

# Processos de mudança na formação do fisioterapeuta: as transições curriculares e seus desafios

Alberto Sumiya\* e Leila Sollberger Jeolás

Universidade Estadual do Centro-Oeste, Rua Simeão Varela Camargo de Sá, 3, 85040-080, Vila Carli, Guarapuava, Paraná, Brasil. \*Autor para correspondência. E-mail: [asumiya@hotmail.com](mailto:asumiya@hotmail.com)

**RESUMO.** O objetivo deste estudo foi entender os desafios e as perspectivas de mudança que professores do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina encontraram para consolidar as diretrizes curriculares. Para o levantamento das informações, foram realizadas entrevistas em profundidade e análise documental dos currículos de 1992 e 2006, sendo o conteúdo analisado por meio de metodologia qualitativa. Os resultados evidenciaram que a humanização das relações, aliada à interdisciplinaridade, pode agregar novos valores à formação do fisioterapeuta, contudo as resistências internas dos professores e a falta de infraestrutura material e investimentos podem comprometer o desenvolvimento das novas ações planejadas.

**Palavras-chave:** antropologia, curso de fisioterapia, currículo.

**ABSTRACT. Processes of change in physical therapist education: curricular transitions and their challenges.** The aim of this study was to understand the challenges and perspectives of change that teachers of the Physical Therapy course at Londrina State University found when establishing the curricular guidelines. Interviews and document analysis were conducted of curricula from 1992 and 2006, and the contents were analyzed by means of qualitative methodology. Results showed that the humanization of relations allied with interdisciplinarity can add new values to the formation of physical therapists; however, internal resistance by some teachers and the lack of material infrastructure and investments could compromise the development of planned new actions.

**Key words:** anthropology, physical therapy course, curriculum.

## Introdução

Este artigo é parte da dissertação intitulada *O corpo na história e o paradigma biomédico nas mudanças curriculares da fisioterapia*, estudo desenvolvido junto ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina (UEL), que tinha como objetivos principais: 1) historiar os significados construídos sobre o corpo na cultura ocidental relacionados à biomedicina; 2) explicitar a noção de corpo com a qual trabalha a Fisioterapia; 3) compreender o que se busca alcançar com uma reformulação curricular e 4) evidenciar as estratégias curriculares existentes na nova mudança curricular que pretendam dar conta de uma visão mais humanizada do ser humano.

Serão trabalhados no presente texto os objetivos 3 e 4, ou seja, às constatações sobre as perspectivas relacionadas à humanização da saúde, à interdisciplinaridade e às resistências às mudanças, categorias que emergiram das entrevistas e que se referem também aos desafios para a consolidação de um modelo mais adaptado à realidade social.

O primeiro curso de Fisioterapia implantado no

Estado do Paraná foi o da UEL, em 1979. Nessa época, o curso tinha duração de três anos, com carga horária total de 2.655h, em sistema de matrícula por crédito e um currículo composto por disciplinas básicas, aplicadas e estágio. Em 1985, com a mudança do Currículo Mínimo, ocorreu a primeira reforma curricular, passando de três para quatro anos letivos, com disciplinas divididas em ciclos básico, clínico e profissionalizante. O número de alunos subiu de 180 para 240, e a carga horária de 2.655 para 4.038h (SCHMIDT, 2002).

O currículo de 1985 da UEL permaneceu sem modificações até 1992, quando a Instituição mudou o sistema de matrícula por crédito semestral para o sistema seriado anual. Esse fato é considerado a segunda reforma, que teve caráter essencialmente adaptativo ao novo sistema de matrícula, no qual as disciplinas foram divididas em quatro ciclos: matérias biológicas; formação geral; pré-profissionalizantes; e matérias profissionalizantes com prática supervisionada, permanecendo sua carga horária total em 4.038h, sendo 162h desse valor destinadas a atividades acadêmicas complementares (SCHMIDT, 2002).

O currículo atual, implantado desde 2006, tem características essencialmente tradicionais de estrutura. Apresenta carga horária de 4.832h e quatro eixos de conhecimentos: ciências sociais e humanas; conhecimentos biotecnológicos; ciências biológicas e da saúde; e conhecimentos fisioterapêuticos, nos quais 5% do total da carga horária são para atividades complementares (UEL, 2004).

Apesar da experiência prévia em outros cursos do Centro de Ciências da Saúde da UEL com currículo e metodologias de aprendizado baseado em situações-problema, foi considerado inviável pelo Departamento de Fisioterapia estabelecer o mesmo sistema, pelas resistências internas, a falta de infraestrutura material e capacitação humana. As inovações do novo currículo podem ser resumidas às iniciativas isoladas de alguns docentes, em termos didático-pedagógicos, para melhor articular conhecimentos e habilidades, perspectivas visualizadas nas entrevistas que seguem.

A Fisioterapia, enquanto área de conhecimento, objetiva formar profissionais integrados à realidade e às necessidades do sistema de saúde vigente. Os profissionais devem adquirir uma base geral sólida, além de uma visão ampla e global do indivíduo e da realidade em que vivem, compreendendo o contexto e o processo em que se desenvolve a doença, para melhor poder tratá-la (BRASIL, 2002).

Pensar na formação profissional do Fisioterapeuta por meio de sua estrutura curricular implica acessar uma realidade que define práticas em evolução, mas que têm sido percebidas como insuficientes, na medida em que as tentativas de compreensão do patológico como fenômeno exclusivamente biológico e individual estão fadadas a um sucesso bastante relativo (LE BRETON, 2003).

A possibilidade de aproximação do conhecimento da antropologia do corpo e da saúde justifica-se pela necessidade de se questionar o reducionismo e, ao mesmo tempo, o aumento da especialização a que se chegou na área da saúde em relação ao conhecimento sobre o corpo humano, instrumentalizado e compartimentalizado pelo avanço dos conhecimentos tecnológicos e científicos. Portanto, o objetivo deste texto é contribuir para essa discussão, explorando a construção do conhecimento fisioterapêutico, no âmbito de sua formação profissional, diante de suas perspectivas e desafios.

## Material e métodos

Primeiramente procedeu-se um levantamento bibliográfico apoiado tanto na literatura científica das Ciências Sociais como das Ciências da Saúde. Para isso não foram definidos um intervalo de tempo

determinado para a busca de artigos ou livros e nem bases de dados específicos. Em seguida, realizou-se análise documental comparativa dos currículos de 1992 e de 2006.

A partir da maior interação teórica com o objeto, foi elaborado um roteiro semiestruturado de 13 questões para as entrevistas em profundidade. Do quadro total de professores formados, exclusivamente em Fisioterapia, foram selecionados cinco com base nos seguintes critérios: 1) Envolvimento direto com a reforma curricular em questão; 2) Participação na disciplina de habilidades<sup>1</sup>; e 3) Cada entrevistado pertencer a uma diferente área de atuação: a) fisioterapia pulmonar; b) fisioterapia em ortopedia, traumatologia e desportiva; c) fisioterapia em pediatria; d) fisioterapia em ginecologia e obstetrícia; e) fisioterapia em neurologia. Cada professor foi identificado respectivamente pelas letras A, B, C, D e E.

As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador e ocorreram, individualmente, nas dependências do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP), especificamente no Departamento de Fisioterapia - sala dos professores - com algumas interrupções ocasionais, o ambiente estava calmo e os entrevistados receptivos. As gravações foram armazenadas em fitas cassete e equipamento eletrônico do tipo *pen drive*. Como protocolo padrão, as entrevistas foram precedidas da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado previamente pelo Comitê de Ética da UEL, sob Parecer nº 122/07.

O tratamento dos dados contidos das entrevistas seguiu a metodologia da pesquisa qualitativa, com análise de conteúdo, que, por intermédio de uma leitura de primeiro plano, possibilita atingir um nível de interpretação mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos, de acordo com Minayo e Sanches (1993, p. 246):

O ensinamento fundamental da Antropologia é o cotejamento da fala, com a observação das condutas e dos costumes e com a análise das instituições. Checar o que é dito, com o que é feito, com o que é celebrado e/ou está cristalizado. Desta forma, uma análise qualitativa completa interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, onde a ação e a ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes.

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, foi escolhida a análise temática, pois ela permite revelar as unidades de significação ou os núcleos de sentido

<sup>1</sup> Essa disciplina está inserida nos três primeiros anos do curso. Foi caracterizada pelos professores como aquela que permite introduzir e integrar conhecimentos.

das falas dos entrevistados a serem analisados pelo pesquisador de acordo com os objetivos, pressupostos e referencial teórico do estudo (MINAYO, 1993).

As unidades temáticas de significação apreendidas da leitura do material foram agrupadas em uma grande categoria chamada Perspectivas, com subcategorias internas denominadas: a) Humanização da Técnica: Uma Perspectiva Positiva; b) Interdisciplinaridade; c) Resistências às Mudanças.

## Resultados

### As entrevistas

#### Perspectivas

##### Humanização da técnica: uma perspectiva positiva

Neste subitem foram analisadas as possíveis estratégias que auxiliam a efetivação do novo currículo a partir de uma visão mais integral e humanista. Foram trabalhadas as questões referentes à 'humanização da saúde' e da 'interdisciplinaridade', por se apresentarem recorrentes e amplamente difundidas nas falas dos professores entrevistados.

A humanização da saúde é um movimento que surgiu para sensibilizar o profissional da área biomédica em relação ao distanciamento provocado pelo avanço tecnológico sobre o comportamento entre terapeuta e paciente, no qual a pessoa se torna objeto da investigação clínica. Humanizar as relações sociais existentes nesse encontro é trabalho amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve transformações que despertam insegurança. Trata-se, pois, de um saber e de um fazer que inspiram uma disposição de abertura e de respeito ao outro como um ser singular (GALLIAN, 2000, p. 6):

homem culto, o médico romântico aliava seus conhecimentos científicos com os humanísticos e utilizava ambos na formulação dos seus diagnósticos e prognósticos. Conhecedor da alma humana e da cultura em que se inseria, já que invariavelmente andava muito próximo de seus pacientes - como médico de família que era -, esse respeitável doutor sabia que curar não era uma operação meramente técnica [...]

Para isso é necessário se compreender a técnica como instrumento que deve acolher o paciente e não excluí-lo. O objetivo da humanização não é agir sobre técnica em si, mas sobre as relações excessivamente objetivadas que obliteram as subjetividades, já que para o clínico elas raramente coincidem. Vejamos algumas falas que pensam, direta ou indiretamente, o processo de humanização das relações em saúde:

[...] [o aluno] primeiro precisava conhecer bem o ser humano, quem é de onde vem, como ele interage, quais limitações, precisa ter competência técnica para trabalhar tudo isso e precisa ter algumas atitudes em relação a respeito, a entender o coletivo, a entender o seu espaço, tem que saber resolver problemas. Precisa aprender a integrar todos os conhecimentos que ele adquire, que isso eu acho que é um passo bem grande, ele precisa aprender a respeitar o ser humano e ver o ser humano como um todo [...] (Professor A).

[...] dentro da minha disciplina que é ortopedia, que é super fragmentada, por exemplo, o paciente chega lá com lombalgia, a gente tem abordado, por exemplo, os aspectos nutricionais dele, o sistema digestivo, o apoio do pé, que pode desencadear na lombar, se ele fica sentado, como ele está dormindo, se ele está estressado, qual o ritmo de vida dele, então a gente tem tentado dar esse enfoque amplo, global, que na verdade tudo vai interferir no paciente [...] eu acho que dentro da especialidade tem que ter essa parte mais humana, que é o que a gente tem treinado e tem tido um retorno bom, dos alunos que a gente tem colocado no mercado, apesar de não ser o ideal ainda (Professor B).

[...] avaliando o paciente diariamente [...] é o contato próximo com o paciente [...] nos conhecemos e vamos conhecendo o nosso paciente no nosso dia-a-dia, não é fato de eu ter avaliado, que a minha avaliação termina, a minha avaliação tem que ser constante, a interação, o questionamento [...] a gente vai entrando na história desse paciente de uma forma indireta [...] (Professor D).

[...] eu acho que a técnica está mais humanizada que anteriormente, é muito importante o vínculo com o paciente, não posso pensar só na minha técnica, tem que pensar no vínculo [...] vai desde uma comunicação não verbal, simplesmente o jeito que você olha [...] até o paciente que a gente tem lá comatoso, depois que ele volta desse coma. Que ele se lembra de você, que ele sabe que você falou pra ele durante a terapia, então é uma coisa que eu sempre falo pra os meus residentes: paciente em coma, converse com seu paciente, fale da família, cuidado com que você vai falar pro seu paciente em coma, às vezes passa a visita, é um processo passivo, é um tumor, esse paciente ao retornar desse coma ele se lembra de muitas coisas [...] (Professor E).

#### Interdisciplinaridade

Seguindo os mesmos objetivos dos programas de humanização em saúde, a interdisciplinaridade vem então acrescentar forças nessa luta, já que é considerada importante tanto para a prática pedagógica quanto para a pesquisa. Contudo, seu conceito e uso têm sido banalizados, diante de uma tendência homogeneizadora de sua teorização, como pontua Leis (2005, p. 2):

Um obstáculo sério para entender o sentido da atividade interdisciplinar reside no fato de que os pesquisadores e docentes estão envolvidos em idiossincrasias das quais eles não são totalmente conscientes, entrando em debates intermináveis sobre um tema que é profunda e extensamente polissêmico, que circula por todos os lugares geográficos e institucionais, mas com significados diversos.

Para Leis (2005), não existe um conceito único para a interdisciplinaridade, já que procurar por definições seria assim um ato disciplinar contrário a sua filosofia, na medida em que as experiências interdisciplinares em curso no campo do conhecimento podem ser variadas. Dessa forma, segue abaixo o que os professores pensam a respeito da interdisciplinaridade e como tentam colocá-la em prática:

[...] Na verdade existem focos dentro do curso de interdisciplinaridade, que dependem principalmente da iniciativa dos docentes, é aquele docente que esta trabalhando um determinado conteúdo que vê uma correlação com uma outra disciplina que se dispõe a ir até aquela disciplina. Ah! Vamos um fazer um projetinho assim? Vai lá e coisas acabam funcionando, eu penso que até então esta interdisciplinaridade surgiu a partir dessas iniciativas [...] não existe um envolvimento de todos ou da maioria, são alguns momentos onde esta interdisciplinaridade aparece (Professor A).

[...] hoje a gente fala com muita mais propriedade em interdisciplinaridade, quando eu entrei na faculdade, interdisciplinaridade era uma coisa que a gente estava começando, as pessoas tinham muito medo, os médicos tinham muito medo que outras pessoas entrassem no plano dele. Então hoje sabe que cada macaco no seu galho, não vou querer nunca fazer um acesso venoso no paciente, que é um enfermeiro tem que fazer eu tenho certeza que nenhum médico vai querer fazer fisioterapia num paciente e nem eu não vou querer administrar nenhum remédio. Então, hoje a gente tem essa borda permissiva de cada área eu acho, antes era uma coisa mais assim interdisciplinaridade significava que cada um queria entrar na área do outro hoje eu acho q as coisas estão muito melhores definidas e a gente trabalha com interdisciplinaridade ou multiprofissional muito mais facilmente do que a gente trabalhava há 10 anos atrás [...] (Professor E).

### Resistências às mudanças

Segundo Chauí (2003), a universidade como instituição social exprime de maneira determinada a estrutura e o funcionamento da sociedade, na medida em que no interior dela se encontram as opiniões, as atitudes e os projetos que conflitam suas mais diversas divisões. A universidade relaciona-se com o todo social e pensa de forma autônoma suas diretrizes. As dificuldades impostas por esse

pluralismo prático-conceitual podem ser caracterizadas pelas resistências que quase solicitam rupturas para se efetivarem:

[...] Nem um processo é possível você conseguir adesão integral, acho que existem vários fatores, no meu ver, eu penso assim, primeiro que nosso curso UEL veio de uma história de sempre com muito sucesso, curso sempre cinco estrelas, sempre formou bons profissionais, profissionais que foram imediatamente sendo inseridos no campo do trabalho, é um curso que sempre teve um bom conceito, nessa característica tradicional [...] então isso tudo cria uma certa situação cômoda. [...] e quando você tem pessoas que já estão habituadas a fazer aquilo e fazem aquilo há muito tempo, isso gera resistência, porque acha sempre, meu método está funcionando, eu não estou errado, eu me formei assim [...] (Professor A).

[...] [As barreiras foram] Pessoais. Pessoais. Pessoais. Por exemplo, em um primeiro momento nos tínhamos uma idéia de currículo completamente diferente dessa que nos estamos implantando. Um currículo baseado em problemas, um currículo onde não teria disciplinas, carga horária, e grade – um currículo onde nos teríamos eixos, e aí os conteúdos iam entrando, ninguém ia ser dono de disciplina nenhuma. Quando isso foi apresentado depois de monte de tempo de trabalho, o departamento não conseguiu se ver ali, os docentes não se viram ali, onde eu vou trabalhar? Como é que vou fazer? Vou perder meu ambulatório? E a minha pesquisa? E aí pra onde é que eu vou? Daí nós nos deparamos com problemas pessoais, pessimistas de plantão, pessoas que boicotaram por trás. Só que chegou numa hora que a universidade mudou seu currículo, porque o MEC, as leis de diretrizes e bases foram modificadas, solicitaram mudanças, aí nos tivemos que mudar [...] (Professor B).

### Discussão

De modo geral, o currículo de 1992 oferece visão compartimentalizada das disciplinas que seguem um roteiro orquestrado de funcionamento, que partem das esferas micro e macrobiológicas do organismo humano para uma interação crescente com o raciocínio clínico, especialmente médico, desvinculado do conteúdo aplicado da Fisioterapia.

Para o currículo de 2006, as disciplinas permanecem compartimentalizadas, e algumas foram até mesmo desdobradas em duas partes, outras foram criadas buscando contemplar as necessidades do mercado. Cresceu o interesse pela pesquisa e produção científica, contudo observou-se redução da carga horária destinada para as ciências humanas e sociais.

As estratégias derivadas dessas constatações mostram um currículo ainda incapaz de dar conta de

uma visão mais integralizada do ser humano. Contudo, não se deve deixar de reconhecer que as iniciativas são importantes, na medida em que o reconhecimento de algumas falhas encaminha naturalmente para modificações positivas principalmente em relação ao lidar com técnica.

O trabalho de humanização das relações em saúde, por exemplo, mediante a melhora qualitativa dos aspectos didático-pedagógicos frente a um currículo de estrutura tradicional, mostra capacidade adaptativa, que leva em consideração aspectos intrínsecos da profissão, nos quais, por um processo histórico de longa duração, não se permite um desvencilhar brusco e sem conflitos, o que torna a mudança um evento lento e gradual de pequenas rupturas.

Observou-se nos relatos expostos sobre essa problemática uma retomada da questão da contextualização da doença a partir da pessoa que a agencia. Por outro lado, ficam intrinsecamente definidos os meandros de aproximação que possibilitam dizer que a técnica poder ser humanizada, na medida em que se assume a essência humana como um conjunto de relações sociais. A humanização, além disso, reconhece e não desqualifica a realidade interna da pessoa, que implica para o terapeuta a aquisição de valores que refinam a consciência moral pela sensibilidade, empatia, tolerância e fragilidades e sofrimentos humanos.

Os profissionais da área de fisioterapia demonstram que humanizar significa a possibilidade de se englobar essa perspectiva, porém ela fica mesclada e até se esmaece, quando a busca pela maximização das funções residuais - premissas básicas da profissão - torna-se o objetivo principal na promoção dessa autonomia. Os resultados positivos de uma prática humanizada vêm de postura adequada diante da técnica, na medida em que não se pode desvencilhar-se dela enquanto método intrínseco de trabalho.

Saber mais e melhor sobre a vida do doente, preocupar-se além da lesão, criar um contato gradualmente próximo são as formas de dizer que existe humanização nessa relação terapêutica. Contudo, enquanto técnica ensinada, não se pode seguramente prever o desfecho, pois as novas vivências acadêmico-profissionais que buscam uma consciência moral mais sensível são, via de regra, assimilações graduais.

Além disso, a humanização tem por característica valorizar o diálogo, no qual a pessoa enferma constrói uma narrativa que organiza a história da sua doença e o itinerário terapêutico. A ordenação coerente dos fatos vislumbraria, então, o sentido da

cura. Isso nos remete à fala contida no manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH, 1997, p. 3) que escreve:

humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente.

Segundo Langdon (2001, p. 241), referindo-se às preocupações da chamada antropologia médica interpretativo-crítica, “o processo terapêutico é considerado como uma negociação de interpretações entre pessoas com conhecimentos e posições de poder diferenciados”.

Ainda segundo o PNHAH (1997), a construção de redes de significados por meio da linguagem gera identidade cultural compartilhada. A palavra que intermedia as relações pode fracassar e quando a palavra fracassa, acontecem as arbitrariedades. O binômio saber-poder torna-se ameaça a ser combatida, pois sem comunicação não há humanização. A humanização depende sobremaneira da capacidade de se falar e ouvir. De acordo com Adam e Herzlich (2001), o saber médico hierarquicamente posto, com seu valor normativo e autoritário, tem sido grande produtor de ansiedades e angústias nas pessoas que precisam desse tipo de serviço especializado e que devem se comportar como bons pacientes.

Vale ressaltar, por outro lado, que às vezes a necessidade de humanização não está relacionada exclusivamente com o excesso de zelo técnico, mas também com sua falta, seja de capacitação ou de instrumentos adequados de trabalho. Condições adversas que também tornam desumanizante o atendimento, pela má qualidade e pela falta de interação entre profissionais, o que gera baixa resolubilidade dos problemas. De forma geral, a questão da humanização deve buscar formas efetivas de aproximação crítica, que permitam, a ambas as partes, compreender os componentes instrumentais utilizados no intercurso de uma consulta.

A interdisciplinaridade citada nas entrevistas como dispositivo de agregação de valor também é uma contribuição importante, na medida em que os saberes de outras áreas de conhecimento podem compor conexões com outras dimensões da existência, ignoradas pela objetividade biomédica. A análise demonstrou que o tema é considerado importante teoricamente, porém, na prática, ele

assume caráter de obstáculo difícil e complexo de ser superado, apesar dos avanços. Quando existe a possibilidade de trabalho conjunto, é sempre dentro da perspectiva compartimentalizada – cada qual em seu nicho com eventuais consultorias – e por iniciativas isoladas e tímidas.

O trabalho interdisciplinar parece envolto de um medo de invasão do campo de conhecimento alheio. Esse resquício histórico permeia várias profissões e marca atitudes protecionistas, fato que não colabora com o preceito de que a interdisciplinaridade pode gerar novos saberes ou saberes complementares. Talvez a percepção mais apurada seja aquela que entende a interdisciplinaridade como elemento essencial no processo que conduziria a um tipo de assistência mais global, na medida em que as próprias deficiências técnicas não podem superar por completo as barreiras disciplinares que existem entre as profissões, sem causar alguma tensão.

As resistências internas precisam ser trabalhadas com melhor planejamento para que as metas traçadas pelo projeto político-pedagógico sejam colocadas em prática, com o risco de predominar no curso, a despeito das mudanças, o antigo sistema de ensino-aprendizagem, existindo, assim, a necessidade premente de maior adesão e capacitação dos professores.

As resistências fogem à exclusividade de uma interpretação isolada, na medida em que a compreensão delas exige visão ampla das ideias que delimitam o comportamento dos professores. Os discursos inicialmente soaram como queixas pessoais. A falta de estrutura material para o trabalho sobressaiu-se, e a incompatibilidade ideológica entre professores apesar de citada veementemente ficou esmaecida, talvez por uma condição ética. Por outro lado, este último fator mostrou-se importante, na medida em que permitiu constatar a coexistência de duas visões opostas para o mesmo modelo de ensino.

A história de sucesso do curso de Fisioterapia da UEL é sabida e difundida entre os professores. Essa condição de sucesso durante anos parece ter oferecido certa comodidade para aqueles de visão contrária à mudança, o que no processo de transição gerou tensões internas, na medida em que as diretrizes curriculares empurravam forçadamente um 'novo' modelo, o que caracteriza um movimento que já vinha acontecendo no Centro de Ciências da Saúde da UEL, que se iniciou pelo curso de Medicina e depois no curso de Enfermagem.

Essa insegurança parece, em um primeiro momento, não estar envolvida diretamente com as dificuldades a serem encaradas, mas sim com perdas de espaços que foram conquistados e que representam materialização identitária. Estar dentro

de uma estrutura supostamente sem barreiras disciplinares, como era a intenção inicial, gerou incômodos que não puderam ser contornados de imediato, o que forçou a formulação desse currículo intermediário que contemplava razoavelmente os anseios de todos.

Interessante observar também que as resistências sempre fazem referência, na maior parte do tempo, às dificuldades do outro, daquele que não é a favor das transformações. O outro é quem prejudica o processo, que é pessimista e que não quer acompanhar a evolução das metodologias. Contudo, o outro se transforma em 'nós', na medida em que, diante de uma perspectiva diferenciada de ação, as regras se tornam ainda mais presentes quando se tenta negá-las.

Considerando-se as categorias de análise extraídas da entrevistas, mais as adequações observadas na grade curricular, as resistências encontradas advêm justamente da questão da pregnância dos valores biomédicos já consolidados. Os condicionamentos que definem padrões duradouros são muito lentamente incutidos. Conseqüentemente, as mudanças que se esperam com a implantação do novo currículo caminharão na mesma velocidade, até adquirir forma autônoma e expressão ativa, transformando-se em nova cultura.

## Conclusão

Os resultados evidenciaram que a humanização das relações, aliada à interdisciplinaridade, pode agregar novos valores à formação do fisioterapeuta, contudo, apesar da humanização e da interdisciplinaridade serem conceitos amplamente discutidos, não possuem ainda a relevância e a efetividade esperadas dentro das diversas profissões de saúde, necessitando serem lapidados com mais propriedade.

As resistências internas entre os professores é outro fator crucial a ser resolvido e que pede negociação ponderada, tendo em vista primeiro o benefício do aluno a ser formado, diante das exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Fisioterapia e das evoluções didático-pedagógicas evidentes.

A falta de infraestrutura material como laboratórios e investimentos na capacitação e contratação de novos professores pode comprometer o desenvolvimento das novas ações planejadas, na medida em que a Instituição, apesar de concordar com as mudanças, não oferece suporte adequado. As iniciativas, portanto, são claramente calcadas em um processo de cunho pessoal e ideológico muito forte.

A pesquisa respeitou a ideia de contemplar a diversidade de discursos presentes entre os professores envolvidos na transição curricular de forma positiva, porém não foram ouvidos aqueles

que tinham posição contrária, caracterizando possível falha, no sentido de que não foi possível confrontar todas as perspectivas, que, para nosso estudo, pudessem complementar e entender melhor o sentido das mudanças.

O tema pode ter continuidade a partir de pesquisas futuras que enfoquem as falhas que porventura ficaram obliteradas pelo afunilamento da pesquisa e o tempo disponível de desenvolvimento. Tendo em vista que a primeira turma do currículo novo será formada em 2010, seria importante revisitar esse cenário para observar as adaptações e a efetividade das propostas iniciais.

A análise contribui com todo um processo de transformação recente na área da saúde, que busca agregar conhecimento à educação médica, por meio do saber elaborado em outras áreas do saber. A autocrítica depende dessa relativização que a pesquisa qualitativa oferece e que as ciências da saúde têm contemplado pouco.

### Referências

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002. Seção 1, p. 11.

CHAUÍ, M. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, n. 24, p. 5-15, 2003.

GALLIAN, D. M. C. A (re)humanização da medicina. **Psiquiatria na Prática Médica**, v. 33, n. 2, p. 5-8, 2000.

LANGDON, J. E. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. **Etnográfica**, v. 5, n. 2, p. 241-260, 2001.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo**: antropologia e sociedade. Campinas: Papirus, 2003.

LEIS, H. R. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, v. 6, n. 73, p. 1-23, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

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

PNHAH-Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. 2001. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=88>>. Acesso em: 20 maio 2007.

SCHMIDT, L. A. T. **Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde**. 2002. 157f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

UEL-Universidade Estadual de Londrina. Pró-Reitoria de Graduação. Departamento de Fisioterapia. **Projeto político pedagógico do curso de fisioterapia da UEL**. Londrina, 2004.

*Received on June 27, 2008.*

*Accepted on October 20, 2009.*

License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.