfase da avaliação mudou para o segundo ano. Talvez essa seja a maior diferença entre os dois currículos [o novo e o antigo]. E, a razão para isso é que a avaliação, a resolução de problemas, o diagnosticar [...] identificar um problema ... É um nível mais alto de habilidade, um conhecimento, do que aplicar um tratamento para um paciente (UK-6).

Quando nós temos aulas com os estudantes procurando pela evidência da pesquisa, nós discutimos sobre a qualidade da evidência que eles encontraram. Uma das coisas mais difíceis é que tem muita evidência surgindo sobre técnicas de tratamento específicas, como por exemplo, a *task oriented training, constrained induced movement therapy* ... Mas, existe

muito menos evidência surgindo para as habilidades manuais básicas, que nós ensinamos aos nossos estudantes, então o que podemos fazer é falar sobre princípios. Para se encaixar dentro do currículo, nós falamos sobre princípios de gerenciamento e, nós aplicamos estes princípios em três patologias, então ao invés de ensinar ao estudante cada doença neurológica que existe [...] nós focamos nas mais comuns e, nós esperamos que eles adquiram habilidades para transferir aquele conhecimento para outros pacientes com problemas similares (UK-2).

Nós tentamos dar mais ênfase em pediatria no nosso currículo de graduação, o jeito que nós tentamos fazer isso foi usando histórias de caso. Pode ser que não haja uma aula sobre pediatria, mas se pode haver uma aula que nós estivermos desenvolvendo um tema com nossos estudantes, nós usamos o que chamamos de pacientes virtuais ou histórias de caso para ilustrar sobre o que estamos falando. Então, se estamos falando sobre tratamento do tecido mole [...] poderia ser asma, nós trazemos assuntos relevantes a pediatria, a escola, os pais, os parentes [...] pode ser ampliado (UK-1).

Eu gosto de *clinical reasoning*, é minha área de interesse em fisioterapia, se você preferir, eu gosto de juntar informações, de entender [...] ter um paciente ou um cliente e, analisar o grande esquema, as coisas em volta daquela pessoa, entender como as coisas interagem [...] eu acho isso fascinante sobre a fisioterapia [...] Ter essas habilidades no currículo é a chave [...] gosto da idéia de construir gradativamente o conhecimento através da aproximação com o *spiral* [...] (UK-3).

Os ingleses também depositam esperança na integração curricular, porém não a evocam por esse nome, preferem o discurso do *spiral curriculum* e do *clinical reasoning*, por isso tratam do tema como obtenção de conhecimento mais aprofundado em termos de complexidade e, menos como interação disciplinar (UK-6). A valorização do raciocínio clínico (UK-3) está alinhada com a perspectiva do *spiral curriculum* e com a perda de espaço para o desenvolvimento das habilidades manuais. Existe também uma busca de priorização do tempo no que tange às técnicas didático-pedagógicas, pois se utilizam de técnicas, como as histórias de caso (UK-1), para agregar temas, aproveitando-se das correlações possíveis (UK-1; UK-2).

Eu considero importante a utilização de filtros para condensar conteúdos através da escolha de temas comprovadamente frequentes e similares, pois otimizaria o espaço e o tempo dos eixos, providenciando ementas que teriam a preocupação de estarem sempre atualizadas, ou seja, teríamos currículos menos inchados. Na minha experiência, como professor, os currículos brasileiros carecem do pragmatismo inglês. Existe uma ansiedade brasileira, uma vontade às vezes

desmedida, para se contemplar tudo, qualquer modismo parece viável à matriz curricular. Alguns podem justificar como demanda de mercado, entretanto não podemos absorver instantânea e eficientemente novas responsabilidades, sem algum prejuízo.

Integração curricular e *clinical reasoning* representam misturas, que respondem a dispositivos engajados na redefinição da sociedade e natureza, ancoradas em novas representações da sociedade e da natureza e são operacionalizados em um campo profissional com processos sociais próprios. Assim, não teria como estabelecer precisamente uma distinção entre técnica e contexto social (LATOURE, 1994). Portanto, podemos compreendê-los como híbridos sócio-técnicos, que engendram um coletivo, no qual a fisioterapia seria tanto técnica (pertencente ao domínio da natureza segundo Latour) quanto política (relações sociais). O que desestabiliza a constituição científica e seus processos de purificação, porque as incertezas do humano as contaminam.

A técnica na fisioterapia comporta-se como objeto e sujeito das ações, expressando neste sentido, uma simetridade em termos de competência (do centro) e, por isso proporciona uma leitura menos fechada do mundo, porque o corpo permite infinitas conexões como instrumento de trabalho – através das mãos acessamos não unicamente a pessoa doente ou a doença, mas também a sua família, a comunidade de origem, seu trabalho, as cosmovisões de saúde, os sistemas de saúde, as tecnologias médicas ... Fazendo visível a agência dos coletivos nas redes sociotécnicas.

Portanto, a integração curricular encaminha-se para o fortalecimento da proliferação dos híbridos na fisioterapia, valorizando as misturas. Estas são percebidas de maneiras diferentes na formação profissional do fisioterapeuta, conforme as conexões que se querem ressaltadas, mas inegavelmente estas apontam para o caminho do centro (LATOURE, 1994), que agora parecem mais desveladas. Vejamos, algumas situações na formação, que evidenciam as redes e suas conexões, deixando transparecer algumas misturas.

Os alunos não ficam só em sala de aula. Eles saem da sala de aula, vão para a comunidade, vão pro domicílio de algum paciente para conhecer a realidade [...]. Acho que nós melhoramos muito com esse currículo – o aluno sai com uma visão mais ampla. Ainda nosso currículo, ele ainda é mais especialista. Tem momentos que ele tem uma visão mais generalista [...]. Então, tem que saber de tudo, então assim permite em alguns momentos

essa visão generalista, não são em todas as áreas, mas eles já acabam tendo isso (BR-3).

Hoje você tem vários cenários de aprendizagem. Hoje você tem várias formas ... O aluno hoje é diferente, então você tem que tentar ... Hoje você não passa mais o conteúdo, hoje você tenta estimular o aluno de uma forma, de uma didática diferente e com a sua experiência torná-lo melhor. [...] Então, não vou dizer que ele é generalista não, eu acho que o aluno tenta sair hoje bem global. Tentamos conseguir isso, achamos que ele sai dessa forma (BR-7).

Eu consigo hoje dar uma noção para esses alunos do que é uma pesquisa, do que é o fazer pesquisa, do que é um projeto, onde você consegue informações, a parte estatística [...]. A disciplina não é para se fazer pesquisa, a disciplina, lógico, eu vou voltar para isso, mas eu preciso dar essa formação para o meu aluno, para ele se auto-sustentar, para ele se atualizar, para ele estudar, para ele adquirir o conhecimento. Se ele estiver trabalhando como empregado num hospital, numa cidade fulano de tal, muita pouca possibilidade ele vai ter para fazer curso, congresso, eventos, etc ... Em casa ele pode trabalhar, tem plenas condições de trabalhar, de estudar, de ler e de praticar uma boa clínica (BR-1).

Tudo que eu estudei, tudo que eu experimentei e, esse currículo, com as pessoas que compõem hoje esse currículo, me mostram que algumas coisas não são de propriedade do professor. É um universo, você está provocando isso, isso vai ter movimentos próprios do aluno, do colega, do currículo. A minha aula hoje ela tem essa ... Talvez esse conforto de que não está tudo em mim e, acho que até a minha supervisão de estágio mudou. Quando eu tento fazer o aluno ser crítico, ele buscar a resposta, não dar a resposta pronta. Ela vem por essa experiência de currículo [...] (BR-4).

Como demonstrado, a perspectiva de formação na UEL parece mais explicitamente voltada para a humanização. Desta forma, a integração mostra-se alinhada com as políticas públicas de saúde, que buscam esse profissional generalista com visão mais ampla (BR-7) ou global como prefere o professor BR-7. Para atingir esta expectativa de transformação do perfil profissional, tentam enriquecer as experiências de aprendizado, inserindo o estudante em situações reais, variando os cenários de aprendizado. Inclusive, a própria pesquisa, como disciplina, deixou clara a importância da sua aplicabilidade para a boa prática e desenvolvimento continuado (BR-1). Então, todas as conexões vão se fazendo presentes, criando mobilizações, combinações e misturas de sujeitos e objetos no universo (BR-4) das redes.

No contexto inglês, já mencionei que não havia percebido a questão da humanização de modo preponderante como no brasileiro, porém isso não significa

que não desenvolvam a temática, como se confirma na fala do professor UK-4 mais adiante. A integração curricular inglesa está transfigurada, na minha análise, no *clinical reasoning* e com ele depreende-se outra discussão, que é o questionamento da cientificidade da fisioterapia e o papel da ciência na profissão. Assunto que foi motivo de controvérsias da nossa história, porque envolvia aspectos identitários, relacionados também com a aquisição de *status* universitário. Devido à predominância de conhecimento tácito como característica dominante da profissão, colocava-se em dúvida o seu reconhecimento no campo. Os discursos abaixo estampam a beleza do processo de amadurecimento do campo da fisioterapia, que por vezes soa como uma defesa, porém muito sensata e equilibrada, que novamente, colocam os híbridos no jogo.

Eu não sou um pesquisador, mas eu absolutamente valorizo a tentativa de aumentar nossa evidência científica, nós não somos uma profissão que tem grande evidência, mas não é porque a fisioterapia não funciona, tem muito que ainda não foi pesquisado, então eu acho que é muito valioso. Eu acho que precisa ser feito mais para que nossos estudantes sejam educados cientificamente. A profissão está mudando e mais estarão envolvidos em pesquisa. Eu acho que tem que acontecer para que faça a nossa profissão sobreviver, nós temos que ser capazes de provar que o que fazemos funciona. Mas, eu diria que a fisioterapia não só diz respeito à ciência, existem muitas mais faces da fisioterapia e, porque uma intervenção em particular funciona pode não ter a ver com ciência [...], poderia ter mais a ver com os efeitos psicológicos, alguma mudança de atitude e, crenças da pessoa sobre sua própria saúde e a responsabilidade pela própria saúde (UK-5).

É muito o caso de utilizarmos o que temos disponível. Nós ensinamos ao aluno que a falta de pesquisa não significa que o que fazemos é errado. Significa que não temos a evidência ainda para provar que o que fazemos é certo. Fazer o estudante ver que qualquer tipo de intervenção em reabilitação neurológica é melhor do que nenhuma intervenção. [...] Talvez nós podemos não ter tanta evidência quanto gostaríamos de ter para provar que o que fazemos é certo, mas ao mesmo tempo alguma evidência está lá e, nós temos que usar o que existe. [...] Eu acho que a profissão ainda precisa ser prática [...] precisa ser ainda mais prática para aqueles pacientes mais complicados, que exigem muita perícia para tratar [...] Estamos ensinando nossos alunos a terem uma aproximação realista do cuidado [...] nós conversamos sobre o modelo médico de tratamento e, falamos sobre ver o paciente como um todo, sobre problemas biopsicossociais também, cuidar do paciente todo e entender os problemas particulares daquele paciente. Eu dei uma aula duas semanas atrás para o segundo ano falando sobre comunicação e nós falamos sobre os fatores que afetam a aplicação dos exercícios. Então, não é só o caso de chegar e dizer eu sou o terapeuta, faça esses exercícios, é reconhecer se o paciente está com dor, ansioso [...] (UK-2).

Nós devemos ensinar fazendo os alunos se comprometerem com o aprendizado baseado em evidências, eu acho que isso é essencial. Mas, eu

advertiria sobre jogar fora algumas habilidades clínicas, simplesmente porque ainda não identificamos a base científica ou que a evidência ainda não esteja clara. Então, eu acho que nós realmente devemos ser cautelosos em dizer que todas as coisas que tenham base científica estão certas ou são boas e, aquelas coisas que não tenham base científica não devemos usar. Nós devemos ser muito cautelosos sobre isso, mas eu acho que devemos ser realmente bem claros com nossos estudantes sobre que nível de evidência que existe, onde existem lacunas, onde a pesquisa está faltando [...]. Nosso estudante não deve aplicar cegamente terapias sem o entendimento da sua base científica ou, em termos de evidência científica da pesquisa [...]. Mas, também não devemos falhar em ensiná-los uma técnica que é usada na prática em que o nível de evidência é fraco, porque talvez o problema seja mais o nível de perícia do que verdadeiramente a base científica. Eu posso dar-lhe um exemplo, você está familiarizado com a técnica de vibração torácica para tratar condições torácicas de expectoração? [...]. Quando eu comecei a ensinar aquela técnica aos estudantes, não existia base científica para apoiá-la e, nós tínhamos que ser honestos com os estudantes, dizendo que era uma técnica empregada na prática – esta é a forma que você faz, é a forma que você aplica, e estas são as razões teóricas, mas ainda não tínhamos base científica. Agora, sete anos depois, eu fui num congresso há alguns meses atrás e a evidência agora está crescendo e é apoiada o uso daquela técnica por mãos habilidosas, porque a técnica melhora o fluxo respiratório e parece melhorar os resultados do paciente [...] (UK-6).

Desta forma, encontramos justificativa plausível do porque a fisioterapia responde “laconicamente” ao clamor científico de prova de eficácia – ela tem seu tempo (UK-6). Mas, além disso, o modelo biomédico não se sintoniza, não se encaixa perfeitamente com o modelo fisioterapêutico, pois nossos tratamentos valorizam o aspecto individual, levando muito em consideração a relevância clínica como resultado. Neste ponto, estamos em concordância com a medicina clínica, porque “uma intervenção médica somente necessita ser efetiva em um único indivíduo para ser considerada uma terapia efetiva” (TONELLI, CALLAHAN, 2001, p. 1216). A fisioterapia se beneficia desta perspectiva, porque verificamos constantemente a melhora clínica de pacientes, utilizando técnicas com pouca ou nenhuma evidência científica.

Quando um paciente parece ter se beneficiado de uma intervenção considerada ineficaz por um ensaio clínico, explicações alternativas são freqüentemente oferecidas, exceto um caminho causal direto. Mas, embora o efeito placebo e a melhora espontânea certamente ocorram, o crédito de que eles sejam a razão pela melhora do paciente permanece especulativa. Se um paciente demonstra melhora depois de uma sessão de toque terapêutico, por exemplo, a possibilidade que a intervenção e não o efeito placebo ou, o acaso causou aquela melhora no indivíduo permanece, apesar dos resultados dos ensaios clínicos demonstrarem a ineficácia da prática. A recusa do benefício pode certamente ser discutida a partir de uma perspectiva racionalista, que o tratamento é incongruente com o modelo biofisiológico da doença, mas isso não pode ser provado simplesmente por



acumulação empírica de evidência. No mais, pode ser discutido que a razão do benefício, se causa direta ou placebo ou outro efeito indireto, é irrelevante para a noção de valor terapêutico. O fato de que um paciente sente-se melhor, apesar da razão para aquela percepção, representa uma reivindicação de eficácia (TONELLI, CALLAHAN, 2001, p. 1216).

Para Tonelli e Callahan (2001, p. 1215) o modelo biomédico, que responde à constituição moderna, pretende definir-se como paradigmático, mas apesar disso, não ignora outras formas de conhecimento da saúde, somente expressa sua preferência pelo conhecimento obtido na pesquisa científica. Contudo, para os autores (2001), a preferência pela experiência que oferece a evidência primária, representa uma escolha epistêmica e não uma necessidade científica. A evidência científica da eficácia, de maneira isolada, é insuficiente inclusive para o próprio modelo biomédico, que internamente deveria operar pela coerência. Os autores afirmam:

Demonstrar causalidade em um único indivíduo é mais convincente quando sinais e sintomas de longa data diminuem logo após a instauração de uma terapia e, retornam na ausência daquela terapia, para somente desaparecer outra vez quando a terapia é re-instaurada. [...] Aquele conhecimento em medicina pode vir não somente de ensaios clínicos, mas também de simples observações clínicas [...] Evidência empírica vem em muitas formas, de resultados de grandes ensaios clínicos até a simples observação de um paciente (TONELLI; CALLAHAN, 2001, p. 1215).

[...] evidência de eficácia sozinha não é suficiente, coerência dentro do modelo biofisiológico é ainda exigida. Os exemplos mais óbvios dessa dependência da teoria na medicina ortodoxa vêm das terapias da medicina complementar e alternativa, que demonstram eficácia em ensaios controlados. Por exemplo, acupuntura foi consistentemente repudiada pela medicina ortodoxa como não tendo base científica, ainda que estudos clínicos começassem a sugerir efetividade. Aceitação gradual da acupuntura dentro da comunidade médica ortodoxa aconteceu não a partir da simples acumulação de boa evidência clínica, mas de uma hipótese cientificamente apoiada de que os efeitos da acupuntura vêm não pela manipulação do Qi, mas por estimulação neuroelétrica [...] Aceitação é contingente não simplesmente pelo peso da evidência empírica, mas pela coerência com a teoria dominante da doença (TONELLI, CALLAHAN, 2001, p. 1217).

Tonelli e Callahan (2001) consubstanciam positivamente a prática da fisioterapia, agregando valor ao conceito de híbrido (LATOUR, 1994), porque nos informa que a relevância clínica é tão importante quanto a evidência científica adquirida nos ensaios clínicos aleatoriamente randomizados. Desta forma, as respostas individuais aos tratamentos são colocadas no mesmo patamar de

importância e aceitas como válidas, enfraquecendo as exigências impostas pelo modelo biomédico, o que segundo os autores (2001), não abole a necessidade de realização de pesquisas, que visem avaliar ou comprovar a eficácia das técnicas. Então, há simetria epistemológica (LATOUR, 1994) entre relevância clínica e científica, entre as dimensões técnica e humana.

Tonelli (2006, p. 253) definiu cinco tópicos relevantes para a tomada de decisão médica, o que complementa o meu posicionamento anterior sobre o intrincamento do humano com a técnica. Os tópicos não caracterizam uma ordem hierárquica, qualquer um pode ser mais determinante para uma tomada de decisão clínica que outro, sendo a transposição para a fisioterapia válida:

1. Evidência empírica – derivada de pesquisa clínica;
2. Evidência experiencial – derivada de uma experiência clínica pessoal ou da experiência clínica de outros (opinião de perito);
3. Análise patofisiológica – baseada em teorias subjacentes da fisiologia, doença e cura;
4. Valores e preferências do paciente – derivada de interação pessoal com pacientes;
5. Aspectos do sistema – incluindo disponibilidade de recurso, valores sociais e profissionais, preocupações legais e culturais.

Em outras palavras, não tem a ver somente com técnica e ciência, Latour (1994, p. 9-10), escreve e praticamente encerra a problemática defendendo a conexão da natureza das coisas ao contexto social:

[...] os críticos pensam que estamos falando de técnicas e de ciências. Como estas últimas são, para eles, marginais, ou na melhor das hipóteses manifestam apenas o puro pensamento instrumental e calculista, aqueles que se interessam por política ou pelas almas podem deixá-las de lado. Entretanto, estas pesquisas não dizem respeito à natureza ou ao conhecimento, às coisas-em-si, mas antes a seu envolvimento com nossos coletivos e com os sujeitos. Não estamos falando do pensamento

instrumental, mas sim da própria matéria de nossas sociedades. [...] Aqueles que colocam entre parênteses o referente externo – a natureza das coisas – e o locutor – o contexto pragmático ou social – só podem mesmo falar dos efeitos de sentido e dos jogos de linguagem. [...] É verdade, entretanto, que se trata de retórica, estratégia textual, escrita, contextualização e semiótica, mas de uma nova forma que se conecta ao mesmo tempo à natureza das coisas e ao contexto social, sem contudo reduzir-se nem a uma coisa nem a outra.

Por conseguinte, Latour (1994) diz que as reputações desses pólos são mantidas somente enquanto permanecerem distintas, quando aceitamos as naturezas-culturas sem reduções, as acusações se esgotam. A prática da fisioterapia, pelas razões discutidas nesta seção, pode ser vista como híbrida, porque tem mediado a produção de misturas. Como prática híbrida se compromete com a sua própria produção de verdades, com suas próprias regras, construídas também através da pesquisa, experimentação e observação (DEW et al., 2014). Abre portas, acolhendo outras epistemologias.

Por fim, seguindo os trabalhos de Keshet (2010a; 2010b), podemos nos assegurar que os fisioterapeutas hibridizam diferentes e contraditórias categorias, gerando seu próprio corpo de conhecimentos (híbrido). Em outras palavras, as técnicas consideradas tácitas (ainda sem evidência científica) constroem pontes incorporando a ciência, tornando-se práticas híbridas da modernidade. A dimensão do tratamento, seja ela qual for, nunca conseguirá ser totalmente separada, por exemplo, dos componentes da espiritualidade, dos sentimentos, do cultural e do social. Nesse sentido, os híbridos são uma realidade, estão em todos os lugares mesmo.

A análise desta última categoria reforçou a hipótese deste estudo de considerar a fisioterapia como prática híbrida, tratada nas seções anteriores por meio da caracterização do perfil profissional e depois através das tensões dos campos. A integração curricular formaliza documental e operacionalmente a presença de uma estrutura estruturada de hibridização da formação do fisioterapeuta. A análise da integração curricular foi muito importante também para esclarecer o papel da ciência enquanto inquisidor de eficácia terapêutica. Este esclarecimento resultou, na minha concepção, na diminuição dos nossos desconfortos, gerados pela utilização de técnicas ainda sem comprovação e validade científicas, mas que se apóiam principalmente na relevância clínica para continuarem a serem usadas como tratamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] Cuida do essencial; o que brilha nos olhos é o que é [...].

(ADÉLIA PRADO)

A tese apresentada foi resultado de um longo percurso que se iniciou na graduação, passando pela especialização e chegando ao mestrado em 2004, quando analisei a noção de corpo e o paradigma biomédico nas transições curriculares da UEL. Considero o doutorado uma continuidade, com um pequeno desvio do objeto inicial, mas que se mostrou um desvio altamente produtivo, porque pude explorar novos conceitos, ampliando minha visão do processo de ensino e aprendizagem do fisioterapeuta.

Retornar à UEL, mergulhando naquela rotina, convivendo com os professores e presenciando as mudanças do curso desde a minha graduação somente reforçou minhas inquietações. Em relação ao mestrado, o doutorado proporcionou uma experiência mais aprofundada, porque as salas de aula me permitiram uma observação mais próxima das disposições, enquanto captava as representações e os significados sobre o currículo. De maneira equivalente, a experiência na Inglaterra possibilitou a interação e troca de conhecimentos com pesquisadores de diferentes países. Foram diálogos que produziram, direta ou indiretamente, muitas reflexões a respeito da formação, colocando as minhas opiniões em dúvida. Desta forma, fui absorvendo as similaridades, diferenças e conexões entre os dois contextos, para montar um grande quadro com dados empíricos.

Consequentemente, as histórias que foram contadas continham muito de mim, porque não eram histórias transparentes, precisavam que alguém as decifrasse. Busquei nelas os temas que considerei essenciais, desenvolvendo uma interpretação, tecendo uma lógica. Tudo com o intuito de conseguir uma explicação epistemológica para o campo da fisioterapia, que se transformou numa defesa do seu fazer *a-moderno*. E, realmente, não poderia ser de outra maneira, porque somos uma profissão do corpo e das mãos (as mãos como outro corpo). E devido a essas características, temos resistido à partição deste mundo, tentando acompanhar sua rapidez e a volatilidade das coisas. Na minha análise, representamos o encontro do racionalismo moderno com a provisoriedade da ordem cultural.

Tudo isso me parece que foi “culpa” de Latour (1994), que me fez vislumbrar numa réstia de luz, uma contribuição para o ensino de fisioterapia através do desvelamento da natureza do seu conhecimento. Para isso, comecei caracterizando o que seria uma profissão moderna (FREIDSON, 1984, 1999), evidenciando os desejos latentes de assumirmos essa roupagem, porque afinal todos parecem sucumbir a ela. Entretanto, no caso da fisioterapia, percebi que é muito mais vontade (ou tendência) de querer ser moderno do que realmente damos conta. Logo em seguida, fui gradualmente dando encaminhamento a uma contraposição, apresentando primeiro a idéia de conhecimento tácito (POLANY, 1958 apud MACHADO, 2001; NONAKA; TAKEUSHI, 1997 apud PERAZZO, TENÓRIO, 2010), que nos proveu mais alento, que encontrou fôlego na proposição de uma epistemologia da prática, defendida por Barato (2004). Contudo, aquele profissionalismo moderno não estava sozinho, também tinha seus reforços, porque se associava aos imperativos científicos (MERTON, 1979) como estratégias adicionais de controle, poder e legitimação no campo. E a discussão deles desembocou no desencantamento da ciência, na crise das verdades científicas (KUHN, 1962 apud SANTOS, 1979; PRIGOGINE; STENGERS, 1984; FEYRABEND, 1977; ROSENAU, 1992). Refletindo sobre esta crise, busquei apoio teórico no conceito de campo científico (BOURDIEU, 1983; 2000), para esquadrihar as estruturas incorporadas e o campo de poder (BOURDIEU, 1988; 2005) da fisioterapia, para compreender como conseguiam transfigurar os princípios das diretrizes e dos projetos pedagógicos, envolvendo estratégias e capitais sociais (BOURDIEU, 2008; MERTON, 1977; LATOUR; WOOLGAR, 1997). Porém, essas teorias não eram suficientes sozinhas ou articuladas. Elas precisavam de uma

amarração melhor, que encontramos no conceito de híbrido (LATOURE, 1994), porque este sempre esteve infiltrado. O conceito de híbrido guiou o processo de verificação da produção das misturas e dos novos sentidos dados pelas noções de natureza e cultura, estimulado pelos esforços de humanização do campo da saúde. Diante deste escopo, o conceito de híbrido evidencia a fisioterapia, realmente, como a face da modernidade não realizada.

Portanto, os resultados e a discussão da tese congregaram informações empíricas, observações de campo, entrevistas e leituras documentais, que depreenderam três categorias de análise, todas elas permeadas pelo conceito de híbrido e sempre remetendo ao currículo. Os achados principais apontaram aproximações e afastamentos entre os cursos de fisioterapia da UEL e da *Keele University*. Ambos estão trabalhando por uma formação generalista, apesar de apresentar um corpo docente basicamente de especialistas, trazendo-nos novamente, a problemática dos generalistas *versus* especialistas, já tratada na minha dissertação de mestrado (SUMIYA, 2007, p. 78) como um binômio que co-existe, de forma complementar e não excludente, sendo uma consequência prevista da formação generalista. Para esta tese de doutorado, acrescento que é muito complexo o desvencilhar do professor da sua especialidade, por isso que a integração curricular solicita um investimento em capacitação docente, para dar conta das novas maneiras de ensinar, aprender e avaliar.

Além disso, saliento a contribuição de Teixeira (2012) que apontou que mudanças curriculares encaminhadas por comissões tendem a não abarcar todos os pensamentos. E, desta feita, a mudança vai acontecendo, ora arrastada, ora à revelia. O que acentua as dificuldades de uma matriz curricular com configuração disciplinar, rigidamente pré-determinada, como é o caso da UEL, que induz diretamente a formação especialista, porque o estudante enxerga segmentado. Eu penso que uma proposta desta tese seria o fortalecimento identitário dos eixos disciplinares, frente à própria matriz curricular e aos professores, para defender, mais explicitamente a filosofia da integração alinhada às diretrizes curriculares e projetos pedagógicos. Considero importante um diálogo objetivo entre disciplinas que constituem uma mesma série, para estabelecer metas em comum. No meu raciocínio, este fortalecimento é possível neste momento, o que favoreceria o surgimento natural de discussões sobre a verticalização através da adoção de um novo modelo curricular.

A *Keele University* apresenta a vantagem de ter eixos disciplinares que perpassam e englobam toda a matriz curricular, nos quais os temas são desenvolvidos através de módulos. Na *Keele University* os indícios de integração curricular são mais fortes, porém, apesar disso, as atividades consideradas transversais ainda não encontraram a melhor evidencia de conexão entre as diferentes séries. Desta forma, os professores relataram a necessidade de instrumentos de avaliação e acompanhamento, para pontuar melhor quais são os focos de integração e como estariam ocorrendo. Considerando estes fatores positivos, a *Keele University* poderia partir para estratégias de integração vertical mais rapidamente, pois se mostraram eficientes na horizontalidade.

Em relação às tensões, disputas e diferenças de capitais do campo da fisioterapia, ficou evidente que estes fatores eram mais perceptíveis, apesar de negligenciados na elaboração do currículo no curso da UEL mais que no da *Keele University*. O que chamou atenção na discussão sobre o campo da UEL foram os desconfortos provocados pela redução de carga horária dos estágios curriculares devido à criação do estágio em saúde coletiva, mostrando o quanto é complexo delimitar e manter um espaço. Apesar das oposições estarem aparentemente enfraquecidas, deve-se tomar cuidado com possíveis retrocessos – perda de território e descaracterização do seu campo. Outra situação importante que a discussão sobre campo trouxe foi sobre as diferenças que existem entre as trajetórias, posições e, conseqüentemente os capitais sociais dos professores, determinando como encaram os eixos disciplinares e a matriz curricular. Acredito que sem uma vantagem explícita, nem mesmo o tempo conseguirá mudar as disposições atuais. Porém, destaco e reforço a necessidade primeira de coesão interna dos eixos, para que se mostrem como tal, porque as disciplinas que constituem estes eixos são amplamente percebidas como outras quaisquer, totalmente isoladas, contudo, os eixos estão em movimento com o processo de renovação docente.

A percepção deste isolamento dos eixos na UEL denuncia a falta de comprometimento e o esgarçamento das relações internamente. E tenho consciência de que isso seja particularmente verdadeiro para a disciplina de Habilidades Interpessoais II, no sentido de que apresentou um discurso relativamente negativo sobre si próprio. Muitas vezes pensei que a existência da disciplina de Habilidades Interpessoais II fosse mesmo desnecessária, porque se

auto-referia como introdutória, mas sempre dando a impressão de que o melhor estava por vir. Como trabalha com avaliação e sendo objetivo da formação aproximar o estudante mais rapidamente da prática, esta disciplina torna-se instrumento importante de apresentação do campo da fisioterapia. Desta forma, torna-se premente resgatar seu valor, melhorando o relacionamento interno (dos professores da disciplina) e a sintonia externa com os professores das disciplinas que introduzem, evitando contradições e sobreposições de temas, propiciando, verdadeiramente, continuidade e aprofundamento dos conteúdos nas séries e através delas.

Na minha terceira categoria de análise busquei consolidar o emprego do conceito de híbrido na fisioterapia, utilizando a integração curricular como idéia norteadora principal, porque representava a “formalização” das misturas, entre o biológico e social, durante o ensino e a aprendizagem. Acredito que a terceira categoria não somente entrelaçou a discussão, como forneceu maior nitidez e síntese. Desta forma, a integração curricular e o *clinical reasoning* além de representar processos de hibridização, são também instrumentos de mediação, produtos da agência dos coletivos nas redes sociotécnicas, que garantem grande visibilidade para os híbridos, pelas inúmeras conexões que revelam.

A integração curricular como estratégia de formação encontrou amparo em trabalhos que refletiam, amplamente, sobre a natureza do conhecimento da fisioterapia (ROBERTSON, 1996; PARRY, 1997; NORONEN, WIKSTROM-GROTELL, 1999; SHAW, CONNELLY, ZECEVIC, 2010), expondo a presença do híbrido pela caracterização da fisioterapia como constituída por combinações paradigmáticas, nas quais o fisioterapeuta é um *bricoleur* (SHAW, DeFORGE, 2012). Rios (2008) complementou esta discussão, exemplificando/descrevendo o desenvolvimento de uma integração curricular, do seu diagnóstico até a implantação, o que me fez pensar, tendo em vista ainda a filosofia do *spiral curriculum*, que seria muito proveitoso se a UEL escolhesse um modelo curricular para seguir, que orientasse conceitualmente melhor as ações do curso.

Por fim, uma das minhas preocupações nesta tese era trabalhar com Bourdieu e Latour (campo-híbrido) juntos; creio que conseguimos avançar operacionalizando-os adequadamente. Na sistematização dos resultados eles permaneceram relativamente separados para podermos destacar suas contribuições. De qualquer forma, o híbrido sempre esteve permeando o campo e o



campo sempre os produzindo – existe, portanto, muita tensão na relação pureza-híbrido e muito híbrido-pureza no campo. Desta forma, identifica-se, de um lado um, um profissionalismo mais positivista e, de outro, um que busca atender às demandas da humanização, reformulando o perfil profissional, redefinindo as relações.

Ambos os contextos de pesquisa me recepcionaram muito bem, superando minhas expectativas. Fora isso, reconheço duas possíveis limitações: talvez pudesse ter estado mais nas salas de aula inglesas, mas por ter constatado durante a observação de campo uma dinâmica semelhante à brasileira, decidi circular mais “livremente”; o tempo de permanência na Inglaterra, circunscrito aos parâmetros da bolsa sanduíche, poderia ter sido maior para favorecer a criação de laços sociais que fizessem aflorar tensões ocultas; talvez para uma análise mais ampla de ambos os contextos, fosse interessante incluir os discursos dos estudantes na pesquisa, podendo esta última limitação ser considerada também uma perspectiva de estudo futuro.

O que posso concluir deste percurso é que o conceito de híbrido explica a fisioterapia como prática composta de culturas-naturezas, entretanto não encerra sua discussão em decorrência das mudanças dos significados e sentidos presentes no mundo social – não existe nada totalmente acabado, minha análise é somente uma versão da realidade que adveio das falas dos atores e da observação e apreciação cuidadosa das práticas deste universo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRES, J. A. Integração curricular e interdisciplinaridade: sinônimos? **Educação e Realidade**, v. 36, n. 1, p. 215-230, 2011.

ALBUQUERQUE, L. M. B. **Sujeito e realidade na ciência moderna**. São Paulo: Annablume, 2003.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. Currículos disciplinares na área de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 261-272, 2009.

ALMEIDA, J. A. G.; GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 71-76, <sup>a</sup>1998.

BALL, S. J. Profissionalismo, gerencialismo e performatividade. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 126, p. 539-564, 2005.

BARATO, J. N. **Educação profissional: saberes do ócio ou saberes do trabalho?** São Paulo: SENAC, São Paulo, 2004.

BARBOSA, M. L. O. A sociologia das profissões: em torno da legitimidade de um objeto. **BIB**, Rio de Janeiro, n. 36, p. 3-30, 1993.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4<sup>a</sup> ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BASTOS, M. A. R. Estratégia metodológica utilizada para contextualizar o cenário cultural do CTI de um hospital universitário. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 163-71, 2001.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BEANE, J. A. Integração curricular: A essência de uma escola democrática. **Currículo sem fronteiras**, v. 3, n. 2, p. 91-110, 2003.

BECKER, H. **Sociological work: method and substance**. Chicago: Aldine Publishing, 1970.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BERBEL, L.; VOLPONI, T.; LOPES, J.; SUMIYA, A. Pensando a aplicação de metodologias ativas na área da saúde: O aprendizado baseado em problemas. **XIX Encontro Anual de Iniciação Científica (EAIC)**, UNICENTRO, 2010.

BETTI, M. Por uma teoria da prática. **Motus Corporis**, v. 3, n. 2, p. 51-72, 1996.

BLOOR, D. Anti-Latour. **Studies in History and Philosophy of Science**, v. 30, n. 1, p. 81-112, 1999.

BONELLI, M. G. **O que ler na Ciência Social brasileira (1970-1995)**. São Paulo: Sumaré: ANPOCS; Brasília, DF.: CAPES, 1999.

BONNEWITZ, P. **Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2003.

BOURDIEU, P. Campo intelectual e projeto criador. In: POUILLON, J (Org). **Problemas do estruturalismo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968, p. 105-145.

\_\_\_\_\_. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org). **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983, p. 122-155.

\_\_\_\_\_. A gênese dos conceitos de *habitus* e de campo. In: **O poder simbólico**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000, p. 59-73.

\_\_\_\_\_. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São: Editora UNESP, 2004.

\_\_\_\_\_. Campo do poder, campo intelectual e *habitus* de classe. In: MICELI, S. (org). **A economia das trocas simbólicas**. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2005, p. 183-202.

\_\_\_\_\_. **Homo Academicus**. Standford: Standford University Press, 1988.

BUCHER, R.; STRAUSS, A. Profession in process. **The American Journal of Sociology**. v. 66, n. 4, p. 325-334, 1961.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 4 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf> - Acessado em 21 de agosto, 2013.

BRITO, A. X. Rei morto, rei posto? As lutas pela sucessão de Pierre Bourdieu no campo acadêmico francês. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 5-19, 2002.

CAVALCANTE, C. C. L. et al. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p. 513-522, 2011.

CSP. **Learning and Development Principles for CSP Accreditation of Qualifying Programmes in Physiotherapy**, de dezembro de 2002. Disponível em: <http://www.csp.org.uk/publications/curriculum-framework-qualifying-programmes-physiotherapy> - Acessado em 16 de março de 2014.

CZAPIEVSKI, F. N.; LIMA, J.; SUMIYA, A. Escalas de satisfação acadêmica: Revisão de literatura. **XIX Encontro Anual de Iniciação Científica (EAIC)**, UNICENTRO, 2010.

DAL-CÓL, A. R. **Produção científica em Fisioterapia na Base de dados LILACS (2000 a 2005)**. 2008. 166f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Informação) – Escola de Comunicações e Artes. Universidade de São Paulo: São Paulo.

DARIDO, S. C. Teoria, prática e reflexão na formação profissional em Educação Física. **Motriz**, v. 1, n. 2, p. 124-128, 1995.

DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, 2002.

DEW, K. et al. Home as a hybrid centre of medication practice. **Sociology of Health & Illness**, v. 36. n. 1, p. 28-43, 2014.

FAZENDA, I. **Interdisciplinaridade: qual o sentido?** São Paulo: Paulos, 2003.

FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 443-449, 2005.

FEYRABEND, P. **Contra o método**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

FLEXNER, A. Is social work a profession? In: **Proceedings of the National Conference of Charities and Correction**. Chicago: Hildmann Printing Co., 1915, p. 576-90.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1987a.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 30ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987b.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

FREIDSON, E. The changing nature of professional control. **Annual Review of Sociology**, n. 10, p. 01-20, 1984.

\_\_\_\_\_. Theory of professionalism: method and substance. **International Review of Sociology**, v. 9, n. 1, p. 117-129, 1999.

FREIRE, L. L. Seguindo Bruno Latour: Notas para uma antropologia simétrica. **Comum**, v. 11, n. 26, p. 46-65, 2006.

FUJISAWA, D. S. et al. Padrão de qualidade dos cursos de graduação em fisioterapia no contexto do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES. **Fisioterapia Brasil**, v. 13, p. 05-11, 2012.

GARCIA, M. M. A. O campo das produções simbólicas e o campo científico em Bourdieu. **Cadernos de Pesquisa**, n. 97, p. 64-72, 1996.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 13 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GUINSBURG, C. Sinais: Raízes de um paradigma indiciário. In: **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, p. 143-275.

HARDEN, R. M. The integration ladder: a tool for curriculum planning and evaluation. **Medical Education**, v. 34, p. 551-557, 2000.

\_\_\_\_\_. AMEE Guide no. 21: Curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. **Medical Teacher**, v. 23, n. 2, p. 123-137, 2001.

HARDEN, R. M; STAMPER, N. What is a spiral curriculum? **Medical Teacher**, v. 21, n. 2, p.141-143, 1999.

JESUS, F. P. Práticas pedagógicas: a criação de espaços híbridos para a formação docente contemporânea. **VII CONNEPI – Congresso Norte-Nordeste de Pesquisa e Inovação**, Palmas, Tocantins, 19 a 21 de outubro, 2012.

KEELE. Faculty of Health. School of Health and Rehabilitation. BSc (Hons) Physiotherapy. **Programme Specification**. 2012.

KESHET, Y. Hybrid knowledge and research on the efficacy of alternative and complementary medicine treatments. **Social Epistemology**, v. 24, n. 4, p. 331-347, 2010a.

\_\_\_\_\_. Energy medicine and hybrid knowledge construction: The formation of new cultural-epistemological rules of discourse. **Cultural Sociology**, v. 5, n. 4, p. 501-518, 2010b.

LATOUR, B. Postmodern? No, simply amodern! Steps towards an anthropology of science. **Studies in History and Philosophy of Science**, v. 21, n. 1, p. 145-171, 1990.

\_\_\_\_\_. **Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica**. Rio Janeiro: Ed. 34, 1994.

\_\_\_\_\_. Antídoto à paralisia. **Folha de São Paulo**: 17 de maio de 1998. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs17059805.htm> acessado em 25/09/2013.

\_\_\_\_\_. Por uma antropologia de centro. **Mana**, v. 10, n. 2, p. 397-414, 2004.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **Vida de laboratório – a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas: Papyrus, 2003.

\_\_\_\_\_. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2006.

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

LORENZI, B. R.; ANDRADE, T. N. Latour e Bourdieu: discutindo as controvérsias. **Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política**, v. 20, n. 2, 107-121, 2011.

LOVISOLO, H. R. **Educação Física: a arte da mediação**. Rio de Janeiro: Sprint, 1995.

MACHADO, N. J. A universidade e a organização do conhecimento: a rede, o tácito, a dádiva. **Estudos Avançados**, v. 15, n. 42, p. 333-352, 2001.

MARÃES, V. R. F. A. et al. Projeto pedagógico do curso de fisioterapia da Universidade de Brasília. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 2, p. 311-321, 2010.

MARQUES, A. P.; PECCIN, M. S. Pesquisa em fisioterapia: A prática baseada em evidências e modelos de estudo. **Fisioterapia & Pesquisa**, v. 11, n. 1, 2005.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 289-300, 2004.

MARRAS, S. Ratos e homens – e o efeito placebo: um reencontro da cultura no caminho da natureza. **Campos**, v. 2, p. 117-133, 2002.

MERTON, R. K. El efecto Mateo em la ciência. In: **La sociologia de la ciência**. 2 ed. Madrid: Alianza, 1977, p. 554-578..

\_\_\_\_\_. Os imperativos institucionais da ciência. In: DEUS, J. D. (Org). **A crítica da ciência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979, p. 37-52.

MEYER, D. E.; KRUSE, M. H. L. Acerta de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 4, p. 335-339, 2003.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MISOCZKY, M. C. A. Implicações do uso das formulações sobre campo de poder e ação de Bourdieu nos estudos organizacionais. **RAC**, edição especial, p. 9-30, 2003.

MONTAGNER, M. Â. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 515-526, 2006.



MONTAGNER, M. Â.; MONTAGNER, M. I. A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu: uma leitura. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 255-273, 2011.

NASCIMENTO, M. C. et al. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 2, p. 241-247, 2006.

NICHOLLS, D. A.; GIBSON, B. E. The body and physiotherapy. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 26, n. 8, p. 497-509, 2010.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

NORONEN, L.; WIKSTROM-GROTELL, C. Towards a paradigm-oriented approach in physiotherapy. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 15, p. 175-184, 1999.

PARRY, A. New Paradigms for old: Musings on the shape on the shape of clouds. **Physiotherapy**, v. 83, n. 8, p. 423-433, 1997.

PERAZZO, B.; TENÓRIO, R. M. A aprendizagem baseada em problemas e a dimensão tácita do conhecimento em um curso de medicina. In: TENÓRIO, R. M; SILVA, R. S. **Capacitação docente e responsabilidade social: aportes pluridisciplinares** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010.

PEREIRA NETO, A. F. Tornar-se cientista: o ponto de vista de Bruno Latour. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 109-118, 1997.

PÉTONNET, C. Observação flutuante: o exemplo de um cemitério parisiense. **Antropolítica**, n. 25, 2 sem, p. 99-111, 2008.

PIANA, M. C. A pesquisa de campo. In: **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 5, p. 739-44, 2009.

PORTO, M. A. O método está nú! – Lupicínio, Latour e a medicina moderna. **Revista da SBHC**, n. 12, p. 99-106, 1994.

PRIGOGINE, I.; STENGERS, I. O mundo desencantado. In: **A nova aliança**. Brasília: UNB, 1984.

QUEIROZ, M. S. Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 318-325, 1991.

RAVETZ, J. What is Science. In: **Scientific Knowledge and its social problems**. New York: Oxford University Press, 1973.

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

RIOS, I. C. et al. A integração das disciplinas de humanidades médicas na faculdade de medicina da USP – um caminho para o ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 112-121, 2008.

ROBERTSON, V. J. Epistemology, private knowledge, and the real problems in physiotherapy. **Physiotherapy**, v. 82, n. 9, 534-439, 1996.

RODRIGUES, José Carlos. **O corpo na história**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

\_\_\_\_\_. **Tabu do corpo**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Achiamé. 1975.

ROSENAU, P. Modern and post-modern science – some contrasts. **Review**, v. 15, n. 1, p. 51-89, 1992.

\_\_\_\_\_. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, supl. 1, p. 1725-1732, 2010.

SACRISTÁN, J. G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SANTOMÉ, J. T. A organização relevante dos conteúdos nos currículos. IN: **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul Ltda., 1998.

SANTOS, I. R. A teoria do desenvolvimento científico de Thomas S. Kuhn. In: **Os fundamentos sociais da ciência**. São Paulo: Polis, 1979, p. 43-70.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pias teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, n. 1, 2009.

SHAW, J. A.; DEFORGE, R. T. Physiotherapy as bricolage: Theorizing expert practice. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 28, n. 6, p. 420-427, 2012.

SHAW, J. A.; CONNELLY, D. M.; ZECEVIC, A. A. Pragmatism in practice: Mixed methods research for physiotherapy. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 26, n. 8, p. 510-518, 2010.

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

SILVA, T. M. T.; LOVISOLO; H. R. Educação da mente e do corpo, professor pesquisador reflexivo e a ciência do concreto. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 33, n. 3, p. 605-621, 2011.

SILVA, L. R. C. et al. Pesquisa documental: Alternativa investigativa na formação docente. In: **IX Congresso Nacional de Educação, III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia da PUC-PR**, 2009

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1535-1546, 2011.

SUMIYA, A. **O corpo na história e o paradigma biomédico na mudança curricular da fisioterapia**. 2007. 108f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007.

SUMIYA, A.; JEOLÁS, L. S. Processos de mudança na formação do fisioterapeuta: as transições curriculares e seus desafios. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, v. 32, p. 47-53, 2010.

SUMIYA, A. Mudanças Curriculares e a Noção de Corpo no Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 90, p. 160-175, 2009.

SUMIYA, A.; KLUBER, T.; MENDES, A. P. Técnicas e métodos didáticos-pedagógicos no Aprendizado na Área da Saúde. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v. 18, p. 545-545, 2011.

TEIXEIRA, R. C. Aderência dos cursos de fisioterapia da região norte às diretrizes curriculares nacionais. **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, n. 1, p. 47-54, 2012.

TONELLI, M. R. Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 13, n. 3, p. 248-256, 2006.

TONELLI, M. R.; CALLAHAN, T. C. Why alternative medicine cannot be evidence-based. **Academic Medicine**, v. 76, n. 12, p. 1213-1220, 2001.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 1, p. 27-55, 2006.

UEL. Universidade Estadual de Londrina/Pró-reitoria de Planejamento. **Dados e números UEL**. Disponível em: <http://www.uel.br/proplan/?content=dadosuel.html> acessado em 25/07/2013.

\_\_\_\_\_. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia**. 2005.

VELHO, G. Observando o familiar. IN: NUNES, E. O. (org). **A aventura sociológica: objetivo, paixão, improvise e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 36-46.

VICTORA, C. G. et al. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WACQUANT, L. J. D. An Interview with Pierre Bourdieu – For a socio-analysis of intellectuals: On Homo Academicus. **Berkeley Journal of Sociology**, v. 34, p. 1-29, 1989.

WIELEWICKI, V. H.G. A pesquisa etnográfica como construção discursiva. **Acta Scientiarum**, v. 23, n. 1, p. 27-32, 2001.

WIKSTROM-GROTELL, C.; ERIKSSON, K. Movement as a basic concept in physiotherapy – A human science approach. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 28, n. 6, p. 428-438, 2012.

## **ANEXOS**



## Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COMEP/UNICENTRO/G

Ofício nº 486/2011 - COMEP/UNICENTRO/G

Guarapuava, 10 de Novembro de 2011.

Senhor Professor,

1. Comunicamos que as alterações de metodologias propostas para o seu projeto de pesquisa intitulado: "Corpo e Ciência na Formação do Fisioterapeuta: do Moderno ao Moderno Híbrido" folha de rosto nº331739 parecer 093/2010 foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa de nossa Instituição em Reunião Ordinária do dia 08 de Novembro de 2011.
2. Em atendimento ao Ofício Circular 017/2011 CONEP/CNS/MS informamos que desde 01/04/2011 é **obrigatória a rubrica em todas as páginas do TCLE** pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelos pesquisadores. As referidas assinaturas deverão ser apostas no fim de cada página.
3. Em atendimento à Resolução 196/96 do CNS, deverá ser encaminhado ao COMEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento do mesmo.
4. Observamos ainda que se mantenha a devida atenção aos Relatórios Parciais e Finais na seguinte ordem:
  - Os **Relatórios Parciais** deverão ser encaminhados ao COMEP assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa.
  - Os **Relatórios Finais** deverão ser encaminhados ao COMEP em até **30 dias após a conclusão da pesquisa**.
5. **Qualquer alteração na pesquisa** que foi aprovada, como por exemplo, números de sujeitos, local, período, etc. deverá ser necessariamente enviada uma carta justificativa para a análise do COMEP.

Pesquisador: Alberto Sumiya

Atenciosamente,

Prof. Sueli Godoi

Coordenadora do COMEP/UNICENTRO/G  
Port. Nº 2.053/2010 - GR/UNICENTRO

Ao Senhor  
Prof. Alberto Sumiya  
Rua João C. Dos Santos 221  
Jardim Itapoã - Londrina - Pr

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	Item n.º 01
<p><b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b></p> <p><b>CURSO DE FISIOTERAPIA</b></p> <p><b>HABILITAÇÃO (1): BACHARELADO</b> <span style="float: right;"><b>Nº VAGAS: 60</b></span></p> <p><b>TURNO DE OFERTA:</b> <input type="checkbox"/> Integral</p>	
<p><b>COMISSÃO/COLEGIADO</b></p> <p><i>Ana Cláudia Violino da Cunha</i>  <i>Angela Maria Sirena Alpino</i>  <i>Carlos César Benes Gaetan</i>  <i>Carrie Chueiri Ramos Galvan</i>  <i>Centro Acadêmico de Fisioterapia</i>  <i>Dirce Shizuko Fujisawa</i>  <i>Egle de Oliveira Netto Moreira Alves</i>  <i>Eliane Cristina Hilberath Moreira</i>  <i>Kátia Cristina Alvarez Kreling</i>  <i>Márcia Regina Garanhani</i>  <i>Maria Aparecida do Carmo Assad</i>  <i>Roger Burgo de Souza</i>  <i>Shirley Aparecida Fabris de Souza</i></p> <p><b>Aprovado no Colegiado em : 09/07/2004 e rerepresentado em reunião do Colegiado em 06/07/2005.</b></p>	
<p>_____  <b>Profª MARIA APARECIDA DO CARMO ASSAD</b>  <b>Coordenadora do Colegiado do Curso de Fisioterapia</b></p>	



<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA</b> <b>PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO</b>	
<b>LEGISLAÇÃO BÁSICA</b>	Item n.º 02

### **1. Legislação referente à criação, à autorização e ao reconhecimento do Curso.**

Um dos primeiros documentos oficiais que definem a ocupação do Fisioterapeuta, seus limites de trabalho e de sua atividade, é o Parecer 388/63 do Conselho Federal de Educação. Este documento reconhece os cursos de Fisioterapia, define um Currículo Mínimo e a duração do curso em três anos e caracteriza pela primeira vez os profissionais denominados de técnicos em fisioterapia, hoje, Fisioterapeutas.

Através da Portaria UEL 11365 – de 23 de outubro de 1970, foi designada uma comissão de estudos para viabilização e implantação do Curso de Fisioterapia na Universidade Estadual de Londrina. A criação do curso foi oficializada pela Resolução UEL 502 – de 21 de outubro de 1978 e a sua implantação ocorreu em 14 de agosto de 1979, sendo administrado primeiramente pelo Departamento de Clínica Médica. O reconhecimento do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina se deu pela Portaria Ministerial 429 – de 10 de outubro de 1982. Em 1983, através da resolução UEL 760/83, foi estruturado o Departamento de Fisioterapia.

Através do Parecer 622/82, aprovado em 03/12/82 e da Resolução nº 4 de 28/02/83 do Conselho Federal de Educação, ocorreu mudança no currículo mínimo de três para quatro anos, desencadeando a primeira reforma curricular do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina em 1985, oficializada através da Resolução UEL 912/84. Nesta reforma foi implantado o sistema de crédito e as disciplinas foram distribuídas em ciclos básico, clínico, profissionalizante e estágio supervisionado. Em 1992, em cumprimento à Resolução UEL 1852/91, ocorreu a segunda reforma curricular do Curso de Fisioterapia com a mudança do sistema acadêmico de crédito para seriado anual. Desde então o currículo foi mantido, sofrendo apenas algumas readequações em disciplinas isoladas e no estágio curricular.

<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO</b>	
<b>OBJETIVOS DO PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO</b>	Item n.º 04
<ul style="list-style-type: none"> <li>• objetivo geral e objetivos específicos;</li> <li>• metas a serem atingidas nas várias etapas do projeto político-pedagógico;</li> <li>• estratégias adotadas.</li> </ul>	

Com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais e no Projeto Político-Pedagógico Institucional da Universidade Estadual de Londrina, o Curso de Fisioterapia estabeleceu os seguintes objetivos geral e específicos:

#### **OBJETIVO GERAL**

Formar BACHARÉIS EM FISIOTERAPIA com qualificação necessária ao desempenho de atividades no âmbito da saúde, da educação, das organizações, das instituições sociais e outros espaços que requeiram a sua contribuição.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Desenvolver no aluno uma visão integral em consonância com as transformações sociais.
- Promover atividades acadêmicas com visão humanística que considerem os aspectos sociais, filosóficos, políticos, econômicos e culturais.
- Capacitar o aluno para entender e atuar no processo saúde/doença e seus determinantes e o estado de saúde da população.
- Estimular a participação do aluno nas questões referentes às políticas nacionais de saúde com visão crítica e reflexiva.
- Capacitar o aluno quanto ao planejamento, organização e desenvolvimento de serviços de saúde para atuar em instituições públicas, privadas, autônomas e cargos administrativos.
- Capacitar o aluno para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde.
- Estimular o aluno ao desenvolvimento de valores éticos e de cidadania.
- Articular a teoria/prática no processo ensino aprendizagem.

- Promover a integração entre professor-aluno na investigação, busca de esclarecimentos e propostas de soluções.
- Desenvolver no aluno o senso crítico e estimular o raciocínio lógico e analítico.
- Treinar no aluno habilidades clínicas para avaliação e diagnóstico fisioterapêutico.
- Desenvolver no aluno a capacidade de análise e interpretação de dados para elaboração de objetivos fisioterapêuticos necessários à formulação de programas de tratamento e avaliação de prognóstico.
- Desenvolver no aluno habilidades para executar conduta fisioterapêutica.
- Desenvolver no aluno habilidades cognitivas e não cognitivas (comunicação verbal e não verbal, relacionamento interpessoal, dinâmica de grupo, expressão corporal, e outros).
- Estimular o aluno na busca de seu próprio conhecimento, com interesse e autonomia para atualizar-se.
- Integrar o ensino e a prática profissional.
- Integrar ensino – serviço – comunidade.
- Incentivar a pesquisa, ensino e extensão de modo a acompanhar as transformações necessárias da realidade.

<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO</b>	
<b>PERFIL DO CONCLUINTE DO CURSO</b>	Item n.º 05
<ul style="list-style-type: none"> <li>• conhecimentos, habilidades, atitudes e vivências;</li> <li>• articulação entre as competências – técnica, científica, artística, ética e política – e a capacidade de transformar a realidade.</li> </ul>	

### **PERFIL PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA**

O fisioterapeuta que o Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina pretende formar deve apresentar o seguinte perfil:

- Ter uma formação pluralista, sólida e transdisciplinar que lhe assegure base para continuar permanentemente no seu aperfeiçoamento, com autonomia, mesmo depois de concluída a graduação;
- Apresentar atitudes, hábitos e habilidades para integrar equipes multiprofissionais, delimitando o seu campo de atuação em conjunto com outros profissionais e

- empenhando-se na produção de conhecimentos transversais;
- Ser capacitado para analisar os fenômenos biopsicosociais em consonância com os avanços científicos e suas inter-relações com os problemas sociais, políticos e econômicos;
  - Capacitar-se para inventariar problemas da prática social que exijam a intervenção dos fundamentos teóricos do campo da fisioterapia;
  - Ser compromissado com os valores éticos, tanto na produção do conhecimento em Fisioterapia quanto na sua intervenção, priorizando a melhoria das condições de saúde, promovendo a justiça e a igualdade social;
  - Enfocar o indivíduo em sua totalidade;
  - Apresentar fundamentação teórica sólida, compreensão da realidade e instrumentalização técnica para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde;
  - Ser capacitado para integrar e estimular projetos coletivos de transformação da profissão;
  - Contribuir para a construção da identidade da profissão;
  - Ter domínio dos instrumentos técnicos e seus fundamentos teóricos para intervenção na realidade;
  - Ser compromissado com o atendimento das demandas sociais;
  - Ter domínio dos princípios científicos para elaboração e desenvolvimento projetos de investigação.

<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO</b>	
<b>SISTEMA ACADÊMICO</b>	Item n.º 06
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sistema de matrícula: seriado, matrícula por atividade acadêmica, misto.</li> <li>• modulação temporal: semestral, anual, em bloco.</li> </ul>	

Na atual proposta pedagógica o Sistema Acadêmico a ser utilizado no currículo do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina será o Seriado, organizado em disciplinas com ofertas anual, semestral ou em blocos. Além das disciplinas, o internato, as experiências de iniciação científica e extensão universitária constituirão elementos fundamentais na formação profissional.

O currículo será ofertado pelo Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina aos alunos que ingressarem na instituição a partir de 2005. O ingresso no curso será permitido aos discentes aprovados no processo seletivo para ingresso na universidade conforme legislação vigente. Será permitida apenas uma entrada no início do período letivo.

O Curso terá duração de 04 (quatro) anos com modulação anual entre as séries. As atividades pedagógicas foram estruturadas para oferecer ao discente o entendimento do processo saúde-doença baseado nas necessidades da comunidade e o desenvolvimento de competências adequadas para atuação fisioterapêutica integral.

### **EIXOS DO CONHECIMENTO E CONTEÚDOS CURRICULARES**

Os conteúdos curriculares foram distribuídos em quatro eixos do conhecimento : ciências biológicas e da saúde, ciências sociais e humanas, conhecimentos biotecnológicos, e os conhecimentos fisioterapêuticos, conforme o previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais. A seleção e organização dos conteúdos curriculares foram feitas a partir da avaliação das práticas pedagógicas atualmente desenvolvidas no Curso de Fisioterapia com o levantamento dos aspectos positivos e negativos. Tomou-se por base a análise dos conhecimentos necessários à formação do profissional fisioterapeuta buscando uma integração entre os aspectos biológicos, sociais, e psicológicos nos diferentes níveis de abordagem da Fisioterapia.

As atividades pedagógicas voltadas para o desenvolvimento dos conteúdos das

ciências biológicas e da saúde foram organizadas para integrar as ciências básicas com a clínica e a atuação fisioterapêutica. Para tanto, considerou-se a natureza dos conteúdos, sua seqüência, o grau de complexidade e a sua correlação com a prática fisioterapêutica. Foram feitas revisões e inclusões de conteúdos teóricos, inclusões de atividades práticas e criação de atividades integradas, envolvendo a participação de vários docentes de um ou mais Departamentos.

Na área dos conhecimentos biotecnológicos foram incluídas atividades pedagógicas com maior ênfase na iniciação e investigação científica, favorecendo competências para o desenvolvimento da ciência e tecnologia no campo da Fisioterapia. As atividades têm início na primeira série do curso, culminando com a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso na quarta série.

No campo das ciências sociais e humanas foram incluídos conteúdos voltados ao conhecimento do homem e suas relações sociais e a bioética, preparando o profissional para atuar com uma visão mais global no âmbito da saúde. Estes conteúdos serão desenvolvidos ao longo de todo o curso sendo que, na quarta série, será dado um enfoque maior na aplicação dos mesmos através da realização de debates e discussões de casos voltados à prática fisioterapêutica durante o internato.

Com relação aos conhecimentos fisioterapêuticos, os conteúdos selecionados enfatizam o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes específicos da ação fisioterapêutica, levando em conta a abordagem nos diferentes níveis de atenção à saúde, os conteúdos em expansão, os novos campos de atuação da fisioterapia, e a realidade de saúde. As atividades pedagógicas serão distribuídas ao longo do curso e os conteúdos selecionados abordarão os aspectos históricos e fundamentos da profissão, os métodos de avaliação e diagnóstico fisioterapêutico, os métodos e/ ou procedimentos fisioterapêuticos e os programas de tratamento. Serão inseridas atividades práticas fisioterapêuticas desde o início do curso, correlacionadas aos conteúdos desenvolvidos nas diferentes etapas do mesmo. Na quarta série será ofertado o Internato de Fisioterapia correspondendo ao conjunto de atividades de aprendizagem profissional proporcionadas por situações reais da ação do fisioterapeuta nos diversos níveis de atenção à saúde cumprindo 27.8% da carga horária total do curso. Os conhecimentos fisioterapêuticos se articularão com os demais eixos através de atividades pedagógicas integradas envolvendo docentes de um ou mais Departamentos.

Em todas as atividades pedagógicas ofertadas será dada atenção especial à relação da teoria com a prática através da organização e orientação da prática educativa nas diferentes atividades desenvolvidas.

## ATIVIDADES PEDAGÓGICAS

As atividades pedagógicas serão ofertadas através de disciplinas obrigatórias, atividades acadêmicas obrigatórias e atividades acadêmicas complementares, da seguinte forma:

- Disciplinas obrigatórias: são atividades acadêmicas comuns a todos os estudantes matriculados no curso, que têm por objetivo sua formação cultural e profissional.
- Atividades acadêmicas obrigatórias: compreendem o Internato e o Trabalho de Conclusão de Curso.
- Atividades acadêmicas complementares: o estudante deve cumprir, obrigatoriamente, uma carga horária mínima correspondente a 5% da carga horária do currículo. Serão considerados as atividades de Monitoria Acadêmica, os Projetos de Ensino, Pesquisa e Extensão, as Disciplinas Especiais e Eletivas e os Estágios Voluntários, conforme o previsto no Regulamento de Atividades Acadêmicas Complementares do Departamento de Fisioterapia.

## MATRÍCULA E SISTEMA DE PROMOÇÃO

A matrícula na série subsequente dependerá do rendimento escolar do discente, obedecendo aos seguintes critérios:

- Será permitida a matrícula na série subsequente ao discente reprovado por nota ou por falta em até duas disciplinas da(s) série(s) anterior(es) exceto na quarta série onde o discente deverá ter cumprido todas as disciplinas até a terceira série, inclusive as dependências.
- Será retido na série em que está matriculado o discente que
  - I. Reprovar por falta e nota, independente do número de reprovações.
  - II. Reprovar por nota ou por falta em mais de duas disciplinas obrigatórias.
  - III. Reprovar nas atividades acadêmicas obrigatórias.
- Será obrigatório o cumprimento de, no mínimo 75% (setenta e cinco por cento) de frequência nas disciplinas obrigatórias. No Internato o discente terá que cumprir a carga horária integral sendo necessária a reposição das faltas devidamente justificadas.
- Será permitido ao discente cursar em regime de dependência até duas

reprovações em disciplinas obrigatórias, exceto na quarta série onde o discente deverá ter cumprido todas as disciplinas até a terceira série. As dependências serão cursadas em concomitância com as atividades acadêmicas da série subsequente devendo o discente cumprir com pelo menos 50% das atividades programadas pelo docente.

## **AVALIAÇÃO**

A avaliação do aproveitamento escolar será realizada conforme descrito no item nº 13 e os resultados desta serão expressos através de notas, variáveis de zero (0) a dez (10).

Ao final do desenvolvimento do período letivo será atribuída ao estudante, em cada atividade acadêmica, uma nota final resultante de média de no mínimo duas (2) avaliações realizadas durante o período letivo, independentemente da carga horária da mesma.

Considerar-se-á aprovado o discente que:

- Obter média final igual ou superior a seis (6,0) nas disciplinas obrigatórias.
- Obter média final 5,0 (cinco) após a realização de exame, nas disciplinas obrigatórias. O exame final poderá ser realizado pelo discente que obtiver média parcial igual ou superior a 3,0 (três) e inferior a 6,0 (sete).
- Nas atividades acadêmicas obrigatórias (TCC e o Internato) será aprovado o discente que obtiver média superior a 7,0 (sete). Não será dado o direito à realização de exame final nestas atividades.



<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA</b> <b>PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO</b>			
<b>CONTEÚDOS CURRICULARES SEGUNDO OS EIXOS DE CONHECIMENTO</b> (em conformidade com as diretrizes curriculares nacionais)			Item n.º 07
CONHECIMENTOS	PALAVRA-CHAVE	CONTRIBUIÇÕES À FORMAÇÃO DO ESTUDANTE	% da carga horária total
Ciências sociais e humanas	Homem e sociedade	Proporcionarão ao aluno estudo do homem e de suas relações sociais; a compreensão do processo saúde-doença, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos, norteados pelos princípios éticos. Deverão contemplar ainda conhecimentos relativos às políticas de saúde, trabalho, educação e administração	7,5
Conhecimentos biotecnológicos	Ciência e fisioterapia	Proporcionarão condições ao aluno de acompanhar os avanços biotecnológicos na abordagem fisioterapêutica, de modo a incorporar tais inovações à pesquisa e prática clínica.	5,3
Ciências biológicas e da saúde	Saúde e doença	Contribuirão para a compreensão dos processos normais e alterados da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos no desenvolvimento do processo saúde-doença.	18,7
Conhecimentos fisioterapêuticos	Fisioterapia	Contribuirão para a aquisição de conhecimentos específicos da fisioterapia, contemplando aspectos históricos, a função e disfunção do movimento humano, os recursos semiológicos, diagnósticos preventivos e terapêuticos que sustentam a ação fisioterapêutica nas diversas áreas e níveis de atuação em todas as etapas do desenvolvimento humano.	68,5

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO				
ARTICULAÇÃO ENTRE OS EIXOS DE CONHECIMENTO E AS ATIVIDADES ACADÊMICAS				Item n.º 09
EIXO DE CONHECIMENTO	ATIVIDADES ACADÊMICAS	CARGA HORÁRIA		
		Atividade acadêmica	eixo	% em relação ao total do curso
Ciências Sociais e Humanas	Fundamentos de Ciências Sociais	34		
	Deontologia e Ética Profissional para Fisioterapia	34		
	Administração em Fisioterapia	34		
	Saúde Coletiva I	34		
	Saúde Coletiva II	68		
	Saúde Coletiva III	68		
	Filosofia	34		
	Psicologia aplicada à prática fisioterapêutica	51		
			357	7,7
Conhecimentos Biotecnológicos	Pesquisa Científica I	34		
	Pesquisa Científica II	68		
	Pesquisa Científica III	34		
	Pesquisa Científica IV	34		
	Trabalho de Conclusão de Curso	68		
			238	5,2
Ciências Biológicas e da Saúde	Histologia	102		
	Fundamentos de Biologia	68		
	Bioquímica	68		
	Biofísica e Fisiologia	136		
	Anatomia I	102		
	Anatomia II	68		
	Patologia	68		
	Microbiologia	34		
	Imunologia	34		
	Fundamentos Clínicos de Endocrinologia e Dermatologia	34		
	Fisiologia	34		
	Farmacologia	51		
	Fundamentos de enfermagem e clínica cirúrgica	51		
				850

EIXO DE CONHECIMENTO	ATIVIDADES ACADÊMICAS	CARGA HORÁRIA		
		Atividade acadêmica	eixo	% em relação ao total do curso
Conhecimentos Fisioterapêuticos	Habilidades I	136		
	Habilidades II	153		
	Habilidades III	34		
	Fisioterapia: história, conceito e evolução	68		
	Estudo e análise da postura e do movimento humano I	51		
	Estudo e análise da postura e do movimento humano II	102		
	Recursos terapêuticos manuais	68		
	Recursos fisioterapêuticos em eletrotermofototerapia	85		
	Fisioterapia dermatofuncional	34		
	Ergonomia	34		
	Cinesioterapia	170		
	Fisioterapia traumato-ortopédica funcional e desportiva	170		
	Fisioterapia reumatológica	68		
	Fisioterapia cardiovascular	136		
	Fisioterapia aquática	34		
	Fisioterapia ginecológica e obstétrica	102		
	Fisioterapia neurofuncional	153		
	Fisioterapia pediátrica	153		
	Fisioterapia pneumofuncional	136		
	Internato Hospitalar I	285		
Internato Hospitalar II	285			
Internato Clínico I	285			
Internato Clínico II	285			
Internato Comunidade	130	3157	68,6	

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO	
DIRETRIZES DOS ESTÁGIOS	Item n.º 10a
<b>Denominação do estágio:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Não apresentar o regulamento de estágio, pois este deve ser objeto de resolução específica.</li><li>• Apontar os campos de estágio.</li><li>• Identificar a forma de supervisão indicando se será individual ou em grupo e qual é a proposta do curso para a carga horária semanal de supervisão de estágio.</li><li>• Apresentar a forma de avaliação do estágio, se será através de relatório, se haverá observação no campo de estágio, se haverá defesa ou outras formas.</li><li>• Será possível realizar estágio voluntário?</li></ul>	

<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA</b> <b>PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO</b>	
<b>DIRETRIZES DO INTERNATO</b>	Item n.º 10b
<b>Denominação do internato:</b> Internato em Fisioterapia	

## 1. NATUREZA

O Internato do Curso de Fisioterapia é caracterizado na atual proposta curricular como atividade curricular obrigatória essencial, sendo responsabilidade da Coordenação de Internato e do Colegiado do Curso.

O Internato de Fisioterapia corresponde ao conjunto de atividades de aprendizagem profissional proporcionadas por situações reais da ação do fisioterapeuta nos diversos níveis de atenção à saúde. Trata-se de um processo estruturado e intencional de base pedagógica diretamente correlacionado com a formação que se pretende.

## 2. OBJETIVOS

O internato tem como objetivos:

- I. Aperfeiçoar a formação acadêmica, através de um conjunto de atividades de aprendizagem profissional, proporcionadas em diferentes campos de prática e níveis de atenção à saúde.
- II. Proporcionar ao discente experiência acadêmico-profissional na área da fisioterapia orientada para o desenvolvimento de competência técnico-científica para atuar na solução de problemas dentro do contexto da saúde, considerando as relações sócio-culturais e as necessidades da comunidade.
- III. Desenvolver competências técnicas tais como comunicação, colaboração e reflexão.
- IV. Desenvolver a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade.
- V. Oferecer aos discentes oportunidades para relacionar a teoria com a prática.

### **3. CONDIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO**

O Internato será ofertado na 4ª série do curso aos discentes regularmente matriculados. Para matricular-se no internato, o discente deve ter integralizado o currículo até a 3ª série, inclusive as dependências. As atividades do Internato são consideradas essenciais e por isso não permitem regime de dependência.

### **4. CAMPOS DE INTERNATO**

Os campos de internato ocuparão diferentes espaços do Sistema Único de Saúde e da comunidade, organizados de forma a conferir ao discente uma visão global da ação do fisioterapeuta. Seu desenvolvimento acontecerá nas dependências do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Campus Universitário e outras entidades conveniadas com a Universidade Estadual de Londrina.

Os campos do internato serão distribuídos em:

- I. Unidades Hospitalares
- II. Unidades Ambulatoriais
- III. Atendimento à Comunidade

### **5. CARGA HORÁRIA**

A carga horária do internato será de 1270 horas distribuídas em atividades teóricas e práticas nos diferentes campos. Seu desenvolvimento ocorrerá em período integral, tendo seu calendário e atividades previstos em regulamento próprio.

### **6. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS**

O Internato do curso de Fisioterapia terá um Coordenador e Vice-Coordenador. A supervisão nos diferentes campos do internato será efetuada por docentes do Departamento de Fisioterapia, sendo o número de supervisores variável de acordo com as características das atividades desenvolvidas e com a distribuição dos discentes.

Os equipamentos, instalações e/ou outros recursos dos respectivos campos de

estágio servem como suporte para o desenvolvimento do mesmo, cabendo aos discentes e docentes zelar por sua conservação.

## **7. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES CURRICULARES**

As atividades do internato, previstas no currículo, serão planejadas e desenvolvidas pelos docentes responsáveis pelos campos do internato sob a coordenação do internato. As atividades serão ofertadas nos diferentes campos de prática, de forma concomitantemente durante todo o ano. Os discentes serão distribuídos, nos campos de internato e seus sub-setores, em grupos, de acordo com as vagas estabelecidas. Serão feitos rodízios conforme quadro de escalonamento previamente determinado.

A execução das atividades do estágio curricular pelo discente compreende a assistência a pacientes, a elaboração de relatórios diários, discussões de desenvolvimento de estudo e pesquisa e outras que estiverem contempladas nos programas dos campos de internato.

Nas atividades de internato realizadas em outras instituições, externas à Universidade Estadual de Londrina, os docentes e discentes deverão observar as normas regulamentares da instituição conveniada.

Todas as atividades e normas do internato serão estabelecidas no regulamento próprio.

## **8. SUPERVISÃO DE ESTÁGIO**

A supervisão do internato será desenvolvida pelo professor supervisor através da modalidade de supervisão direta que corresponde à orientação e acompanhamento do interno pelo professor supervisor, através de observação contínua e direta das atividades desenvolvidas nos campos de internato ao longo de todo o processo, podendo se complementar com entrevistas, reuniões e seminários.

Na atual proposta, a supervisão será realizada por grupos de supervisores de diferentes especialidades distribuídos nos campos de prática para diferentes grupos de alunos. Os discentes serão acompanhados por um ou mais docentes de acordo com as características das atividades desenvolvidas por eles.

Em casos excepcionais a serem definidos pela coordenação do internato e

Colegiado do Curso, a supervisão poderá assumir a forma indireta, através de contatos esporádicos com o estagiário e com o profissional de campo, além de acompanhamento, através de relatório e, sempre que possível, visitas ocasionais ao campo de estágio.

A distribuição da carga horária para supervisão docente será definida em regulamento próprio.

## 9. SISTEMA DE AVALIAÇÃO

A avaliação do estágio pretende averiguar o desempenho dos alunos quanto às habilidades clínicas, que envolvem a investigação da história clínica, a realização do exame físico e a interpretação dos dados. São consideradas também as habilidades de interação e comunicação. A avaliação das habilidades clínicas terá como princípio básico a observação e avaliação do desempenho do aluno em tarefas específicas e a comparação dos comportamentos emitidos pelo aluno com os resultados esperados. No curso de fisioterapia, a avaliação formativa do estágio poderá ser feita por meio de aplicação da ficha de avaliação em diferentes momentos do estágio, auto-avaliação, registro em diário do aluno e observação direta. A avaliação somativa será realizada através de avaliação subjetiva da performance do estagiário, da avaliação objetiva da performance do estagiário e da auto-avaliação. A avaliação dos discentes é feita pelo(s) docente(s) responsável (is), de forma contínua. Se o discente rodizar por 2 (dois) ou mais sub-setores no mesmo campo, deve ser submetido às avaliações correspondentes.

A média final em cada campo do internato deverá ser igual ou superior a 7,0 (sete). Na ocorrência de rodízio em dois ou mais sub-setores no mesmo campo, a média final é a média de todas as avaliações por sub-setor. Se a média final for inferior a 7,0 (sete), o discente não terá direito à realização de Exame Final, ficando reprovado no estágio.

É fundamental que entendamos o Internato como um elemento transformador do processo educativo que apresenta correlação direta com a formação que se pretende, não podendo, entretanto, ser considerado como um apêndice do currículo ou como um simples conjunto de campos de prática profissional.



<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO</b>	
<b>DIRETRIZES DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO</b>	Item n.º 10c
<p><b>Denominação do Trabalho de Conclusão de Curso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não apresentar regulamento do TCC pois este deve ser objeto de resolução específica.</li> <li>• Identificar a natureza do TCC, como por exemplo, se será uma monografia, se poderá ser um artigo científico, se terá a forma de relatório, se será um projeto de pesquisa, etc.</li> <li>• Qual é a forma de desenvolvimento do TCC? Trabalho individual ou em grupo?</li> <li>• Identificar a forma de orientação, apresentando a proposta de carga horária semanal de orientação dos TCC dos estudantes.</li> <li>• Apresentar a forma de avaliação: se acontecerá por etapas ou se será no final do trabalho.</li> </ul>	

## 1. NATUREZA DO TCC

O Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia, TCC, é de natureza técnica e científica apresentado na forma de monografia ou artigo científico, resultante de uma pesquisa, sob orientação de um professor do curso de Fisioterapia em uma das áreas de concentração do curso, elaborado pelo formando no curso de graduação em Fisioterapia, como condição para a obtenção do título de Fisioterapeuta.

O Trabalho de Conclusão de Curso poderá ser feito de forma individual ou em duplas.

## 2. OBJETIVOS

O TCC do Curso de graduação em Fisioterapia, deve propiciar ao estudante:

- I. Aprofundar de seus conhecimentos teórico-práticos, através do tema escolhido, em uma das áreas de concentração do curso;
- II. Ter contato com o processo de investigação científica, através do acompanhamento de todas as etapas da pesquisa, tais como: formulação do tema de pesquisa, localização do referencial bibliográfico, escolha das técnicas de pesquisa para a coleta e análise dos dados, elaboração coerente da conclusão da pesquisa e apresentação final do TCC de acordo com as normas da ABNT – NBR;
- III. Contribuir para o enriquecimento das diferentes linhas de pesquisa do

departamento, estimulando a produção científica articulada às necessidades da comunidade local, nacional e internacional.

- IV. Desenvolver o senso crítico, investigador e conquistador autonomia pessoal e intelectual necessária para empreender contínua formação na sua práxis profissional, socializando o saber científico produzido.

### **3. MODALIDADES**

O Trabalho de Conclusão do Curso deverá ser elaborado em uma das áreas de concentração do curso bem como deverá inserir-se nas linhas de pesquisa desenvolvidas pelo Departamento de Fisioterapia.

O TCC poderá ser:

- I. De natureza teórica, onde o aluno discute um tema relevante com intuito de rever a bibliografia produzida até a atualidade, analisar criticamente conceitos de vários autores e propor ou apontar novos conceitos que elucidam melhor o tema em questão;
- II. De natureza teórica e empírica, onde o aluno elabore, ao lado da pesquisa teórica, uma pesquisa de campo, levantando dados primários e secundários, entrando em contato direto com o universo do seu objetivo de estudo, fundamentando assim, a discussão teórica à partir de dados primários catalogados pelo próprio aluno.

### **4. NORMAS PARA ELABORAÇÃO DO TCC**

- I. A elaboração do TCC deverá iniciar-se pela elaboração de um projeto no semestre anterior ao ano que o aluno irá se matricular no mesmo.
- II. O TCC deve ser elaborado inteiramente pelo aluno com a orientação de um docente do curso de fisioterapia capacitado para o tema escolhido pelo aluno.
- III. Nos casos em que não houver docente habilitado na temática escolhida pelo aluno, poder-se-á estabelecer a co-orientação, caso em que dois docentes orientarão a elaboração do TCC, sendo um dos docentes do Departamento de Fisioterapia.
- IV. TCC deve ter estrutura e corpo de acordo com as normas da ABNT – NBR.

- V. O prazo para elaboração e apresentação do TCC é de 01 ano, de acordo com o previsto no currículo do curso de Fisioterapia, não podendo ultrapassar os prazos previstos no calendário escolar.

## **5. ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DO TCC DO CURSO DE FISIOTERAPIA**

Compete ao coordenador de trabalho de conclusão de curso:

- I. Articular-se com o Colegiado do Curso e Chefia do Departamento de Fisioterapia para compatibilizar diretrizes, organização e desenvolvimento dos trabalhos;
- II. Coordenar a elaboração do Manual do Trabalho de conclusão de curso, encaminhando-o ao Colegiado do Curso para fins de parecer;
- III. Orientar os alunos na escolha de professores orientadores, divulgando as linhas de estudo do Departamento de Fisioterapia;
- IV. Convocar, sempre que necessário, os orientadores para discutir questões relativas à organização, planejamento, desenvolvimento e avaliação do TCC;
- V. Organizar, junto à Chefia do Departamento, a listagem de alunos por orientações e encaminhá-la à Coordenadoria de Assuntos de Ensino de Graduação para as devidas providências;
- VI. Coordenar, quando for o caso, o processo de substituição de orientadores, ouvido o Colegiado do Curso;
- VII. Elaborar, em conjunto com os orientadores, o programa da atividade do TCC;
- VIII. Coordenar o processo de constituição das bancas examinadoras e definir o cronograma de apresentação dos trabalhos a cada ano letivo, com a homologação do Colegiado;
- IX. Homologar as versões finais do TCC em conjunto com o Colegiado do Curso;
- X. Estabelecer o calendário geral para o conjunto dos trabalhos de conclusão de curso.

## **6. ATRIBUIÇÕES DO ORIENTADOR DO TCC DO CURSO DE FISIOTERAPIA**

Nenhum professor do departamento poderá se negar a orientar o TCC dentro de

sua área específica de trabalho, exceto no caso de impedimentos por licença. Cada docente poderá orientar no máximo 03 trabalhos por ano, respeitando-se os critérios de distribuição de atividades acadêmicas do Departamento.

Compete ao orientador de trabalho de conclusão de curso:

- I. Orientar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento do trabalho em todas as suas fases;
- II. Estabelecer o plano e cronograma do trabalho em conjunto com o orientando;
- III. Informar o orientando sobre as normas, procedimentos e critérios de avaliação;
- IV. Presidir a Banca Examinadora do trabalho por ele orientado;
- V. Comparecer às reuniões convocadas pelo Coordenador do TCC, para discutir questões relativas à organização, planejamento, desenvolvimento e avaliação do TCC;
- VI. Comunicar ao Coordenador do TCC quando ocorrerem problemas, dificuldades e dúvidas relativas ao processo de orientação, para que ele tome as devidas providências;
- VII. Articular-se junto ao coordenador de TCC, Colegiado do Curso e do Departamento para definição do programa e planejamento das atividades de TCC.

O orientador, com anuência do Colegiado do Curso, poderá desligar-se da orientação de TCC quando o orientando não cumprir o plano e cronograma de atividades. O desligamento não poderá ocorrer se faltar menos de 30 (trinta) dias da data fixada para a entrega do trabalho.

O orientando poderá, nos 05 (cinco) dias seguintes à divulgação do resultado, apresentar justificativa perante o Coordenador de TCC e solicitar novo orientador. O Coordenador do TCC poderá indeferir o pedido do orientando, se julgar insuficiente a justificativa apresentada ou se entender não haver mais tempo útil para a conclusão do trabalho.

O orientador terá uma hora semanal de orientação por aluno ou por duplas.

## **7. ATRIBUIÇÕES DO ORIENTANDO DO CURSO DE FISIOTERAPIA**

São direitos do orientando:

- I. Definir a temática do TCC, em conformidade com as diretrizes definidas pela Coordenação do TCC;
- II. Ter um professor orientador, indicado conforme o previsto no Regulamento do TCC, com conhecimento na área escolhida;
- III. Ser informado sobre as normas e regulamentação do TCC;
- IV. solicitar ao Coordenador de TCC a substituição do Orientador quando este não estiver cumprindo suas atribuições.

São deveres do orientando:

- I. cumprir as normas e regulamentação próprias do TCC;
- II. cumprir o plano e cronograma estabelecidos em conjunto com o seu orientador.

## **7. PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DO TCC DO CURSO DE FISIOTERAPIA**

O prazo para elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso ficará compreendido entre o início das aulas do primeiro período letivo e término no segundo período, em data pré-fixada pela Coordenação do TCC, que permita os trabalhos ulteriores a cargo dos orientadores.

No início do ano letivo, o Coordenador do TCC dará conhecimento das diretrizes gerais que constituirão requisitos mínimos dos trabalhos e o Manual de Trabalho, submetidos previamente ao parecer do Colegiado de Curso.

O aluno inscrito no TCC deve apresentar ao coordenador do TCC, dentro dos prazos estabelecidos no cronograma, o Projeto de Pesquisa avaliado e aprovado por seu orientador.

O aluno inscrito na disciplina TCC deve apresentar ao coordenador do TCC a versão preliminar de seu trabalho de conclusão de curso em 3 (três) vias até o final do semestre, previamente aprovado por seu orientador, sendo a data definida pelo coordenador. A referida versão é imediatamente encaminhada aos componentes da Banca Examinadora, sendo que o prazo para avaliação desta versão deve obedecer àqueles fixados pela Coordenação, de acordo com o Calendário Escolar das Atividades

de Graduação.

O período de defesa do TCC será estabelecido pela Coordenação do TCC. Cada aluno disporá de no mínimo 15 (quinze) e no máximo 25 (vinte e cinco) minutos para a apresentação do TCC. A Banca Examinadora disporá de no máximo 20 (vinte) minutos para arguição do aluno e encaminhamento de sugestões ao trabalho apresentado.

Após a avaliação, a Banca Examinadora devolve as cópias do trabalho ao aluno para que as alterações sugeridas sejam processadas.

O aluno tem que entregar a versão final do TCC impressa de acordo com as normas da ABNT – NBR à Banca Examinadora, para que Esta verifique se as alterações sugeridas foram processadas até o início do período previsto para o exame final no Calendário Escolar das Atividades de Graduação sendo a data definida pelo coordenador. Para a monografia, o aluno deve respeitar as normas técnicas da ABNT – NBR, devendo o TCC ter no mínimo 35 (trinta e cinco) e no máximo 70 (setenta) páginas datilografadas em espaço um, não computadas para este cálculo as folhas pré-textuais e pós-textuais, com exceção dos anexos. No caso de o TCC for apresentado na forma de um artigo, o mesmo deve obedecer às normas da revista para o qual será encaminhado, as quais devem ser anexadas ao trabalho.

Cada aluno deve apresentar 3 (três) cópias à Coordenação sendo assim distribuídas: a primeira é enviada à Biblioteca Central; a segunda é destinada à biblioteca do Departamento, e a terceira ao orientador.

## **8. CRITÉRIOS E METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO**

A versão preliminar do TCC entregue pelo aluno rigorosamente dentro do prazo fixado no Manual do TCC, será examinado pelo respectivo docente orientador, que decidirá:

- I. pela sua rejeição por insuficiência, quando estiver incompleto, em desacordo com as diretrizes gerais, com péssima apresentação, elaborado sem zelo e/ou com erros ou generalizados;
- II. pela sua aceitação.

No caso do inciso I do artigo anterior, o aluno estará automaticamente reprovado na atividade do TCC, sendo-lhe facultado requerer, no prazo de 03 (três) dias úteis da

divulgação do resultado, ao Coordenador, um novo exame do trabalho por uma comissão composta pelo docente orientador e dois outros docentes orientadores.

Na hipótese do inciso II, o trabalho será submetido à Banca Examinadora, sendo considerado aprovado se obtiver nota superior ou igual a 7,0 (sete) na média aritmética das notas de cada examinador.

A Banca Examinadora, na avaliação, atenderá à extensão do trabalho, o seu nível de correção, à observância das diretrizes, os objetivos, métodos e técnicas empregados, à sua apresentação física, à certeza de sua autoria e, ainda, do domínio do conteúdo do trabalho, à clareza, objetividade, apresentação oral do trabalho e coerência e segurança nas respostas, ao entendimento das perguntas e aspectos correlatos.

A avaliação do TCC deve ser documentada em ata elaborada pelo presidente da Banca Examinadora, onde deve constar as notas que cada examinador atribuiu ao aluno, bem como a ficha de avaliação, onde constem o item avaliados com a assinatura dos três examinadores.

A versão final do TCC, uma vez entregue pelo aluno ao coordenador do TCC, rigorosamente dentro do prazo fixado pelo coordenador, tem sua avaliação da Banca Examinadora do TCC homologada pelo coordenador do TCC em conjunto com o Colegiado do Curso de Fisioterapia.

O aluno estará automaticamente reprovado, caso não entregue a versão final do TCC ao coordenador do TCC rigorosamente dentro do prazo fixado. É facultado ao aluno nos 02 (dois) dias seguintes da publicação do resultado, requerer mediante justificativa devidamente comprovada, o aceite do TCC pelo coordenador do TCC. O coordenador do TCC pode indeferir o pedido do aluno, se julgar que a justificativa não atende às normas e legislação vigente na UEL.

## **9. COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA**

A banca examinadora de TCC será composta por três docentes do Departamento de Fisioterapia, dois dos quais são indicados pelo professor orientador. O professor orientador é membro nato da Banca Examinadora do aluno sob sua orientação;

A Banca Examinadora será homologada pelo coordenador sendo também por ele definida a data de apresentações do trabalho. Na composição das bancas, o coordenador e o orientador devem levar em conta as sub-áreas atinentes aos trabalhos apresentados.

<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO</b>	
<b>METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM</b>	<b>Item n.º 13</b>
<p><b>Apresentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os tipos de instrumentos de avaliação tais como: provas escritas, orais ou práticas; com consulta ou sem; trabalhos coletivos ou individuais; seminários; outros instrumentos específicos para serem aplicados no curso.</li> <li>• A forma de avaliação dos instrumentos, como por exemplo: estudo de caso; situações-problema; reflexões teórico-práticas; produção/reprodução do conhecimento.</li> <li>• Os critérios de avaliação, tais como: coerência da argumentação; correção de conceitos e de registros; relação entre conhecimento teórico e prático; outros característicos da área de conhecimento do curso.</li> <li>• Definições sobre exame final, prova de segunda época, regime de dependência, etc.</li> </ul>	

## 1. AVALIAÇÃO DO ENSINO

Em cada unidade de ensino, cabe ao professor corrigir os desvios e, junto com os alunos, avaliar seus avanços e dificuldades, respeitando seu ritmo de aprendizagem e seus padrões culturais, estimulando sempre a busca ativa de conhecimentos e habilidades apropriadas a cada situação.

O ensino deve ser avaliado para determinar se as atividades educativas programadas se cumprem e qual o grau de efetividade das mesmas. Em nosso currículo os alunos serão inquiridos através de questionários e entrevistas acerca da qualidade da docência.

## 2. AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

Na nova proposta, o processo avaliativo visa diagnosticar e acompanhar o desenvolvimento das competências necessárias ao futuro profissional fisioterapeuta. A avaliação da competência clínica do fisioterapeuta envolve conhecimento, julgamento clínico, habilidades psicomotoras, solução de problemas, atitudes e habilidades comunicativas. Cabe aos professores do curso a responsabilidade de assegurar à sociedade que, os profissionais que estão formando desenvolvam as competências necessárias. A avaliação da aprendizagem deve evidenciar se os objetivos do programa estão sendo efetivamente alcançados pelos alunos e qual o nível obtido.

O planejamento dos objetivos a serem atingidos com o processo avaliativo do aluno deve estar engajado com o que se pretende atingir; conceber o processo de chegar até lá; a maneira de saber se conseguiu, ou não, o almejado, culminando em



uma avaliação sistematicamente quantitativa.

A avaliação do aproveitamento escolar será feita nas disciplinas, atividades acadêmicas obrigatórias e atividades acadêmica complementares. Na proposta atual a avaliação da aprendizagem dar-se-á em dois momentos complementares: primeiro o que proporciona informações para acompanhar e corrigir a ação pedagógica e, segundo, o que procura determinar o resultado cumulativamente, verificando o desempenho alcançado pelo aluno. Deste modo serão utilizadas a avaliação diagnóstica, a avaliação formativa e a avaliação somativa, conforme descritas a seguir.

a) Avaliação diagnóstica

A avaliação diagnóstica possibilitará a verificação e qualificação dos resultados obtidos em uma dada realidade, e sua correspondência com os objetivos propostos. Sua aplicação poderá orientar a tomada de decisões para o desenvolvimento das atividades didáticas seguintes. Este modelo de avaliação poderá desafiar o educando a refletir sobre as situações vividas, a formular e reformular hipóteses que produzam um saber enriquecido. No currículo, este modelo de avaliação será aplicado nas disciplinas teóricas, teórico-práticas e estágios. Como o objetivo desta é a realização de um diagnóstico, não atribuiremos a ela conceito ou nota.

b) Avaliação formativa:

A avaliação formativa permite conhecer o grau de aprendizagem obtido para relacioná-lo com os objetivos do programa, identificar os níveis de avanço, determinar as necessidades de aprendizagem e definir estratégias para alcançar o rendimento desejado. No nosso currículo, à avaliação de processo não será atribuída nota, já que tem como pretensão averiguar se a aprendizagem está ocorrendo conforme o previsto. Será realizado “*feedback*” no sentido de promover a recuperação do aluno para o alcance dos objetivos propostos.

c) Avaliação somativa:

Esta avaliação visa o alcance dos objetivos mais amplos, detendo-se mais na capacidade geral do aluno de “construir e interpretar”. Deve ser realizada após o término da instrução e visa a classificação ou julgamento através da atribuição de notas que serão divulgadas. Será atribuída uma

nota representada por um valor numérico de 0 a 10.

No curso de fisioterapia a avaliação somativa irá atribuir nota referente ao conhecimento teórico e desempenho prático. Quanto à frequência da avaliação, será realizada duas vezes, no mínimo, durante o semestre letivo.

## 2.1. PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

Os instrumentos de avaliação dependerão dos métodos de ensino-aprendizagem empregados durante as atividades acadêmicas. Deve-se para tanto, fazer distinção entre quais as competências a serem avaliadas. Se a intenção é medir os conhecimentos obtidos pelos alunos, devem ser utilizados instrumentos adequados para este fim, o mesmo acontece com as habilidades e atitudes. A escolha correta dos instrumentos de avaliação é fundamental para interpretação correta dos resultados esperados.

Na proposta atual foram destacados alguns métodos de avaliação tendo em mente os objetivos estabelecidos no curso.

- *Atividades de fixação*: ao final de um determinado conteúdo programado, serão aplicados instrumentos ou técnicas individuais ou em grupo que permitam a fixação do conteúdo trabalhado e a avaliação do rendimento atingido pelo aluno em cada etapa do ensino. Podem ser utilizados questionários, debates, discussão de casos, e outros. Através deste método é possível observar se os alunos estão atingindo um nível adequado de compreensão.

- *Dinâmicas de grupo*: em pequenos grupos, durante as diferentes etapas de um trabalho é possível avaliar o rendimento de seus elementos sob diferentes aspectos como a responsabilidade, habilidades grupais, destreza para aprender, estudo independente, contribuição ao grupo, análise crítica da informação e habilidades para avaliação.

- *Fórum* com a finalidade de levantar aspectos positivos e negativos da disciplina, das estratégias educacionais, do desempenho dos alunos e dos professores envolvidos, além dos recursos disponíveis e necessários.

- *Ensaio*: o ensaio é um método que permite avaliar as habilidades de comunicação escrita, a capacidade de síntese e o estudo independente dos alunos. Este pode ser estruturado em torno dos objetivos do programa ou relacionados com áreas temáticas específicas do programa que requerem expansão mediante o estudo

independente. Com base nas tarefas desenvolvidas o professor pode observar se os conteúdos do curso têm sido compreendidos adequadamente. Neste modo de avaliação é importante que os objetivos fiquem claramente estabelecidos antes de iniciar a atividade.

- *Roteiros de avaliação de habilidade/attitudes*: são roteiros com descrição detalhada das habilidades exigidas durante o desempenho acadêmico. Podem ser utilizados individualmente ou em grupos.

- *Auto-avaliação*: avaliação do desempenho de si mesmo e do seu conhecimento, seja por meio de critérios pré-estabelecidos (instrumento próprio) ou através de critérios próprios, podendo inclusive ser atribuído nota ou conceito. A auto-avaliação pode ser utilizada com a finalidade de propor estratégias educativas, caso os procedimentos metodológicos não estejam favorecendo o alcance dos objetivos da disciplina.

- *Prova objetiva*: instrumento de aferição pedagógica, constituído por questões lacunas; questões falso-verdadeiro; questões de múltipla escolha, tudo como padrão de medida do acerto ou um número de acertos. A mensuração da aprendizagem do aluno corresponde à contagem das respostas corretas emitidas sobre um determinado conteúdo, no qual cada acerto é transformado em um valor pontual previamente estabelecido.

- *Prova oral*: constituí-se de um momento de argüições pré-formulados pelo professor, as quais são respondidas pelo aluno, sendo possível verificar o resultado da aprendizagem escolar, principalmente o domínio do conhecimento.

- *Prova discursiva e dissertativa*: compõem-se de questões formuladas pelo professor sobre um determinado assunto, as quais serão respondidas de forma manuscrita, podendo verificar a comunicação escrita e capacidade de interpretação e síntese.

- *Prova prática*: compõem-se de situações e/ou questionamentos formulados, nas quais envolverão a participação de aluno-aluno e /ou aluno-paciente, sendo possível verificar as habilidades.

- *Aplicação da ficha de avaliação do estagiário*: em diferentes momentos (ao final da primeira semana e no meio do estágio), sem pontuar, mas com a finalidade de levantar as dificuldades de aprendizagem e propor modificações e/ ou implementações de estratégias educacionais, caso necessário.

- *Diário do aluno*: registro diário de ocorrências, analisadas semanalmente.

- *Observação direta*: consiste em observar todos os aspectos do desempenho do

estagiário por meio de pautas com critérios definidos e com descrição clara das condutas executadas.

- *Avaliação subjetiva da performance do estagiário*: Trata-se de um instrumento de avaliação que verifica o desempenho/ competência durante a passagem do aluno no estágio. Há uma descrição detalhada das competências esperadas durante o estágio. Na avaliação das habilidades/conhecimentos serão analisadas as capacidades do aluno para realizar anamnese, exame físico, planejamento de objetivos e condutas, os procedimentos fisioterapêuticos, a escrita, a iniciativa e criatividade e sua participação nas discussões. Na avaliação das atitudes serão verificadas as capacidades de comunicação verbal e não verbal, ética, responsabilidade, envolvimento/empatia e capacidade de resolução de problemas. Este método de avaliação, deverá ser aplicado pelo professor no mínimo três vezes durante o estágio

- *Avaliação objetiva da performance do estagiário*: os estagiários examinados percorrem, em alternância, em várias “estações”, onde devem desempenhar tarefas clínicas diferentes. Em cada uma das estações o desempenho do educando é cuidadosamente observado permitindo que o domínio das habilidades possa ser avaliado.

Considerando as características do curso e os objetivos propostos em suas disciplinas, foi feita distinção das avaliações entre as disciplinas teóricas, teórico-práticas e o estágio supervisionado.

a) Disciplinas teóricas:

Os objetivos das disciplinas essencialmente teóricas concentram-se principalmente nos domínios de conhecimento (conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação). Com base nisto, a avaliação do aluno nestas disciplinas deve contemplar a verificação dos domínios de conhecimento. Espera-se que ao final de uma unidade ou área temática nas disciplinas teóricas que o aluno atinja um nível ótimo de aprendizagem de acordo com os objetivos propostos em cada programa. No currículo proposto a avaliação formativa das disciplinas teóricas poderá ser feita por meio de atividades de fixação, auto-avaliação, dinâmicas de grupo, fórum, ensaio e outros. A avaliação somativa poderá ser feita através de prova objetiva, prova oral, prova discursiva e dissertativa e auto-avaliação.

b) Disciplinas teórico-práticas:

A avaliação das disciplinas teórico-práticas evolve, além dos domínios de conhecimentos já explicitados, o domínio de habilidades. Durante a graduação, o desenvolvimento de um alto nível de competência em certas destrezas-chaves para a profissão são objetivos almejados nas disciplinas teórico-práticas. No curso de fisioterapia destacam-se as habilidades para comunicação, relacionamento interpessoal, avaliação clínico-funcional e tratamento fisioterapêutico. A avaliação do rendimento do aluno no domínio das habilidades requer a estruturação de instrumentos específicos de registro das competências esperadas. A avaliação formativa das disciplinas teórico-práticas poderá realizar-se por meio de roteiros de avaliação, auto-avaliação, fórum e outros. A avaliação somativa poderá ser realizada através de prova objetiva, prova oral, prova discursiva e dissertativa, prova prática (aluno-aluno e aluno-paciente), auto-avaliação e dinâmicas de grupo.

c) Estágio supervisionado:

A avaliação do estágio deve averiguar o desempenho dos alunos quanto às habilidades clínicas. As habilidades clínicas envolvem a investigação da história clínica, a realização do exame físico e a interpretação dos dados. São consideradas também as habilidades de interação e comunicação. A avaliação das habilidades clínicas tem como princípio básico a observação e avaliação do desempenho do aluno em tarefas específicas e a comparação dos comportamentos emitidos pelo aluno com os resultados esperados. No curso de fisioterapia, a avaliação formativa do estágio poderá ser feita por meio de aplicação da ficha de avaliação em diferentes momentos do estágio, auto-avaliação, registro em diário do aluno e observação direta. A avaliação somativa será realizada através de avaliação subjetiva da performance do estagiário, da avaliação objetiva da performance do estagiário e da auto-avaliação.

É da ciência dos professores que a avaliação representa um dos principais obstáculos no desenvolvimento adequado do processo ensino-aprendizagem, entretanto, acredita-se que a atual proposta traz sensíveis alterações que podem auxiliar na superação destes.

### 3. MATRÍCULA E SISTEMA DE PROMOÇÃO

A matrícula na série subsequente dependerá do rendimento escolar do discente, obedecendo aos seguintes critérios:

- Será permitida a matrícula na série subsequente ao discente reprovado por nota ou por falta em até duas disciplinas da(s) série(s) anterior(es) exceto na quarta série onde o discente deverá ter cumprido todas as disciplinas até a terceira série, inclusive as dependências.
- Será retido na série em que está matriculado o discente que
  - I. Reprovar por falta e nota, independente do número de reprovações.
  - II. Reprovar por nota ou por falta em mais de duas disciplinas obrigatórias.
  - III. Reprovar nas atividades acadêmicas obrigatórias.
- Será obrigatório o cumprimento de, no mínimo 75% (setenta e cinco por cento) de frequência nas disciplinas obrigatórias. No Internato o discente terá que cumprir a carga horária integral sendo necessária a reposição das faltas devidamente justificadas.
- Será permitido ao discente cursar em regime de dependência até duas reprovações em disciplinas obrigatórias, exceto na quarta série onde o discente deverá ter cumprido todas as disciplinas até a terceira série. As dependências serão cursadas em concomitância com as atividades acadêmicas da série subsequente devendo o discente cumprir com pelo menos 50% das atividades programadas pelo docente.

<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA</b> <b>PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO</b>	
<b>SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO</b>	Item n.º 14
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Critérios e instrumentos de avaliação do Projeto Político-Pedagógico do curso;</li> <li>• Representação discente e de técnico-administrativos no Colegiado de Curso.</li> </ul>	

O acompanhamento do Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia estará sob a responsabilidade do Colegiado do curso, que poderá nomear comissões e representações para organização e desenvolvimento e avaliação curricular.

O curso será submetido a uma avaliação periódica pela comunidade interna e externa a fim de assegurar qualidade e excelência na formação do profissional necessário à realidade atual.

O processo de avaliação permitirá rever os objetivos do curso e identificar os fatores que impedem e os que favorecem o alcance dos mesmos. Estes fatores incluem a estrutura física e os recursos materiais e humanos, tais como: a necessidade de assessoria pedagógica, capacitação e atualização profissional dos docentes, o acervo bibliográfico e os equipamentos. Finalmente, a avaliação do curso tem o propósito de verificar em que medida o projeto pedagógico responde às mudanças técnicas necessárias, de competência, capacitação e diferenciação do egresso do curso, norteando a reestruturação do currículo e linhas de ação.

A avaliação pela comunidade interna será feita pelos docentes e discentes do curso de fisioterapia através de um instrumento que contemple tanto a investigação de aspectos relacionados ao curso e à instituição, quanto ao desempenho docente e discente, devendo permitir, ainda, a auto-avaliação.

Quanto à avaliação pela comunidade externa, o empenho na instituição de um reconhecido programa de suficiência profissional consiste em uma iniciativa louvável do Conselho Regional de Fisioterapia na investigação do conhecimento adquirido pelo egresso. A implementação, pelo curso, de um questionário a ser aplicado aos egressos, abordando aspectos relacionados à inserção, atualização e satisfação profissional deverá permitir a avaliação da colocação destes no mercado de trabalho.

A representação discente e de servidores técnico-administrativos no Colegiado do Curso de Fisioterapia obedecerá os critérios estabelecidos no Art. 27, parágrafos 1º e 2º do Estatuto da UEL, da seguinte maneira : 30% do Colegiado será composto por

representantes discentes e técnico-administrativos, sendo a representação de técnico-administrativos de 10%. No caso desse número não ser atingido, poderá ser preenchido com representantes discentes.



**CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO  
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**

**RESOLUÇÃO CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.(\*)**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso  
de Graduação em Fisioterapia.

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

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

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

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

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

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

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custoefetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de (\*) CNE.

Resolução CNE/CES 4/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11. práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

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

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

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

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

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

I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

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

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

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

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

VI - realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da

Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;

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

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

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

X - emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

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

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

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

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

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

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

XVII - seus diferentes modelos de intervenção.

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

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

Os conteúdos devem contemplar:

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

II - Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados

pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos as políticas de saúde, educação, trabalho e administração;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO  
Presidente da Câmara de Educação Superior

## 1ª Série

### **6MOR020 ANATOMIA I**

Estudo dos sistemas: ósseo, articular, muscular, digestório, respiratório, urinário, genital masculino, genital feminino e circulatório. Noções dos órgãos do sentido.

### **6MOR019 ANATOMIA II**

Neuroanatomia: anatomia funcional do sistema nervoso, origem embrionária, organização e classificação, estrutura externa e interna do sistema nervoso central, sistema nervoso periférico e sistema nervoso autônomo. Anatomia palpatória.

### **6CIF035 BIOFÍSICA E FISILOGIA**

Transporte através de membranas celulares. Potencial de membrana. Potencial de ação. Transmissão sináptica. Contração muscular. Sistema Nervoso Motor. Sistema Nervoso Somatossensorial. Sistema Nervoso Autônomo. Sensibilidades Especiais. O Coração. Excitabilidade Cardíaca. Eletrocardiograma. Princípios físicos da hemodinâmica; dinâmica capilar e regulação do fluxo capilar; débito cardíaco e pressão arterial; mecanismos de regulação arterial; atividade cardiovascular e esforço físico. Sistema respiratório, trocas gasosas, transporte de gases, regulação da respiração, mecanismos respiratórios de controle no equilíbrio ácido-básico do organismo, circulação sanguínea pulmonar, relação ventilação-perfusão. Sistema renal: formação de urina; mecanismo de concentração e diluição da urina, repercussões renais da atividade física; micção. Sistema digestório: movimentos do trato digestivo. Secreção e ação dos sucos digestivos. Absorção intestinal. Metabolismo energético. Sistema endócrino: funções gerais dos hormônios. Homeostase do cálcio e fosfato. Controle da reprodução.

### **6BIQ021 BIOQUÍMICA**

Bioquímica de aminoácidos, proteínas, carboidratos e lipídeos. Enzimas, vitaminas, coenzimas de química e ácidos nucleicos. Integração e controle do metabolismo. Bioquímica analítica qualitativa.

### **6FIT030 ESTUDO E ANÁLISE DA POSTURA E DO MOVIMENTO HUMANO I**

Aplicação das leis e grandezas físicas na compreensão do movimento humano, no diagnóstico e na terapêutica relativa à fisioterapia. Estudo biomecânico do movimento humano (cinética e cinemática do movimento humano normal e adaptado).

### **FIL101 FILOSOFIA A**

Fundamentos da bioética: respeito à dignidade do homem; o significado da qualidade de vida; justiça; autonomia; bem comum; reflexão ética; concepções morais e problemas éticos.

### **6FIT032 FISIOTERAPIA: HISTÓRIA, CONCEITO E EVOLUÇÃO**

Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo. Referencial teórico filosófico e científico da prática de Fisioterapia em hospitais, clínicas, centros de saúde, centros de reabilitação, clubes esportivos, atuação em escolas especiais e congêneres.

### **6BIO045 FUNDAMENTOS DE BIOLOGIA**

Noções de microscopia. A célula no nível molecular. Morfofisiologia dos componentes celulares e suas interações. Ciclo celular e meiose. Gametogênese. Fecundação. Primeiras semanas do desenvolvimento embrionário humano. Período embrionário e fetal. Gemelaridade. Malformações congênitas. Fundamentos da estrutura genômica. Mutações Gênicas e Reparo do material genético. Fundamentos das doenças com etiologia genética devido a alterações monogênicas. Anormalidades Cromossômicas. Genética dos Distúrbios de Herança Complexa. Semiologia e Informação Genética. Genética Molecular na área Médica.

**6SOC112 FUNDAMENTOS DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

As ciências sociais no quadro das ciências do comportamento: sociologia, antropologia, política e ciências afins. Introdução ao estudo da sociedade, abordando especialmente os problemas de desigualdade e de mudanças sociais, tomando-se como foco de referência a formação da sociedade brasileira. Análise dos aspectos das desigualdades sociais, da formação da sociedade e sua relação com os sistemas, em especial com a saúde, ressaltando aspectos políticos, econômicos e culturais.

**6FIT033 HABILIDADES INTERPESSOAIS I**

Introdução ao desenvolvimento de habilidades necessárias ao fisioterapeuta, com ênfase na comunicação, pensamento reflexivo e relacionamento interpessoal. Treinamento das habilidades por meio de atividades (individual, em dupla e em grupo) e desenvolvimento da percepção corporal.

**6HIT017 HISTOLOGIA A**

Métodos de estudo em Histologia; Características gerais dos tipos celulares; Tecidos epiteliais, tecidos conjuntivos; sangue; Tecidos esqueléticos (cartilaginoso e ósseo); Tecidos musculares; Tecido nervoso (citologia e histofisiologia); Sistema circulatório; sistema respiratório; sistema endócrino, sistema de sensibilidade somática e visceral; órgãos do sentido: olho e ouvido.

**6FIT034 PESQUISA CIENTÍFICA I**

Aspectos históricos da pesquisa. Tipos de pesquisa. Pesquisa na área da saúde. Importância da pesquisa para a Fisioterapia. Grupos e Linhas de pesquisa.

**6FIT031 SAÚDE COLETIVA I**

Concepção sobre saúde e doença, organização do serviço de saúde no Brasil e município, atuação da fisioterapia na promoção à saúde.

**2ª Série****6FIT043 CINESIOTERAPIA**

Orientação dos movimentos e posicionamentos da vida diária como condição para a boa postura; Percepção corporal através do movimento; O estudo do movimento como forma de terapia, suas técnicas e aplicações; Reeducação funcional e postural: introdução aos diferentes conceitos e métodos fisioterapêuticos.

**6FIT041 ERGONOMIA**

Introdução ao estudo da ergonomia. Os conceitos ergonômicos aplicados a situações da prática fisioterapêutica (antropometria, fisiopatologia do trabalho, sistema homem - trabalho).

**6FIT037 ESTUDO E ANÁLISE DA POSTURA E DO MOVIMENTO HUMANO II**

Estudo do movimento e da postura estática normal do ser humano.

**6CIF036 FARMACOLOGIA A**

Farmacocinética. Farmacologia do Sistema Nervoso. Autofarmacologia. Farmacologia do Aparelho Cardiovascular. Farmacologia Renal. Farmacologia do sangue. Farmacologia do Aparelho Respiratório. Endócrino-farmacologia.

**6FIT039 FISILOGIA DO ESFORÇO**

Princípios gerais de fisiologia neuromuscular, cardiovascular e respiratória. Fontes de energia. Metabolismo energético. Modelos de avaliação direta e indireta do condicionamento físico. Adaptações neuromusculares, cardiovasculares e respiratórias agudas e crônicas ao exercício. Exercício e as doenças crônico-degenerativas.

**6FIT040 FISIOTERAPIA DERMATO FUNCIONAL**

Fisioterapia aplicada aos pacientes com queimaduras graves. Fisioterapia aplicada aos pacientes submetidos a procedimentos de cirurgia plástica e estética.

**6FIT044 FUNDAMENTOS CLÍNICOS DE ENDOCRINOLOGIA E DERMATOLOGIA**

Estudos das patologias endocrinológicas e dermatológicas mais frequentes. Aspectos clínicos e abordagem terapêutica.

**6ENF003 FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM E CLÍNICA CIRÚRGICA**

Noções sobre clínica cirúrgica nas diferentes especialidades, principais procedimentos cirúrgicos, cuidados no pré e pós-operatório, cicatrização, infecção hospitalar.

**6FIT036 HABILIDADES INTERPESSOAIS II**

Desenvolvimento de habilidades necessárias ao fisioterapeuta, com ênfase na avaliação físico-funcional. Interpretação dos achados clínicos. Orientação ao indivíduo, família, grupo e sociedade.

**6PAT020 IMUNOLOGIA C**

Fundamentos de imunologia. Sistema linfóide. Antígenos. Imunoglobulinas. Sistema complemento. Interação antígeno-anticorpo. Resposta imune celular e humoral. Hipersensibilidade medida por anticorpos e por células.

**6MIB010 MICROBIOLOGIA B**

Citologia microbiana, fisiologia dos microorganismos, esterilização e desinfecção. Noções de bacteriologia, virologia e micologia aplicadas à fisioterapia.

**6PAT019 PATOLOGIA A**

Definição de doenças, homeostasia, processos reversíveis e irreversíveis, trofias, hipertrofias, distúrbios circulatórios, inflamação e reparo, neoplasia e etiologia do câncer.

**6EMA030 PESQUISA CIENTÍFICA II**

Introdução à bioestatística. Análise descritiva e inferencial. Interrelação com a fisioterapia. Utilização de softwares estatísticos.

**6FIT035 RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS EM ELETROTERMOFOTOTERAPIA**

Eletricidade: eletrização, força, potencial, capacitores, corrente elétrica alternada contínua, eletrólise. Ondas mecânicas e Eletromagnéticas: som, ultra-som, ondas curtas, microondas, luz ultravioleta e infravermelho, laser. Estudo e aplicação de agentes eletrotermofototerápicos. Compreensão e análise e interpretação de métodos e técnicas de utilização destes agentes, valores clínicos e efeitos fisiológicos.

**6FIT042 RECURSOS TERAPÊUTICOS MANUAIS**

Técnicas de aplicação, indicações e contra-indicações dos aparelhos de eletrotermofototerapia. Efeitos fisiológicos, indicação e contra-indicação dos métodos e técnicas de Massagem; programação da Massoterapia; treinamento em técnicas de Massagem Clássica e Reflexa; habilitação teórica e prática nos métodos e técnicas de manipulação e tração vertebrais e articulares, analisando seus efeitos fisiológicos, indicações e contra-indicações, precauções e aparelhagem utilizada.



**6FIT038 SAÚDE COLETIVA II**

Território da UBS e área de abrangência. Análise das condições de saúde da população. O papel do fisioterapeuta no serviço de saúde.

**3ª Série****6FIT055 FISIOTERAPIA AQUÁTICA**

História e conceito da utilização da água como forma de tratamento. Mecânica de fluidos. Fisiologia da imersão. Aplicação da cinesioterapia e seus efeitos no ambiente aquático. Abordagem de conceitos específicos. Fisioterapia aquática baseada em evidências.

**6FIT049 FISIOTERAPIA CARDIOVASCULAR**

Considerações sobre anatomia, semiologia e fisiologia do aparelho cardiovascular. Considerações sobre fisiologia do exercício. Doenças cardiovasculares. Exames complementares em cardiologia. Tratamento clínico e cirúrgico das doenças cardiovasculares. Prescrição de exercícios na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares. Reabilitação cardíaca. Avaliação, programação terapêutica e intervenção em fisioterapia cardiovascular.

**6FIT053 FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL**

Semiologia neurológica. Doenças neurológicas mais freqüentes: enfoque clínico, cirúrgico e fisioterapia. Avaliação, programação de tratamento com aplicação de técnicas e recursos de fisioterapia em indivíduo adulto com doenças e/ou disfunções neurológicas.

**6FIT050 FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA**

Recém-nascido normal. Recém-nascido pré-termo. Anóxia neonatal. Tocotraumatismo. Crescimento normal. Desenvolvimento normal. Déficit de crescimento. Pneumonia na infância. Desnutrição protéico-calórica. Epidemiologia da desnutrição. Anomalias congênitas. Acidentes na Infância. Exame neurológico da criança. Malformação do sistema nervoso. Paralisia cerebral. Epilepsia na infância. Espina bífida. Hipertensão intracraniana. Doenças neuromusculares. Meningites. Repercussão das doenças cerebrovasculares e Traumatismo crânio-encefálico na infância. Estudo e análise das alterações do comportamento motor na criança decorrentes de problema nutricional, neurológico, ortopédico, respiratório e cardiovascular. Programação e tratamento fisioterapêutico.

**6FIT048 FISIOTERAPIA PNEUMOFUNCIONAL**

Semiologia do aparelho respiratório. Patologias pulmonares mais freqüentes, incluindo avaliação, classificação, quadro clínico, complicações e evolução e tratamento. Avaliação da mecânica respiratória e das alterações toraco-pulmonares, ventilometria e espirometria. Técnicas específicas em fisioterapia respiratória ambulatorial e de UTI. Reabilitação respiratória. Noções sobre cirurgia torácica e ventilação mecânica.

**6FIT047 FISIOTERAPIA REUMATOLÓGICA**

História, conceito e classificação das doenças reumáticas. Etiopatogenia. Considerações sobre fisiologia articular. Fisioterapia baseada em evidências em Reumatologia. Utilização dos recursos de fisioterapia em pacientes reumáticos. Avaliação físico-funcional e utilização de instrumentos específicos.

**6FIT045 FISIOTERAPIA TRAUMATO-ORTOPÉDICA FUNCIONAL E ESPORTIVA**

Semiologia Ortopédica. Estudo e análise das disfunções do sistema osteomioarticular. Noções de tratamento clínico e cirúrgico das doenças ortopédicas, traumáticas e relacionadas ao esporte. Métodos e técnicas de avaliação em fisioterapia traumato-ortopédica e desportiva. Seleção e execução de recursos terapêuticos

**6FIT046 FISIOTERAPIA URO-GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA**

Prevenção e acompanhamento clínico e fisioterapêutico no ciclo da mulher. Avaliação e intervenção fisioterapêutica em pacientes com alterações clínicas e/ou cirúrgicas em uro-ginecologia e obstetrícia

**6FIT054 HABILIDADES INTERPESSOAIS III**

Treinamento na utilização dos recursos de fisioterapia, com ênfase na cinesioterapia, orientação ao indivíduo, famílias, grupo e sociedade e sua realização nas diversas indicações e fases do tratamento.

**6FIT051 PESQUISA CIENTÍFICA III**

Introdução à Epidemiologia. Pesquisa bibliográfica. Delineamentos de estudos. Análise crítica da literatura. Preparo do Trabalho de Conclusão de Curso. Conceito de Bioética em pesquisa com seres humanos.

**6FIT052 SAÚDE COLETIVA III**

Domicílio e família. Análise das condições de saúde. O papel do fisioterapeuta no serviço de saúde.

**4ª Série****6ADM052 ADMINISTRAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

Noções de Administração Geral e Hospitalar. As funções de planejamento, organização, direção e controle aplicadas às instituições hospitalares. Tópicos especiais: administração financeira, pessoal, de material aplicados à organização hospitalar. Organização e métodos.

**6FIT056 DEONTOLOGIA E ÉTICA PROFISSIONAL PARA FISIOTERAPIA**

Comportamentos profissionais éticos nos relacionamentos terapeuta-paciente, interprofissionais e sociais. Estudo de ética profissional dos fisioterapeutas.

**6EST562 ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FISIOTERAPIA CARDIOPNEUMOFUNCIONAL**

Prática da rotina de atendimento do serviço de fisioterapia em unidade hospitalar e/ou ambulatorial, na área de cardiopneumologia.

**6EST566 ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FISIOTERAPIA EM SAÚDE COLETIVA**

Desenvolvimento de atividades de aprendizagem profissional em situações reais de ação do fisioterapeuta em saúde coletiva.

**6EST561 ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL**

Prática da rotina de atendimento do serviço de fisioterapia em unidade hospitalar e/ou ambulatorial, na área de neurologia.

**6EST563 ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA**

Prática da rotina de atendimento do serviço de fisioterapia em unidade hospitalar e/ou ambulatorial, na área de pediatria.

**6EST565 ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FISIOTERAPIA TRAUMATO-ORTOPÉDICA FUNCIONAL E ESPORTIVA**

Prática da rotina de atendimento do serviço de fisioterapia em unidade hospitalar e/ou ambulatorial, na área traumato-ortopédica funcional e esportiva.

**6EST564 ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA**

Prática da rotina de atendimento do serviço de fisioterapia em unidade hospitalar e/ou ambulatorial, na área de uroginecologia e obstetrícia.

**6PEP005 PSICOLOGIA APLICADA À PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA**

Os fenômenos relacionais e seus processos subjacentes.

**6TCC507 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Trabalho de natureza técnica e científica resultante de pesquisa nas diversas áreas de concentração do curso de Fisioterapia.

**Keele University**  
**Faculty of Health**  
**School of Health and Rehabilitation**  
**BSc (Hons) Physiotherapy**  
**Programme Specification**

**Overview**

Physiotherapists work with individuals to maximise quality of life by restoring, maintaining and improving function and movement, by promoting physical approaches to optimising health, wellbeing and illness prevention. Physiotherapists deliver high quality, innovative services to meet patient and population needs in accessible, responsive, timely ways to help address health inequalities. The profession is founded on a strong, evolving evidence base and scope of practice, clinical leadership and patient-centred professionalism. The Keele BSc (Hons) Physiotherapy programme reflects the shifting emphasis away from increasing the quantity of care available towards enhancing the quality of care, moving away from a medical disease model towards a health model based on prevention of disease and personal responsibility. The programme is designed to ensure that its content is current, reflecting contemporary physiotherapy practice in the UK, and sufficiently flexible to accommodate the changing demands of health and social care and the future requirements of the profession, both in the UK and globally. The programme is committed to the development and provision of high quality multi- and interprofessional learning. The School of Health and Rehabilitation utilises a range of high quality local clinical bases in order to deliver the clinical component of the programme.

**Introduction**

The programme specification is the definitive document summarising the structure and content of the degree programme. It is reviewed and updated every year as part of Keele's Curriculum Annual Review and Development process. The document aims to clarify to potential and current students what they can expect from the study of the subject over the course of the programme.

Name of programme: BSc (Hons) Physiotherapy

Name of award: BSc (Hons) Physiotherapy

Mode of study – full time

Single Honours

Duration of programme: 3 years

Graduates of the programme are eligible to apply for registration with the Health and Care Professions Council (HCPC – formerly the Health Professions Council<sup>1</sup>). In order to use the title 'physiotherapist' a practitioner must be registered with the HCPC. HCPC registration is a prerequisite for employment as a physiotherapist in the NHS.

The programme meets the requirements of the HCPC standards of Education and Training (2009) and the Chartered Society of Physiotherapy (CSP) Curriculum Framework (2002). The Quality Assurance Agency (QAA) Academic and Practitioner Standards in Physiotherapy (2001) and the Framework for Higher Education Qualifications in England, Wales and Northern Ireland (2008) are also met.

---

<sup>1</sup> The Health Professions Council (HPC) became the Health and Care Professions Council (HCPC) on 1<sup>st</sup> August 2012. The programme was designed to meet the requirements set out in the documentation which was available at the time of approval. These documents will be updated by the HCPC in due course. The programme is subject to annual monitoring by the HCPC.

### **The Philosophy of the Programme**

Physiotherapy emphasises the use of physical approaches in the promotion, maintenance and restoration of an individual's physical, psychological and social wellbeing, encompassing variations in health status.

The Physiotherapy BSc (Hons) programme at Keele will, in an environment of reflection and research awareness, enable students to develop into autonomous professionals who are able to initiate and respond to change in a wide variety of settings. Students will embrace a vision of patient-centred care within contemporary health and social care environments. They will develop the attributes of a competent practitioner underpinned by knowledge enabling them to become, and remain, fit for purpose, delivering high quality, safe, integrated and effective care. During the programme, students will develop responsibility for their own continuing professional development and will be confident to function in partnership and leadership roles.

### **The aims of the programme are to:**

Provide the students with the knowledge, skills, attitudes and values to underpin contemporary physiotherapy practice and develop the students' competence in applying clinical skills to the practice of physiotherapy. Students will develop their clinical reasoning and decision-making skills to enable them to undertake best physiotherapy practice. The programme will facilitate the student to develop the competencies required for autonomous practice in a diverse range of health and social care settings.

The programme aims to promote research awareness and its application to physiotherapy practice and the wider health and social care context and to provide the student with the skills to adapt and respond positively to change. In doing this, students will develop key transferable skills to prepare them for graduate employment.

Throughout the programme students will get the opportunity to enhance the development of their interpersonal skills along with effective team working and partnership skills. This promotes engagement in lifelong learning which is a key feature of the development of an autonomous professional.

The programme promotes effective inter-professional working practices and facilitates the development of leadership, management and entrepreneurial skills.

The programme is designed to provide education and training that is approved by the Health and Care Professions Council and the Chartered Society of Physiotherapy.

### **Studying physiotherapy at Keele**

Key features of the BSc (Hons) Physiotherapy programme are:

- Excellent staff student relationships and collaborative partnerships with a range of clinical bases which are well recognised.
- Students are taught by a range of highly skilled, highly qualified and knowledgeable staff some of whom are nationally and internationally recognised as experts in their field.
- Students undertake clinical placements in a variety of healthcare environments supported by accredited clinical educators with extensive knowledge and experience in a range of clinical specialities.
- Interprofessional education is embedded in the programme allowing students to learn alongside other health and social care students. This is designed to contribute to professional understanding and respect as students of various professions learn with, from and about each other for the benefit of patient care.
- A comprehensive range of student support mechanisms (Student Handbook).

### **The Distinctive Keele Graduate**

Engagement with our undergraduate programme will enable you to develop your intellectual, personal and professional capabilities. We call these our ten Graduate Attributes and they include independent thinking, synthesizing information, creative problem solving, communicating clearly, and appreciating the social, environmental and global implications of your studies and activities. Our educational programme and learning environment is designed to help you to become a well-rounded graduate who is capable of making a positive and valued contribution in a complex and rapidly changing world, whichever spheres of life you engage in after your studies are completed.

### **What students will learn**

The programme meets the Health and Care Professions Council's Standards of Education and Training (2009) therefore graduates of the programme will be equipped to meet the:

- HCPC's Standards of Proficiency (2007)
- HCPC's Standards of Conduct, Performance and Ethics (2008).

The Programme is structured around five key strands of physiotherapy practice: Clinical Practice (CP), Therapies (T), Health and Wellbeing (H&WB), Professional Practice (PP) and Evidence Based Health and Rehabilitation (EBH&R). These are introduced, developed and enhanced over the three years of study and emphasise the shift towards enhancing the quality of care via a health model based on personal responsibility and disease prevention.

Students will develop knowledge, understanding and skills that are both generic to healthcare and specific to physiotherapy. The Curriculum Framework for Qualifying Programmes in Physiotherapy document (CSP 2002) provides guidance on the most important areas of learning within physiotherapy and indicates the level at which such learning should take place. It identifies nine outcomes divided into physiotherapy professional characteristics and physiotherapy professional behaviours:

- Practice within the core areas of physiotherapy
- Enable individuals and groups to optimise their health and social well-being
- Manage oneself and work with others to optimise results
- Promote equality to all patients in physiotherapy practice
- Deliver physiotherapy in response to patients' needs
- Engage in evidence based practice
- Respond appropriately to changing demands
- Demonstrate and apply knowledge and understanding to issues affecting physiotherapy practice.
- Practice and promote continuing professional development.

These outcomes are taught, developed and assessed across the three years of the programme. Achievement of these outcomes allows students to successfully meet the HPC's three key areas of physiotherapy proficiency:

- Professional autonomy and accountability

- Identification and assessment of health and social care needs
- Knowledge, understanding and skills

Table 1 provides details of when and where the physiotherapy specific outcomes are introduced (I), developed (D) and assessed (A) across the three year programme.

**Table 1 Mapping of Physiotherapy Specific Outcomes Across Undergraduate Programme**

	FHEQ Level		Practice within the core areas of physiotherapy		Enable individual patients and groups to optimise their health & social well being		Manage oneself & work with others to optimise results		Promote equality to all patients in physiotherapy practice		Deliver physiotherapy in response to patient needs		Engage in evidence based practice		Respond appropriately to changing demands		Demonstrate & apply knowledge & understanding to issues affecting physiotherapy practice		Practice and promote CPD	
	Yr	I/D	A	I/D	A	I/D	A	I/D	A	I/D	A	I/D	A	I/D	A	I/D	A	I/D	A	
Clinical	4	1	√	√	√		√	√	√	√	√	√	√		√	√			√	√
	5	2	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	6	3	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Therapies	4	1	√	√							√	√								
	5	2	√	√							√	√	√		√	√				
	6	3	√	√							√	√	√	√	√	√				
Evidence Based Health & Rehab	4	1					√	√	√		√	√	√	√	√	√	√			
	5	2					√	√	√		√	√	√	√	√		√	√	√	√
	6	3					√	√					√	√			√	√	√	√
Professional Practice	4	1	√				√	√	√				√		√		√		√	√
	5	2	√				√		√				√		√		√	√	√	√
	6	3	√				√		√				√	√	√	√	√	√	√	
Health & Wellbeing	4	1			√				√				√							
	5	2	√	√	√								√							
	6	3	√		√	√					√		√		√		√			

Key: I/D – Introduced and/or developed  
A - Assessed

In addition students will develop a range of key transferable skills (employability skills) which are assessed within the physiotherapy programme. These are:

- The ability to use information and communication technology effectively
- The ability to engage with numerical data and calculations and understand their significance.
- The ability to communicate effectively in writing, including the use of language that is appropriate for a variety of audiences
- The ability to critically review their own work.

- The ability to communicate effectively orally and visually, including participation in group discussions, communicating ideas and presenting information to a variety of audiences.
- The ability to use mature interpersonal skills and awareness, including: a capacity to work in groups both as a team member and as a leader; to be sensitive to the views of others; to be able to negotiate; and to be aware of how one's actions are seen by others.
- The ability to solve problems, including the ability to generate a variety of strategies to address a problem and design, implement and evaluate a solution that addresses the problem.
- The ability to use information handling skills which enables the individual to locate, access and evaluate information and synthesise and build upon existing information.
- To have research skills including the ability to identify and develop a research question/hypothesis and to be able to construct a range of strategies and methods for answering research questions or testing hypotheses.
- To develop independent study skills, including the maturity and judgment to manage one's own personal development and a capacity for self-reflection, self-assessment and self-criticism.
- A readiness for lifelong learning and recognition of its necessity.

Table 2 on page 8 provides details of the development and assessment of employability skills across the programme.

**Table 2 The Development and Assessment of Employability Skills Across the Programme**

Skill	Year 1 (FHEQ Level 4) strands in which achieved	Year 2 (FHEQ Level 5) strands in which achieved	Year 3 (FHEQ Level 6) strands in which achieved
<b>The ability to use information technology effectively.</b>	Evidence Based Health & Rehabilitation Therapies Clinical Practice Health & Wellbeing Professional Practice	Evidence Based Health & Rehabilitation Therapies Clinical Practice	Evidence Based Health & Rehabilitation Therapies Clinical Practice Health & Wellbeing
<b>The ability to engage with numerical data and calculations and understand their significance.</b>	Evidence Based Health & Rehabilitation	Evidence Based Health & Rehabilitation Health & Wellbeing	Evidence Based Health & Rehabilitation Health & Wellbeing
<b>The ability to communicate effectively in writing, including the use of language that is appropriate for a variety of audiences</b>	Professional Practice	Professional Practice	Professional Practice



	Clinical Practice Health & Wellbeing Therapies	Clinical Practice Evidence Based Health & Rehabilitation	Clinical Practice Health & Wellbeing Evidence Based Health & Rehabilitation
<b>The ability to critically review their own work.</b>	Professional Practice Clinical Practice Therapies	Professional Practice Clinical Practice Evidence Based Health & Rehabilitation	Professional Practice Clinical Practice Evidence Based Health & Rehabilitation
<b>The ability to communicate effectively orally and visually, including participation in group discussions, communicating ideas and presenting information to a variety of audiences.</b>	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical Practice Therapies	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical Practice Therapies Health and Wellbeing	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical Practice Therapies Health and Wellbeing
<b>The ability to use mature interpersonal skills and awareness, including: a capacity to work in groups both as a team member and as a leader; to be sensitive to the views of others; to be able to negotiate; and to be aware of how one's actions are seen by others.</b>	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical Practice	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical Practice Health & Wellbeing	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical Practice Health & Wellbeing
<b>The ability to solve problems, including the ability to generate a variety of strategies to address a problem and design, implement and evaluate a solution that addresses the problem.</b>	Clinical Practice	Clinical Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Therapies	Clinical Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Therapies Health & Wellbeing
<b>The ability to use information handling skills which enables the individual to locate, access and evaluate information and synthesise and build upon existing information.</b>	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical
<b>To have research skills including the ability to identify and develop a research question/hypothesis and to be able to</b>		Evidence Based Health &	Evidence Based Health &

<b>construct a range of strategies and methods for answering research questions or testing hypotheses.</b>		Rehabilitation	Rehabilitation
<b>To develop independent study skills, including the maturity and judgment to manage one's own personal development and a capacity for self-reflection, self-assessment and self-criticism.</b>	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical Practice Therapies Health & Wellbeing	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical Practice Therapies Health & Wellbeing	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical Practice Therapies Health & Wellbeing
<b>A readiness for lifelong learning and recognition of its necessity.</b>	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical Practice Therapies Health & Wellbeing	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical Practice Therapies Health & Wellbeing	Professional Practice Evidence Based Health & Rehabilitation Clinical Practice Therapies Health & Wellbeing

### How the Programme is taught

The programme is structured around 5 key strands which are introduced, developed and enhanced over the 3 year programme. Learning and teaching methods used on the programme vary according to the subject matter and nature of the strand. Teaching is undertaken in both the university and clinical environments. All teaching is designed to integrate university learning and learning undertaken in clinical practice.

Physiotherapy practical skills are taught initially in small groups in the university, as are some other areas of the programme. The number of students within these groups is variable depending upon subject matter. In the clinical setting students work with designated clinical educators and are also supported by visiting tutors from the School. University based elements of the programme are taught using a variety of approaches including:

- Traditional lectures where the lecturer provides students with a framework and context for further reading and independent study; some lectures may feature invited external speakers who are clinicians, active researchers, and academics in the field of physiotherapy and related health practice
- Interactive lectures to engage the students in their learning for example the use of Audience Response Systems
- Practical work allows students to observe the application of, or develop the acquisition of physiotherapy practical skills under the supervision of academic staff
- Learning in the clinical environment (clinical placements) where students develop their clinical and professional skills under the supervision of a designated clinical educator(s)
- Small group workshops when students work together to, for example, critically appraise papers relating to some aspect of physiotherapy practice

- Group workshops which require students to work together over an extended period of time to develop a piece of work
- Individual and group presentations where students research and present a topic with relevance to practice (for example specific approaches to communication or reasoning for particular approaches in physiotherapy research) to the whole group with time allowed for interactive questions and discussion
- Student and tutor-led tutorials which encourage topics of interest and relevance to a strand to be discussed in depth within a small group; problem-solving scenarios and case studies may be used as a vehicle for such discussion
- Web-based learning using the Keele Virtual Learning Environment (KLE): this is used by all strands and provides a platform for students to share online discussions and to access a wide range of learning resources.
- Independent study will be required in each strand; some study will be guided by tutors where necessary, but will also be self-directed in relation to the various demands of each strand and its assessment. This type of learning may be facilitated by use of various resources such as work packages and access to specific web based programmes. The development of a portfolio will also be used as a vehicle for learning. Independent study also forms an important part of the development of the final year research project, which is supported by a designated member of the academic staff
- Students will engage in interprofessional learning in groups made up of a range of other health and social care students

Apart from these formal activities, one-to-one tutorials are available to support all students on an individual basis, at their request, to enable them to discuss any particular identified areas of difficulty, and special learning needs they may have, and to give help and feedback during preparation of assessed work.

These learning and teaching methods enable students to achieve learning outcomes of the programme in a variety of ways. For example:

- Lectures and independent study enable students to broaden and deepen their existing professional knowledge and understanding of the core scientific principles and concepts of physiotherapy, and to transfer scientific knowledge from theory into practice.
- Practical work in both university and clinical environments enables students to develop, enhance and update their learning of new skills under the supervision of experts and to ensure safe and competent practice, and to integrate theoretical and practical knowledge.
- Focussing on the management of common pathologies whilst demonstrating the transferability of these skills to the management of less common pathologies.
- Discussion on a one to one basis following clinical work (de-brief session) using for example, case studies, justification of treatment with evidence and reflection upon experiences to identify personal learning needs.
- Small group work, such as seminars, and workshops, provides opportunities for students to clarify and exchange ideas, and to question and challenge professional concepts.
- Guided independent study, tutorials and the use of portfolios will assist the student to explore in depth, and evaluate, aspects of professional practice.

- Seminars, tutorials and web-based activities encourage students to reflect upon their learning and to take responsibility for its development, and to collaborate with others to share, explore, and evaluate ideas in greater depth.
- Undertaking a research-based project, using the support of small group workshops (where relevant) and tutorial supervision, further develops the student's independent learning and research capability; it also enables them to plan, implement and document a piece of research with relevance to physiotherapy. This piece of work encourages competence with IT skills including use of software packages for data analysis.

### Teaching Staff

The permanent academic staff contributing to the programme are drawn from the staff of the University's School of Health and Rehabilitation along with contributions from specialist clinical staff when appropriate. The School staff includes three professors, senior lecturers, lecturers and academic related staff giving a staff student ratio for the programme of 1:14.

One member of staff is a fellow of the Chartered Society of Physiotherapy and another has a distinguished service award. A number of staff have dual roles in that they have part time contracts with the university but also hold contracts with other relevant employers e.g. they may be practising physiotherapists in the NHS.

All permanent academic staff are members of, or are working towards, membership of the Higher Education Academy. All permanent academic staff hold (or are working towards) academic qualifications to at least Masters level and eight staff hold a PhD qualification in an area related to the Physiotherapy programme. All staff who are physiotherapists are HCPC registered and have had experience working in the NHS and other areas of healthcare. The academic staff group also includes an Exercise Physiologist and a Bioengineer. The staff group has extensive experience of teaching at undergraduate and postgraduate level and includes individuals with expertise in learning and teaching and research. The work of research active staff has been widely published and shared via conference presentations. Several staff are active members of clinical specialist interest groups. The Physiotherapy research hub co-ordinator for the West Midlands is a permanent member of academic staff in the school. The School of Health and Rehabilitation also has honorary contracts with a local Consultant Physiotherapist and an Allied Health Professional Lead.

The clinical component of the programme is delivered and assessed by a range of Clinical Educators. These are suitably qualified clinicians working across a broad range of clinical environments who have undertaken the SHAR Clinical Educators training course (to date, 317 Clinical Educators have attended regular updates of this training course).

### **Structure of the Programme**

The programme is studied full time over three years and the teaching is delivered via five strands across each year. Each year is arranged into two units called semesters (Autumn and Spring) which vary in length. In each academic year time is spent in both the university and clinical settings (see Table 3 for exact number of weeks normally spent in each setting).

**Table 3**

Year of Study	FHEQ Level	Number of weeks University Based	Number of weeks based in Clinical Setting	Total Number of Weeks
1	4	27	4	31
2	5	19	12	31
3	6	15	16	31

The course is structured around five strands which relate to five key areas of physiotherapy practice:

- Clinical Practice
- Therapies
- Health and Wellbeing
- Professional Practice
- Evidence Based Health and Rehabilitation

These strands are introduced, developed and enhanced over the 3 year programme, each year carries 120 credits. Adopting a spiral curriculum approach (Harden and Stamper 1999, General Teaching Council for England 2006) allows each strand to be revisited in subsequent years adding depth and breadth of knowledge. The curriculum also facilitates the progression from novice to advanced beginner to competent practitioner (Benner 2001 and Benner 2009). Table 1 on page four shows where the subject specific learning outcomes are introduced (I), developed (D) and assessed (A).

The programme is designed to educate physiotherapy practitioners. Consequently the expectation is that students will complete the full programme of study obtaining 360 credits and so be awarded BSc (Hons) Physiotherapy. Students usually accumulate 120 credits per academic year. If a student leaves the programme before completing 360 credits they may be eligible for an alternative award. Physiotherapists must complete an approved programme of study (minimum 360 credits) in order to use the title 'physiotherapist'. Any alternative award will not contain the term 'physiotherapy'.

Whilst it is expected that students will complete the full programme, it is possible for students to leave the BSc (Hons) Physiotherapy Programme with one of four final awards:

- 1. Certificate in Higher Education Health and Rehabilitation (120 credits).** Students require at least 120 credits at FHEQ Level 4 (Year 1) or higher. The title of any such award will not include the title physiotherapy or physical therapy. This award does not confer eligibility to apply for registration with the HCPC and recipients are not entitled to practice physiotherapy.
- 2. Diploma in Higher Education Health and Rehabilitation (240 credits).** Students require at least 120 credits at FHEQ Level 4 (Year 1) and at least 120 credits at FHEQ Level 5 (Year 2). The title of any such award will not include the title physiotherapy or physical therapy. This award does not confer eligibility to apply for registration with the HCPC and recipients are not entitled to practice physiotherapy.
- 3. Honours Degree in Health and Rehabilitation (330 credits).** Students require 120 credits at FHEQ Level 4 (Year 1) and 120 credits at FHEQ Level 5 (Year 2). If students are unable to achieve 120 credits but achieve a minimum of 90 credits at FHEQ Level 6 (Year 3), they will be eligible for an award. The title of any such award will not include the title physiotherapy or physical therapy. This award does not confer eligibility to apply for registration with the HCPC and recipients are not entitled to practice physiotherapy.
- 4. Honours Degree in Physiotherapy (360 credits).** Students require 120 credits at FHEQ Level 4 (Year 1), 120 credits at FHEQ Level 5 (Year 2) and 120 credits at FHEQ Level 6 (Year 3). Graduates are eligible to apply for registration with the HCPC and on successful registration are entitled to practice physiotherapy in the UK.

## How the Programme is Assessed

The progressive range of assessments across the years promotes learning and help students identify strengths and weaknesses. The timing of the assessment schedule has been carefully considered and where possible has been staggered to enable students to organise their workload most effectively. Students are explicitly advised of the assessment expectations; staff clearly communicate the purpose and process of assessment and the related assessment criteria. This process, along with structured, detailed and timely feedback on assessments supports student learning. Feedback is offered with regard to overall performance and progress to enable identification of learning difficulties. Practical assessments assist the development of professional skills including transferable skills. The assessment methods encourage students to be active in, and responsible for their own learning. Students are also encouraged to reflect upon and assess their own learning, which in turn promotes self-regulation – an essential attribute of the autonomous practitioner.

Throughout the three years of the programme the assessment system is related to physiotherapy practice and includes systematic enquiry, investigation, analysis and evaluation. The assessment of competence to practice has been determined in partnership between academic and clinical staff and students.

The function of the assessments listed is to test students' achievement of the learning outcomes of the BSc (Hons) Physiotherapy programme. The various assessment strategies are designed to ensure that students are suitably challenged throughout the programme and facilitate their critical engagement with the programme content. The modes of assessment include:

- **Written work/ assignments** test the quality and application of subject knowledge. In addition they allow students to demonstrate their ability to carry out basic literature searches, communicate their ideas effectively in writing and support their arguments with appropriate referencing. Written pieces vary in their length depending upon the strand. In some strands there may be an element of student choice in relation to the content of the written work e.g. in years one and two of the Evidence Based Health and Rehabilitation strand students have a choice of the type of data to collect and treatment modality to analyse.
- **Written Examinations** in different formats test students' knowledge and (as appropriate), their ability to apply that knowledge appropriately to professional practice. Examinations may consist of essay, short answer and/or multiple-choice questions.
- **Reflective assignments** enable the student to develop their skills of reflective learning and practice; these are fundamental skills used by all health care professionals as part of their continuing professional development
- **Oral presentations** assess students' subject knowledge and understanding. They also test their ability to work effectively as members of a team, to communicate what they know orally and visually, and to reflect on these processes as part of their own personal development.
- **Practical Examinations** – these occur in strands that involve the teaching and learning of practical clinical skills. These examinations enable students to demonstrate the safe and effective application of practical clinical skills, and to justify their choice
- **Research project** is a student led piece of independent research. Nominated supervisors support the student throughout the process, which includes gaining ethical approval from the Student Project Ethics Committee (SPEC) within the School of Health and Rehabilitation or other appropriate ethics committee. This assessment develops the student's capacity as an independent learner and their ability to engage in the research process. It also develops the student's IT skills in use of various software for presentation and data analysis (e.g. Word, Excel, SPSS)

- **Clinical assessment** is undertaken during clinical practice and enables students to demonstrate the safe and effective application of professional practice.

Marks are awarded for 'summative assessments', which assess students' achievement of the learning outcomes of the strand. Students are also assessed 'formatively' during the strand and this enables them to monitor their own progress and to assist students in addressing any specific learning needs. Formative assessment is not formally marked, however students are required to peer assess each other's work; feedback on various aspects of the student's work and their assignment preparation is given throughout the programme. Detailed feedback is also provided on all summative assessments when these are returned to the students, and students may additionally arrange personal tutorials if they require further clarification or feedback in relation to assessed work.

The Programme assessment process is monitored by two External Examiners who are and will continue to be drawn from the appropriate part of the HCPC register. Their duties are documented at

[http://www.keele.ac.uk/depts/aa/qao/documents/dutiesofexternalexaminers\\_sep04.pdf](http://www.keele.ac.uk/depts/aa/qao/documents/dutiesofexternalexaminers_sep04.pdf)

### Admission Requirements for the Programme

Candidates must be able to satisfy the general requirements of Keele University and the School of Health and Rehabilitation ([www.keele.ac.uk](http://www.keele.ac.uk)). The school implements an inclusive system of academic requirements to widen access for appropriately qualified candidates at different career stages. The academic requirements for Standard School Leavers are as follows:

Candidates will normally be required to hold at least six GCSE (or equivalent) subjects taken at one sitting, at grade C or above.

This must include

- Mathematics
- English Language
- Combined or Single Science subjects.

### In addition, higher-level qualification achievement is essential.

The following qualifications below are accepted for entry. This list is not exhaustive and other qualifications may be considered on a case by case basis.

Qualification	Grade Required	Further information
A-levels (Full A2)	ABB	The candidate must hold Biology, Human Biology or Physical Education as one of the A2 subjects  General Studies is not accepted  A Double award in an applied subject is accepted but the candidate would still require Biology, Human Biology or Physical Education
Cambridge Pre-U	M2	Each Cambridge Pre-U can be offered in lieu of a single A-level. The candidate can present with the Sports Studies Pre-U in lieu of an A2 in Biology,

		Human Biology or Physical Education.
BTEC National Diploma	DDD	The strands accepted are <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sport and Exercise Science</li> <li>• Health and Social Care</li> <li>•</li> </ul>
International Baccalaureate	27 IB points	5 IB points at Higher Level Biology are required
Advanced Higher Examination	BBB	In addition, six subjects at standard level taken at one sitting, grade C or above, including Mathematics and English.
NVQ Level 3	Pass	The candidate would also require an A-level (A2) in Biology, Human Biology or Physical Education
14-19 Advanced Diploma. (Society, Health & Development)	B in Progression diploma  B (or equiv) in ASL component	The ASL component should be an A-level (A2) in Biology or Physical Education. Alternative qualifications equivalent to an A-level will be considered
Keele University Health Foundation Year	Average of 65% across 120 credits	Candidates are required to pass the Active Anatomy module with a mark of 65% or above.

### Non-Standard Entry

We do encourage applications from those who have been out of full-time education for three years or more, and who are undertaking full or part-time study currently or have recent academic achievement.

Qualifications are considered on a case by case basis but for those who do not have any NQF level 3 qualifications then we recommend the following programme

Access to Science or Health to HE Certificate	60 credits  At least 45 level three credits	Level three credits must include a form of Biological science.  For programmes that are graded then the candidate would normally be required to gain Merits across the level three credits
---	---	--

All offers are normally conditional upon the applicant having a satisfactory Occupational Health assessment, and an enhanced clearance by the Criminal Records Bureau The School strongly recommends that students become student member of the Chartered Society of Physiotherapy (CSP). Student membership of the CSP provides access to a range of useful resources and also provides insurance for clinical placements. Further information can be found at the CSP website [www.csp.org.uk](http://www.csp.org.uk).

### **Funding Information**



Government assistance with funding of this course is administered by the Department of Health. Further details are available from

NHS Student Bursaries,  
Hesketh House,  
200-220 Broadway,  
Fleetwood,  
Lancashire,  
FY7 8SS

Telephone: **0845 358 6655**  
Fax No: 01253 774490

[www.nhsstudentgrants.co.uk](http://www.nhsstudentgrants.co.uk)

Please feel free to contact a member of the administration team directly should you require further advice or information.

### **Contact Details**

**School of Health and Rehabilitation**

**Tel: 01782 734191**

**Email: [physiotherapyadmissions@shar.keele.ac.uk](mailto:physiotherapyadmissions@shar.keele.ac.uk)**

### **Supporting Students on the Programme**

The School provides a comprehensive range of support for student learning on the Programme in addition to that provided by the University. Key to the success of this support are the following:

- Every student is allocated to a personal tutor who is responsible for reviewing and advising on students' academic and clinical progress. Personal tutors also offer pastoral support, acting as a first point of contact for students on non-academic issues which may affect their learning. Personal Tutors can refer students on to a range of specialist health, welfare and financial services co-ordinated by the University's Student Support and Development Services.
- Strand leaders provide support for learning on the strands and the related assessments. They ensure that appropriate, tutorial support is available via the strand team and that the team provides feedback in a timely manner. Strand leaders also ensure that individual feedback on in-course assessments is available to all students.
- Disability Liaison Officer provides support for students with disabilities (including specific learning difficulties) and works closely with wider university student support staff.
- First year students are allocated a second year student mentor".
- Clinical Educators who provide supervision whilst students are on clinical placement.
- Visiting Tutors who liaise between the School and Clinical Bases and provide support to students during clinical placements.

Throughout the year members of academic staff operate an 'open door' policy during normal working hours. All members of academic staff are available to see students on an individual basis outside normal working hours via a flexible appointments system.

## Learning Resources

The programme is delivered mainly in modern teaching rooms in the School of Health and Rehabilitation, all of which are equipped with computers, internet access and projection equipment. Rooms are designed to be flexible and can be used for larger groups, also more informally for small groups working together.

The learning resources available to students on the programme include:

- An extensive collection of materials relevant to undergraduate study held in both the main University Library on Keele campus, and in the Health Library on the campus of the University Hospital of North Staffordshire. A number of relevant journals are also accessible online to all registered students, and are accessible from anywhere in the world with a University username and password
- The Keele Virtual Learning Environment (KLE) provides easy access to a wide range of learning resources including lecture notes, presentations and discussion boards enabling students and tutors to discuss topics, all information about the programme and all strands, and other materials designed specifically for particular strands. It can also be used to develop reusable learning objects (RLOs) and integrate learning with assessment.
- The School of Health and Rehabilitation has a wide range of relevant teaching materials available including a large selection of anatomical models, video and DVD materials (e.g. Dynatomy), electrotherapy equipment, and an extensive range of equipment related to exercise therapy, including small apparatus, and adjustable plinths. Various pieces of specialised exercise testing equipment are also available (e.g. gas analysis, cycle ergometer, treadmill, sensory testing kits, heart rate monitors, video, etc.)
- Regular opportunities to attend the University's Anatomy Suite (situated in the Medical School) are embedded in teaching throughout the course of the programme.
- Computers for student use are situated in both the Main Library and in the Health Library

## Other learning opportunities

Opportunities for study/placements abroad may become available within the BSc (Hons) Physiotherapy programme in which case the School will endeavour to offer appropriate guidance and support for the student. However, the School will not fund such opportunities, thus a cost commitment is required from the individual student.

Should a student wish to arrange study/voluntary placements abroad outside of the normal curriculum the School will endeavour to offer appropriate guidance and support. However, it would be the individual student's responsibility to make suitable timing and funding arrangements.

Some students may have the opportunity to present their 3<sup>rd</sup> year project work via poster or presentation at conferences. A contribution from the School towards the costs incurred by the student in these ventures may be available and will be considered on an individual basis. Such opportunities occur outside the normal timetabled programme thus a commitment of time will be required from the student.

## Quality management and enhancement

The Director of Undergraduate Programmes is responsible for the overall direction of learning and teaching on the programme supported and informed by the Programme Lead and Programme Team.

The quality and standards of learning in Physiotherapy are subject to a continuous process of monitoring, review and enhancement.

- The Learning and Teaching Committee of the School of Health & Rehabilitation is responsible for reviewing and monitoring quality management and enhancement procedures and activities across the School.
- The Undergraduate Programme Monitoring Committee manages the organisation and development of the course, ensures the maintenance and enhancement of quality and standards of the BSc(Hons) Physiotherapy programme and contributes to the programme review process
- Individual strands and the Programme overall are reviewed and enhanced every year as part of the University' Curriculum Annual Review and Development (CARD) process.
- The Programme is run in accordance with the standards set out in the University's Academic Quality and Standards Manual (AQSM) and is subject to annual audits of its compliance with the Manual by the University's Assurance and Academic Audit Office.
- The programme is subject to annual monitoring by the Chartered Society of Physiotherapy (professional body).
- The programme is subject to annual monitoring & approval by the Health and Care Professions Council (regulatory body).
- The programme is subject to Education Commissioning for Quality processes via the West Midlands Strategic Health Authority on an annual basis

Student evaluation of, and feedback on, the quality of learning in Physiotherapy takes place in several ways:

- The results of student evaluations of strands are reported to strand leaders and reviewed within relevant meetings including Programme Monitoring meetings and the annual Programme Review Board. These processes also inform the Curriculum Annual Review and Development (CARD) process referred to earlier.
- Findings related to the BSc (Hons) Physiotherapy programme from the annual National Student Survey (NSS), and from regular surveys of the student experience conducted by the University, are subjected to careful analysis and a planned response at Programme and School level.
- Students participate in the West Midlands Strategic Health Authority Education Commissioning for Quality processes.
- Feedback received from representatives of students in all three years of the programme is considered and acted on at regular meetings of the Programme's Staff/Student Liaison Committee.

In addition to this, the quality and standards of learning are regularly discussed and monitored by the Programme Monitoring Committee and by the School Learning & Teaching Committee. The quality of the programme is enhanced by ensuring that all issues raised by students are addressed via these “closing the loop” mechanisms.

Two senior members of academic staff from other universities are appointed by the University’s Senate to act as external examiners on the programme. They are responsible for:

- Approving all examination questions
- Confirming all marks which contribute to a student’s degree
- Reviewing and giving advice on the structure and content of the Programme and assessment procedures.

The School follows the University’s policy in relation to the use of External Examiners.

### **The principles of programme design**

The BSc (Hons) Physiotherapy Programme described in this document has been drawn up with reference to, and in accordance with the guidance set out in, the following documents

- Learning and Teaching Strategy which can be found at <http://www.keele.ac.uk/qao/>
- Keele Assessment Strategy which can be found at <http://www.keele.ac.uk/qao/>
- Faculty of Health Learning and Teaching Strategy which can be found at <http://www.keele.ac.uk/qao/>
- Strategic Plan for the School of Health and Rehabilitation which can be found at <http://www.keele.ac.uk/qao/>
- School of Health and Rehabilitation Learning and Teaching Action Plan which can be found at <http://www.keele.ac.uk/qao/>
- West Midlands SHA Physiotherapy Learning and Development Framework July 2009 (unpublished)
- Programme Specification Template: Which can be found at <http://www.keele.ac.uk/qao/>
- The Framework for Higher Education Qualifications in England, Wales and Northern Ireland, Quality Assurance Agency for Higher Education, 2008.
- Academic and Practitioner Standards in Physiotherapy, Quality Assurance Agency for Higher Education, 2001.
- Guidelines for preparing programme specifications, Quality Assurance Agency for Higher Education, 2006.
- Chartered Society of Physiotherapy Curriculum Framework, 2002.
- Chartered Society of Physiotherapy 2008 Charting the Future.
- The Equality Act 2010 Health Professions Council Standards of Education and Training, 2009.

- Health Professions Council Standards of Proficiency, 2007.
- Health Professions Council Standards of Conduct, Performance and Ethics, 2008.
- Health Professions Council, A Disabled persons Guide to becoming a Health Professional. 2007
- Department of Health (2008) High Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report
- Skills for Health (2008) Career Framework for Health
- Department of Health (2008) Modernising Allied Health Professional (AHP) Careers; a competence-based career framework
- Department of Health (2008) Framing the Contribution of allied health professionals: delivering high-quality care
- Department of Health (2009) NHS 2010-2015: from good to great. Preventative, people-centred, productive
- Benner P (2009) Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics. Springer Pub Co New York
- Benner P (2001) From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Prentice Hall NJ
- General Teaching Council for England (2006) Research for Teachers: Jerome Bruner's constructivist model and the spiral curriculum for teaching and learning. [www.gtce.org.uk](http://www.gtce.org.uk) accessed on line 12.02.10
- Harden RM and Stamper N (1999) What is a spiral curriculum? Medical Teacher Vol 21 No 2

**Date on which programme specification was written or revised – October 2012**

## Chartered Society of Physiotherapy

# Learning and Development Principles for CSP Accreditation of Qualifying Programmes in Physiotherapy

### Introduction

This paper sets out the principles on which physiotherapy qualifying programmes should be based in order to obtain Chartered Society of Physiotherapy accreditation.

The principles replaced the *Curriculum Framework for Qualifying Programmes in Physiotherapy* published in 2002. These principles are intended to help course providers develop their programmes to prepare learners for emerging physiotherapy roles that meet changing healthcare needs, and for practice within an evolving context, for example within new health and wellbeing providers.

Examples of new issues that programme providers must consider are listed below, although the ways that these newer or under-represented topics are to be interwoven with more traditional curricular content is left to the judgment of programme developers.

- Physiotherapy's role in public health
- Quality & quality measurement/evidence of benefit
- Self-management of long term conditions
- Rehabilitation and fitness for work
- Communication and team-working
- Leadership and decision making
- Innovation & service improvement including service user involvement
- Risk management
- New and increasingly diverse practice placements
- Flexible entry/exit points
- Physiotherapy's role in rehabilitation for an ageing population
- Use of new technologies
- Tackling inequalities in health
- Interprofessional education and multidisciplinary team working
- Business and marketing skills and enterprise
- Creativity and new ways of working
- Involvement of service users in programme design

These principles have been developed in parallel with the CSP' Physiotherapy Framework setting out the knowledge, skills, behaviour and values (KSBV) required for various physiotherapy roles at different levels, and should be read in conjunction with the KSBV required for qualifying level practitioners (*elements of the framework are included in a supplementary document Section 3: Learning and Development Principles: Quality Assurance Supplement for CSP Accreditation of Qualifying Programmes in Physiotherapy, (2010)*). The principles set out the means by which appropriate learning and development may be achieved in order to fulfil KSBV expectations at professional entry level and to lay the foundations for future career development.

These CSP expectations have resulted from a series of consultations with groups comprising academics, managers and clinicians in all four UK countries, and SHAs in England. Discussions were also held with students and CSP committees and groups. Consultations were based on the implications for physiotherapy education (at all levels) of the direction of change in national health policies, together with identified demographic and lifestyle health issues which demand a response from healthcare professions. The CSP 'Vision for the future of UK physiotherapy' underpins these L&D Principles.

In the consultations, qualifying education featured strongly in discussions. The continuing fitness for purpose of newly qualified graduates must be ensured in a climate of change and uncertainty in the UK health economy, while also recognising the opportunities that proposed changes will bring for physiotherapists able to respond to change. There was overwhelming support in the consultations for identifying and strengthening the foundation of knowledge and clinical skills that graduates will have, whilst encouraging enterprise, innovation and creativity in their application in new settings.

Transition in the health service from mainly acute sector working towards the majority of physiotherapy services delivered in primary care settings, predicted in the Foreword to the *Curriculum Framework* (2002) but now gathering pace (DH, 2008a; Scottish Government, 2007; Welsh Assembly Government, 2006), must be more clearly reflected in qualifying programmes. This will involve a radical shift of emphasis away from the long- standing model - largely centred on preparation for employment in physiotherapy departments in hospitals - towards the wider possibilities for employment in the future. Qualifying programmes need to ensure that physiotherapists are ready to respond and able to adapt to new ways of working in different settings.

Students will need to understand the implications of working in different ways, both in theory and also through exposure to a wider range of placements than at present. Similarly, opportunities arising from greater emphasis on maintaining or regaining the health of the population through exercise and lifestyle change (DH, 2008b; Welsh Assembly Government, 2005) can only be seized by those who have the necessary knowledge and skills in exercise science and prescription.

Within the context of national policymaking and implementation, there is increasing autonomy and diversity in decision-making at local level. Programme designers and providers must therefore be responsive to a range of local stakeholders including:

NHS Commissioners and planners<sup>1</sup>, reflecting the health needs of the local population

---

<sup>1</sup> Funding bodies differ in the four UK countries. In Northern Ireland, the Department of Health, in Scotland the Scottish Funding Council, and in Wales the Welsh Assembly Government provide funding for physiotherapy and other healthcare programmes and so ensure that their governments' health policies are implemented through the education and development of their future workforces

the local physiotherapy community  
 their own university  
 their students, current and potential service users.

It follows that the CSP, to be enabling and supportive of programme teams, must have L&D expectations that permit the essential flexibility and dynamism that such local decision-making will increasingly demand. The programme must also conform to National frameworks criteria: the HPC SETs and SOPs, the NHS KSF at Band 5, and the QAA FHEQ at the appropriate level.

The format chosen for the CSP principles below reflects the necessary freedom that programme providers must have in order to meet locally developed policies and the needs of the local population, while also meeting regulatory and academic quality standards set nationally.

Each principle is followed by a commentary, then questions for programme providers to ask themselves to address the principle (self evaluation questions). By doing so they will find their own solutions as seem appropriate to their local conditions. Through articulating aspirational principles, enabling providers to choose their own approach but then fully justify it, the CSP will be leading best practice in programme modernisation, avoiding prescription, and encouraging innovation in design and delivery.

By using these principles in their programme design, teams will show that they are changing in response to evolving patterns of service delivery and addressing the particular needs of their local population.

Information about the CSP's Quality Assurance and Enhancement (QAE) processes for the re/accreditation of qualifying programmes can be found within the supplementary document [programme lead handbook]. This document provides comprehensive support for programme providers on the CSP's approach, practical arrangements and the type of documentation needed to support the re/accreditation process.

## **Principle 1 Programme Outcomes**

Qualifying programmes should aim to develop the knowledge, skills, behaviour and values (KSBV) required to practise physiotherapy at newly qualified level (NHS Band 5 or equivalent), while nurturing the skills, behaviour and values that will enhance career-long development and practice.

The broad expectation is that programme planners should aim to ensure the KSBV required of a newly-qualified physiotherapist are effectively developed (*the main elements of the framework can be found within Section 2: Learning and Development Principles: Quality Assurance Supplement for CSP Accreditation of Qualifying Programmes in Physiotherapy, (2010)*). This will equip new graduates with the competencies to ensure fitness for purpose in a first post and to meet the requirements for registration with the Health Professions Council i.e. a secure foundation of knowledge, sound clinical skills of assessment and treatment, and generic communication and relational skills.

It is not expected that graduates will have developed specialist skills. Rather they must have a fundamental understanding of biomedical and human sciences, together with a



strong grasp of the fundamentals of the therapeutic process i.e. physical assessment skills, clinical reasoning, a repertoire of safe, effective prevention and treatment skills to address commonly occurring problems of movement dysfunction, health and well-being to meet the needs of people of all ages, evaluation and discharge/ modification skills. An evidence-based, problem-solving and person-centred approach, coupled with strong clinical reasoning skills and the ability to reflect, evaluate and adapt to changes in practice are considered an essential foundation for developing a professional career including specialization.

The Physiotherapy Framework domains contain the knowledge, skills, behaviour and values required of a newly qualified physiotherapist. Ultimately decisions about the programme should be taken in partnership with students, service providers and service users, within the guidance specified in the Framework, ensuring the currency and fitness for purpose and practice required in the context of changing demands in health and wellbeing provision.

As local decision making will inevitably lead to some differences in emphasis among programmes, as now, it would be good practice for universities to be explicit about their programmes in their marketing materials.

Self evaluation questions for programme providers:

How do we ensure our graduates are fit for practice in their first posts, with the necessary KSBV? How are new needs, demands or opportunities being addressed by the programme changes we are making? Are service providers and service users sufficiently involved in our programme design and delivery? How well can prospective students find out about the emphases and balance of content within our programme?

## Principle 2 Programme design

Flexibility and local need will determine programme design decisions, within nationally agreed boundaries.

Innovation in programme design and delivery is actively encouraged and should be evidence-based where possible. Although the minimum requirement for a qualifying programme in physiotherapy is a BSc with Honours, achieved by either full- or part-time study, postgraduate routes to qualification have been successfully developed. The minimum requirement for full-time study is 3 academic years for BSc (Hons), 4 years in Scotland, and 2 calendar years for MSc qualifying routes, with commensurately longer programmes undertaken through part-time study. The requirement is for graduates to attain the Graduate Attributes set out in the QAA qualifications frameworks (appropriate to the programme level). A summary of expectations for Honours and Master's degree awards for the two frameworks is given in *Section 2: Learning and Development Principles: Quality Assurance Supplement for CSP Accreditation of Qualifying Programmes in Physiotherapy*

Flexibility should enable students to obtain intermediate awards in recognition of successfully completed elements, if they fail to complete the entire programme for which they registered. Further, integrated programmes could be considered to permit registration for sub-honours degree awards within honours programmes, in response to local stakeholder need for support worker grade staff. It must be made clear to those

exiting a BSc (Hons) programme early that they will not be eligible for registration with the HPC. However, integration and bridging for support worker grades via intermediate awards or foundation degree qualifications, to develop to fully qualified status, should also be considered in the design of programmes.

Programme design should be inclusive in nature, taking account of the needs of all potential students for access to all aspects of the curriculum. Flexibility for equality and diversity should take account of those with specific learning needs, for example through disability (cross reference CSP disability guidance), and also ensure that design meets the needs of students from different cultural and educational backgrounds, and with different individual circumstances. Due account should be taken of relevant Funding Council widening participation and access policies.

Learning derived from university and from practice-based settings is of equal importance, and practice-based learning is regarded as an indispensable and integral part of the learning process. Students are therefore required to undertake around one third of their programme of study within the practice environment, amounting to approximately 1000 hours of learning (see Principle 6). Programme design must take account of the necessary integration between the new knowledge and skills developed through learning in practice and the opportunity to evaluate, reflect on and develop this further within the university setting, and vice versa.

Where possible, elements of student choice should be built in to programme design. The ability to exercise initiative and personal responsibility - a graduate attribute at both BSc and MSc levels (QAA, 2008) – is desirable as a means of encouraging students' personal interests and development through optional programme modules or choice within modules. However student choice should be embraced as a means to enhance student experience and not as an opportunity to opt out of parts of the compulsory curriculum.

Although the CSP wishes to encourage programmes to develop with increasing flexibility, it is still important to balance this against the need for provision of a coherent student journey for those who through illness or other mitigating circumstances find themselves taking longer to complete. Therefore the CSP continues to recommend that programme designers continue to set a maximum term for the completion of their programme, appropriate to the length and level.

Self evaluation questions for programme providers:

Have we explored all opportunities for flexibility in design - including step-on, step-off and opportunities for student choice? Do we have effective strategies in place to ensure sufficient integration between learning derived from practice and learning in the university setting? How do we ensure inclusivity?

### **Principle 3 The learning process**

The learning process experienced by students should prepare them well for initial practice upon qualification, to promote continued learning and enable them to adapt to the challenges and opportunities of an ongoing career in physiotherapy.

The learning process within qualifying programmes should enable physiotherapy students to develop the following:

An ability to learn independently, while being aware of relevant and appropriate sources of support, advice and guidance and how to access these

An appreciation of the inter-dependent relationship between theory and practice within professional learning

A capacity for clinical reasoning, problem solving, practice evaluation, reflection and recognition of the central importance of these in all elements of professional practice

A capacity for critical appraisal of the profession's evolving evidence base and its application to practice, and the ability to adopt a critical and questioning approach in practice

A capacity for effective communication and interpersonal skills

An enterprising and creative approach to the promotion and provision of physiotherapy services including an understanding of social enterprise

An enterprising attitude to practice and rehabilitation that values creative and evaluative approaches to innovation and risk taking

A capacity to recognise the scope for, and to engage in, the transfer of knowledge, skills and behaviour to different professional settings and situations, while having due regard for the limits of their personal scope of practice

A capacity to demonstrate leadership appropriate to their role<sup>2</sup>, and to take the initiative in identifying potential improvements in physiotherapy services

A strong understanding of the links between different elements of the programme they follow and an appreciation of the broad concepts and values that underpin physiotherapy practice in all settings and environments

Recognition of the fundamental importance of client autonomy and partnership

---

<sup>2</sup> The need for leadership skills for NHS staff at all levels was proposed in *A High Quality Workforce : NHS Next Stage Review* (DH, 2008c), and the Department of Health is currently developing guidance on how this should be interpreted for AHPs in England at each level, including newly qualified staff. Similar guidance is likely to be made available in Wales, Scotland and Northern Ireland. It seems likely that this guidance will be based on the already published Medical Leadership Competency Framework (Academy of Royal Medical Colleges and NHS Institute for Innovation and Improvement, 2009). Work is currently underway to assess whether the MLCF is relevant for AHP leadership competencies. Of the five groups of competencies doctors at the point of qualification are required to have achieved competence in two: 'demonstrating personal qualities' and 'working with others'. They should have an understanding of the knowledge and skills required for the other three groups: 'managing services'; 'improving services'; and 'setting direction', but competence is not expected until later in their careers. It is expected that for AHPs guidance would include working alongside support and assistant grade staff, and also the need to develop the confidence and initiative to contribute effectively to service improvement. When the DH guidance for AHPs is available it will be incorporated into these principles more explicitly.

An aptitude and enthusiasm for life-long learning and an appreciation of the continuum from qualifying education into post-qualifying practice and development.

Self evaluation questions for programme providers:

Does each component of our programme enable learners to develop independent and ongoing learning skills? How do we support our students to develop transferrable knowledge and skills, and adapt to different professional settings? How effectively do we enable learners to develop the values underpinning physiotherapy practice? (*Reference to new Code of Professional Conduct*) How do we encourage our students to show initiative and develop anticipatory leadership in contributing to service improvement?

#### **Principle 4 Learning, teaching and assessment strategies**

Learning, teaching and assessment approaches should be adopted that facilitate the development of high level cognitive skills.

Decisions about the particular learning, teaching and assessment methods used within programmes will be made by the education provider. However an active learning and student-centred approach should be paramount. All those involved in delivering and supporting qualifying education should genuinely recognise students as active participants in the learning process, with their thoughts, ideas and contributions respected at all stages and in all environments in which learning occurs.

Learning and teaching strategies and content should be evidence-based, and students should be encouraged to adopt a questioning, critical stance, while understanding that evidence may be accumulated in different ways and at different levels (Sackett et al, 2000).

Developing a true integration of learning in all settings will facilitate students' understanding of the use of evidence in practice settings, and will help them to transfer new knowledge and skills from one area to another. Students should be explicitly introduced to the skills of reflection as a tool for learning from experience. Allocating specific time within the programme – and providing appropriate tools and support - to reflect on their learning in both university and practice settings will promote integration of learning. It will also assist the development of higher level cognitive skills.

Assessment should focus on students' development and demonstration of the key qualities of learning expected at honours degree level (and above in postgraduate-level qualifying programmes). A range of different methods provides for individual differences in learning styles and ensures an equitable chance of success for all students. Valid assessment methods that demonstrably test learning outcomes appropriately, for example testing practical skills in practical or clinical contexts, and with good reliability to ensure equity and fairness, will provide assurance that graduates have the necessary knowledge, skills, behaviour and values.

Learning, teaching and assessment strategies should be developed inclusively and with sensitivity to individual needs in terms of access to the curriculum. Appropriate adaptations should be made in accordance with ethical and legal expectations.

Self evaluation questions for programme providers:

How do we ensure that the principles of active learning are adopted in all settings? How do we ensure our teaching is evidence-based? How do we make reflection in and on practice an integral part of our programme? How do we ensure all our assessments are valid and reliable? How do we accommodate individual needs in both learning and assessment?

## **Principle 5 Interprofessional education**

Opportunities for interprofessional learning with students from other disciplines should be made available in both university and practice settings.

Interprofessional education, in which students from two or more professions learn with, from and about each other, offers opportunities to develop understandings of the roles and approaches of other health professions. This lays foundations for collaborative and team working in practice, including the skills of promoting interprofessionalism, to the benefit of clients (CAIPE,2002). Although much progress has been made by many programme planners further opportunities could be explored, and consideration given to the point in the programme at which they would be most influential.

Sustainability of interprofessional education can be problematic due to programming incompatibilities, large groups created when different professions learn together, with timetabling and resourcing difficulties, and staff development issues. A distinction also needs to be drawn between interprofessional education and multiprofessional delivery of shared learning in which two or more professions learn side by side and results in large student groups being taught together about topics that are regarded as generic, such as research methods. Although the difficulties of interprofessional education must be acknowledged the value to students of interprofessional experiences is becoming increasingly recognized and promoted by the Department of Health, with support from CAIPE (DH, 2007).

Interprofessional education appears to be most effective within faculties that have an interprofessional culture, so that collaboration between different professional programme teams is explicit and evident to students. This may be at the level of interprofessional interaction between individuals, which is in the control of every member of the Faculty, or it may involve more complex infrastructure such as central timetabling. It is not the intention to impose a principle that is beyond the control of the programme team but it is desirable that physiotherapy education should continue to work towards an interprofessional ethos.

Self evaluation questions for programme providers

How far do our existing interprofessional education activities promote understanding of the roles and ways of working of the other professions involved? Is there scope for us to increase interprofessional education opportunities in either university or practice settings? How far can we promote and enhance interprofessionalism within our Faculty?

## Principle 6 Practice placements

Each student should experience a balanced sequence of practice placements, representing a diverse range of settings in which they are likely to practise on qualification. The placements should make progressively greater demands in terms of competencies, such that successful completion will ensure graduates can practise as autonomous newly qualified practitioners.

Students should be enabled and supported to develop the knowledge, skills and professional behaviour to manage a broad range of conditions relating to human movement. They must also be enabled to develop their understanding of the wide range of individuals who can benefit from physiotherapy and the diverse settings in which physiotherapy is provided. Physiotherapy education should therefore incorporate placements for all students that cover a broad learning experience of physiotherapy practice. Students must receive sufficient preparation before a placement to ensure they work within their scope of practice, under supervision. Likewise, placement providers should also receive sufficient preparation and ongoing support throughout the placement from the programme team. Placements should be able to demonstrate evidence of their commitment to inclusive practices with regard to students and employees from diverse groups. These practices should respect and value difference and diversity and should be based on the principles of dignity and human rights.

Students need to gain a breadth of clinical experience through which they can develop learning across a wide range of physiotherapy practice. They need to develop transferable skills that are fundamental to professional practice, including: assessment; critical appraisal and evaluation; clinical-reasoning and problem-solving; self and caseload management; communication and teamwork. These skills can be achieved through undertaking a variety of clinical placements in a range of practice environments.

The settings in which students gain clinical experience should reflect the kinds of environments in which they are likely to practise on qualification. The CSP Vision statement recognises and celebrates the differences in service configuration and the ways that the physiotherapy workforce will be employed. Recognising the increasing diversity of physiotherapists' practice within health and social care, in terms of its setting (primary, intermediate or acute care), sector (NHS, social services, independent and private practice, industry or the voluntary sector) and patterns of teamwork (with individuals increasingly working with members of other professions and relatively dispersed from other physiotherapists), the CSP promotes a flexible approach to how students' learning in the practice environment is organised, delivered and recognised.

The CSP encourages an emphasis on the overall profile of practice experience that individual students gain, rather than the completion of specific clinical placements demarcated along traditional lines (CSP, 2005). Practice-based learning therefore needs to be organised in such a way that reflects the increasing tendency to provide physiotherapy services in primary care settings. Core skills may be acquired in different settings, rather than the increasingly unworkable and inappropriate notion of core placements. Attention should be paid to patient pathways, allowing students to have exposure to richer learning experiences that cross boundaries in the way that patient journeys do.

Although the quality of students' learning experiences and the successful achievement of the programme's outcomes has pre-eminence over the quantity of experience in practice

settings, the CSP continues to believe that it is appropriate to retain an indicator of the minimum amount of practice-based learning students need, alongside an outcomes approach to programme design. Although evidence for a specific number of hours is lacking, the consensus from the student body, academics, managers and clinical educators within the profession remains that 1000 hours, which has equivalence to one academic year of full-time study (or one third of a three-year degree programme) is an appropriate minimum for practice-based learning. This should enable programme outcomes to be achieved in the majority of cases and ensure a good balance between learning in practice and academic environments.

Moreover, the retention of a minimum requirement seems warranted within a context of: increasingly diverse programme structure, length and level; the CSP's emphasis on students completing an individual profile of learning within the practice environment; and the need to ensure consistently high quality provision responsive and relevant to the demands of contemporary professional practice.

In proven exceptional circumstances for a student - such as significant illness or personal circumstances, and where it can be demonstrated that the learning outcomes have been successfully achieved - students should not be penalised for a small deficit in the number of hours completed in the practice environment.

It is essential that students document the full range of their learning experience of physiotherapy practice in order to facilitate delivery of a balanced programme and in the formal processes for the assessment of learning within a qualifying programme. The majority of programme providers have developed a portfolio, whether electronic or in hard copy, which students use to record their learning experiences. The portfolio approach helps learners to develop habits of reflection that will underpin CPD and lifelong learning.

Self evaluation questions for programme providers: Do our placements adequately reflect the environments in which students first practise after graduating? How could our placements be differently arranged (in terms of length, location and supervision) so that students can follow the patient journey and gain a more complete understanding of progressive management? What implications would there be for student assessment if we had more diverse placements and how could these issues be addressed effectively?

## **Principle 7 Models of practice**

A programme should be based on models of physiotherapy practice that are person-centred, appropriate to the settings and roles in which graduates will practise.

Programme developers base their decisions upon educational philosophy, whether implicit or explicitly articulated. Programme documents submitted for CSP accreditation all contain a component that expresses the philosophy upon which the programme is based, and should continue to do so: for example, the approach to student learning, evidence-based teaching etc. However the underlying model of physiotherapy practice is less frequently addressed either in the programme philosophy or explicitly in the teaching itself.

New ways of working involve shifting models of practice and curricula have continually expanded to incorporate elements needed to practise in broader settings, including

community-based placements. Content has also broadened to encompass wider patient groups. Nevertheless, variations in practice within these different settings would benefit from a coherent and explicit analysis. Students need a fundamental grasp of the benefits and limitations of different models and the ways of working associated with them, and also need to develop the flexibility required for working competently within each model. Adopting such a model-based approach, emphasising principles and concepts, may help to reduce the overload resulting from continually adding material related to diverse patient groups or settings. This approach would build a conceptual framework enabling students to be more adaptable and work towards new understandings of person-centredness in new and different contexts.

The emphasis in health policy in all four UK countries on public and population health (Scottish Government, 2007; Department of Health, 2008a; Welsh Assembly Government, 2005) will require further adjustments to traditional models of practice with implications for physiotherapy programmes.

#### *Public health*

Physiotherapy has an important and well established role in secondary prevention after injury or disease. However, it has played much less of a role in primary prevention, despite its potential to improve the health and wellbeing of groups such as school children, obese people of any age, and the elderly population. Physiotherapy could contribute strongly to the promotion of exercise and healthy lifestyles, underpinned by a sound knowledge of exercise physiology. There is a consensus amongst managers, clinical educators, academics and students that the skills of physiotherapists in exercise prescription and progression for individuals and groups need to be improved, having been to some extent neglected in recent years. Physiotherapists can make a unique contribution to improved population health through exercise, combining skills of assessment and clinical reasoning with skills of exercise prescription.

#### *Fitness for work*

The assessment of fitness for work, highlighted in *Working for a healthier tomorrow* an independent review by the National Director for Health and Work of the health of the working population in Britain (Black, 2008) has been largely neglected in UK physiotherapy education, although featuring strongly in some European physiotherapy curricula (e.g. Finland). It is an important and developing aspect of practice, which together with work-related rehabilitation, will enable the profession to contribute significantly to the health of the nation and its economy.

#### *The management of long term conditions*

Traditionally the province of physiotherapists, this has recently become a high priority on government agendas, with consequent guidelines about how and where people living with such conditions should expect to receive services (Department of Health, 2008a). This approach to rehabilitation and continuing management again entails a shift away from traditional approaches towards the facilitation of enabling of self-management, requiring a sound understanding amongst physiotherapists of self efficacy theory and practice.

Self evaluation questions for programme providers:

Do we explicitly and adequately address models of physiotherapy practice within our programme? How can we prepare students effectively for working in diverse and changing settings and with different patient groups, without overloading the programme? Do we pay adequate attention to exercise and exercise prescription in our programme,



and prepare learners for roles in public health and fitness for work? How well will our graduates be able to equip people for self management of their long term conditions?

## **Principle 8 Research, critical evaluation and appraisal**

The programme should support the development of a questioning and evaluative practitioner who has the knowledge and skills to use and gather evidence in practice, and contribute to the discovery of new knowledge.

Graduates require skills of analysis and enquiry, the ability to devise and sustain arguments and critique research, and the ability to initiate and carry out projects. In addition they must ‘...evaluate arguments, assumptions, abstract concepts and data, make judgements and frame appropriate questions to achieve solutions to problems’ (QAA, 2008). Programme designers are encouraged to choose the means by which their graduates develop these capabilities, based upon student feedback and other considerations such as the university’s requirements, the length and level of the programme and the characteristics of their students.

The CSP does not require students to undertake a small-scale research project, although carrying out a project can be a formative and challenging learning experience whether done individually or in a group (which also then serves as an exercise in teamworking). However a potential danger is that students focus narrowly on the demands of the project and do not gain a wider understanding of the nature and philosophy of science and scientific method. This understanding is essential for them to develop a questioning approach to physiotherapy theory and practice, and understand some of the ways in which questions might be answered or investigated. However an experience of data collection would enhance and complement these fundamental understandings, whether as part of a research project or as a form of coursework in any part of the programme.

A proper understanding of the place and use of evidence in practice should include a fundamental grasp of the different ways that evidence is gathered through both qualitative and quantitative methodologies, how it is weighed and critically interpreted, and how it is used to inform decision making in practice settings. As with evidence-based medicine in Sackett et al’s definition, evidence-based practice in physiotherapy requires the integration of the best research evidence with clinical expertise and judgment, and the patient’s own values (Sackett et al, 2000.) The ability to critically appraise published research should include an understanding of how it relates to and should inform practice, including familiarity with guidelines (NICE; CSP etc.). There is much to challenge students in this and they will therefore need a thorough introduction to critical thinking and skills of database searching, ideally built into the entire programme from Year 1.

### *Informatics*

Health informatics as it is currently practiced may be defined as ‘The knowledge, skills and tools which enable information to be collected, managed, used and shared to support the delivery of healthcare and to promote health’ (Department of Health, 2002). Competency in service-related data collection is expected to become a requirement of all NHS allied health professionals, and in any sector data will provide evidence when making a case to have services bought or commissioned. Students will therefore need to develop the required knowledge and skills, understanding the uses to which information is put in service management, evaluation and improvement. Informatics will be used for

patient care, for communication with patients and other members of the multidisciplinary team and for the establishment and demonstration of clinical and cost effectiveness.

The NHS Connecting for Health has produced a framework of informatics knowledge and essential IT skills, organized as Levels A-C, where Level A is the expectations of qualifying curricula in all health professional programmes. Published as *Learning to manage health information: a theme for clinical education* (Department of Health, 2009) it is provided as a guide to good practice for programme developers. It is suggested that as IT competencies vary greatly amongst healthcare staff at all levels, including students, that use should be made of one of the available self-assessment tools to determine what additional training an individual requires. Level A competency should be expected of newly qualified physiotherapists.

In addition to clinical outcome measures, patient satisfaction is now regarded as the benchmark of quality in service delivery, and therefore students will need to learn how to measure this.

Self evaluation questions for programme providers:

How do we develop students' understanding of the nature and philosophy of science and scientific method, and enable them to develop a questioning approach to physiotherapy theory and practice? How do we ensure that our students view their research project as the means by which they can learn how to apply science to relevant questions about practice, rather than as an end in itself? How do we enable our students to find and apply evidence in individual patient care? How do we familiarise our students with clinical guidelines relevant to their practice? How do we help students' understanding as to how these are developed? Are our students challenged to ask researchable questions arising from practice? How do we develop students' understanding of the uses of standardised data collection in service management, evaluation and improvement? How do we assess and improve our students' knowledge and skills in health informatics and computing. How do we develop students' competence to use a range of physical outcome and patient satisfaction measures?

## **Principle 9: Resources & programme management**

Learning opportunities should be sustained by resources that make their delivery and development viable, and supported by an appropriate programme management that enables and promotes peer review and collaboration, and evaluation of delivery and on-going development.

As indicated within the introduction, programme designers are encouraged to be responsive to a number of stakeholders, including the HPC and their own university. In addition to the service user involvement [addressed within principle 1] the CSP believes that the success of a programme rests also on the institution's commitment to it. Programme developers should therefore be clear that their programme has a secure place within their institutions business plan.

The CSP encourages an emphasis on the quality of students' overall learning experience; therefore it is essential that the facilities, learning resources and pastoral support systems be appropriate, accessible, available and used effectively. For this reason the CSP also supports the need for ensuring appropriate staffing levels (around

15:1). Without prescriptively adhering to this figure, it is essential that programme designers take into account a number of factors when considering what an appropriate level is. Designers should consider the impact that other activities, such as pastoral or management responsibilities, CPD and research activity and other teaching commitments, may have on the teams design.

In addition to appropriately adaptable learning, teaching and assessment strategies [see principle 4], designers should also take account of any impact that these may have on student progression. Allowing students a number of attempts at a module can be problematic for timetabling, resources and staff time. The CSP recognises that balancing the needs of individuals with the overall programme management requires careful consideration. Given the number of requests for support in this area from programme providers, it still seems appropriate at this time to retain the recommendations that programme teams apply with discretion, exceptions to the UK norm relating to attempts at a module (normally no more than two).

For similar reasons the CSP continues to support the recommendation that programme teams consider including programme specific regulations relating to condonement of failure and compensation within practice based learning elements.

Self evaluation questions for programme providers:

How does our programme fit within our institution's business plan or strategic vision? Do staff have the opportunities to develop to ensure that we have appropriate expertise? Are our staffing levels adequate to manage the impact of our progression arrangements?

## References

- Academy of Royal Medical Colleges and NHS Institute for Innovation and Improvement (2009). *Medical Leadership Competence Framework*. 2nd edition. ARMC / NHSII&I, Coventry.
- Black, C (2008) *Working for a healthier tomorrow* (Dame Carol Black's review for Departments of Work and Pensions, and Health).
- CAIPE, (2002). *Interprofessional education – a definition*. [www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe](http://www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe) [Accessed 10 January 2010]
- Chartered Society of Physiotherapy (2002). *Curriculum framework for qualifying programmes in physiotherapy*. CSP, London.
- Chartered Society of Physiotherapy (2005). *Learning in the practice environment in qualifying programmes of physiotherapy: Guidance on its organization, delivery and recognition*. Information paper : QA5. CSP, London.
- Department of Health (2002). *Making information count: a human resources strategy for health informatics professionals*. DH, London.
- Department of Health (2007). *Creating an Interprofessional Workforce*. [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_078592](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_078592) [Accessed 5 March 2010]
- Department of Health (2008a). *High quality care for all: NHS next stage review. Final report*. DH, London.
- Department of Health (2008b). *Healthy weight, healthy lives: A cross-government strategy for England*. DH, London.
- Department of Health (2008c). *A high quality workforce: NHS next stage review*. DH, London.
- Department of Health (2009). *Learning to manage health information: a theme for clinical education*. DH, London.
- Quality Assurance Agency for Higher Education (2008). *The framework for higher education qualifications in England, Wales and Northern Ireland*. 2nd edition. QAA, Gloucester.
- Sackett D., Strauss, S, Richardson, W., Rosenberg W. and Haynes, R. (200) *Evidence based medicine, How to practice and teach EBM*. 2nd edn, Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Scottish Government (2007). *Better health, better care: action plan*. SG, Edinburgh.
- Welsh Assembly Government (2005). *Designed for life*. WAG, Cardiff.
- Welsh Assembly Government (2006). *A therapy services strategy for Wales*. WAG, Cardiff.

## APÊNDICES

## Roteiro de entrevista semiestruturado (Brasileiro)

1. Você poderia falar um pouco sobre a sua formação universitária?
2. Como você descreveria as suas primeiras aulas como professoras no curso de fisioterapia?
3. Você poderia pontuar diferenças entre o contexto da produção científica da fisioterapia atualmente e na época em que começou a lecionar?
4. Existem linhas de pesquisa dominantes no departamento de fisioterapia? Se elas existem qual é a sua opinião a respeito delas?
5. Qual é a sua avaliação geral sobre o currículo vigente? Em sua opinião quais são os pontos fracos e fortes?
6. Como você caracterizaria que foi a sua participação no desenvolvimento e implantação do currículo vigente?
7. Como você definiria o processo de escolha da disciplina na qual você está engajado hoje?
8. O que representa a sua disciplina para o currículo atual? A sua disciplina enfrenta desafios?
9. Você poderia comentar se ocorreu alguma modificação nas suas aulas a partir do novo currículo?
10. Você poderia comentar se está satisfeito ou insatisfeito com as mudanças ocorridas no curso de fisioterapia?
11. A partir dessa conversa o que você pensa sobre o perfil profissional que o curso de fisioterapia hoje tem formado?
12. Você gostaria de acrescentar mais algum comentário sobre o que acabamos de comentar?

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, \_\_\_\_\_,  
R.G.: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordo em participar da pesquisa de doutorado intitulada “*TRANSFORMAÇÕES DO CAMPO CIENTÍFICO DA FISIOTERAPIA PARA UMA CONCEPÇÃO HÍBRIDA DE SAÚDE*” desenvolvido junto ao programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho, Instituto de Biociências de Rio Claro/SP. O pesquisador é Alberto Sumiya, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através dos telefone (47) 9167-7467 e e-mail [asumiya@hotmail.com](mailto:asumiya@hotmail.com). A orientadora é a Prof. Dra. Leila Marrach Bastos de Albuquerque (UNESP/SP) e a co-orientadora a Prof. Dra. Dirce Fujisawa (UEL/PR)

Afirmo que aceito a participação sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do procedimento a ser realizado, que consiste primeiro trabalho etnográfico da sala de aula, com observação das aulas ministradas, registrando-se como o discurso referente ao objeto deste estudo é articulado, porém sem proceder nenhuma interferência. A segunda parte do estudo será entrevista com roteiro semi-estruturado, com gravação digital e agendada previamente em local escolhido por mim.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Minha colaboração se fará sempre de forma anônima para qualquer fim ou meio de divulgação científica, sendo o acesso e a análise dos dados coletados feitos apenas pelo pesquisador responsável. Declaro ainda que recebi uma cópia assinada deste Termo.

Recebi a informação de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Os benefícios da pesquisa são colaborar com o desvelamento das estruturas de ação do campo científico da fisioterapia. Os prejuízos são a priori inexistentes, na medida em que não existe intervenção direta na rotina das aulas.

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

## **Roteiro de entrevista semiestruturado (Inglês)**

1. Could you tell me about your professional background and how you turned out to be a teacher?
2. How is your view of the physiotherapy education in the past and today in the UK?
3. In your opinion what have changed in the curriculum from 2002 to 2010?
4. What would you consider a possible failure in this current curriculum?
5. When this curriculum was built up what were the main divergences/conflicts among lecturers related to the process?
6. If you look at the labour market how could you describe the moment/situation right now?
7. What kind of professional profile is Keele University providing to the British society?
8. We have changed from a “hands-on” to a (desirable) scientific basis profession, so what do you think is the role of science, implications and effects to the physiotherapy future?
9. Would you like to add any other information about we talked about which was not asked? Any suggestions or critics?

### Comparação entre ciência moderna, pós-moderna cética e afirmativa

Perspectivas / Questões	Ciência moderna	Pós-modernos céticos	Pós-modernos afirmativos
<b>O universo é</b>	Legal; Uniforme; Mecânico; Regular; Ordenado.	Casual; Fragmentado; Desordenado; Indeterminado; Acidental; Incerto.	Holístico; Orgânico; Complexo; Novo; Espantoso.
<b>Meta da ciência</b>	Descoberta; Domínio; Síntese; Generalização.	Incerteza radical; Sem novos projetos.	Surpresa; Admiração; Apagar fronteiras; Novas teorias positivas.
<b>Teoria da realidade</b>	A realidade é externa e independente.	Nenhum meio adequado de representar a realidade; Realidade é pura ilusão ou meramente uma convenção linguística.	Construtivista; Contextualista.
<b>Explicação</b>	Causalidade; Predição	Fortemente intertextual.	Teleológica ou fracamente intertextual.
<b>Subjetividade/Objetividade</b>	Objetividade é a meta.	Antiojetividade; Pós-subjetiva; Adota o relativismo.	Antiojetividade; Natureza como substituta para o sujeito ou o retorno do sujeito.
<b>Papel do pesquisador</b>	Neutro; Distante; Imparcial.	Relatividade dos valores; Nenhum valor pode ser considerado superior a quaisquer outros.	Objetividade dos valores; A escolha dos valores é apropriada e defensável.
<b>Métodos</b>	Um método científico universal; Regras específicas da pesquisa devem ser respeitadas.	Tudo vale; Nenhuma regra; Desconstrução; Interpretação introspectiva antiobjetiva.	Emoção; Intuição; Imaginação; Interpretação pós-moderna.
<b>Natureza das interpretações</b>	Só uma interpretação correta.	Todas as interpretações igualmente interessantes.	Algumas interpretações melhores que outras.
<b>Razão/Racionalidade</b>	Centrais para a ciência.	Rejeitam-nas.	Divididos e ambivalentes
<b>Critério de avaliação</b>	Dados sustentam a teoria; deve respeitar as regras da pesquisa.	Nenhum é possível; beleza; força; tensão	Crítérios normativos; padrões hemenêuticos
<b>Religião</b>	Completamente rejeitada	Completamente rejeitada	De interesse substancial

Fonte: Rosenau (1992, p. 53). Tradução: Leila Marrach Basto de Albuquerque (1998).